

Sundhedsministeriet

Høringsnotat

Enhed: SPOLD  
Sagsbeh.: DEPSIST  
Koordineret med:  
Sagsnr.: 2113001  
Dok. nr.: 2173847  
Dato: 06-04-2022

## Høringsnotat: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

### Høring over lovforslaget

---

Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) har været sendt i høring i perioden 18. februar – 17. marts 2022 hos følgende myndigheder og organisationer m.v.:

Danske Regioner, KL, Akademikerne, Ansatte Tandlægers Organisation, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykolog Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Bandagister, Danske Bioanalytikere, Danske Fodterapeuter, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, 3F, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Speciallæger, Jordemoderforeningen, Kost og Ernæringsforbundet, Kristelig Lægeforening, Landsforeningen af Kliniske Tandteknikere, Ledernes Hovedorganisation, Lægeforeningen, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Pharmadanmark, Praktiserende Lægers Organisation, Praktiserende Tandlægers Organisation, Radiograf Rådet, Socialpædagogernes Landsforbund, Tandlægeforeningen, Yngre Læger, Alzheimerforeningen, Angstforeningen, Astma-Allergi Forbundet, Bedre Psykiatri, Danmarks Lungeforening, Dansk Handicap Forbund, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Ældreråd, Depressionsforeningen, Det Sociale Netværk, Diabetesforeningen, Epilepsiforeningen, Giftforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Hjerteforeningen, Høreforeningen, Kost- og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP), Landsforeningen af HPV-bivirkningsramte, Landsforeningen LEV, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade (LMS), Landsforeningen SIND, Muskelsvindfonden, OCD-Foreningen, Osteoporoseforeningen, Patientforeningen, Polioforeningen, Scleroseforeningen, Sjældne Diagnoser, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder, Udviklingshæmmedes Landsforbund, UlykkesPatientforeningen, Vaccinationsforum, Ældresagen, Advokatrådet, Alkohol og Samfund, ATP, Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for hjerneskade, Danish Care, Danmarks Optikerforening, Danmarks Tekniske Universitet, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Farmaceutisk Selskab, Dansk Erhverv, Dansk Farmaceutisk Industri, Dansk Industri, Dansk Neurokirurgisk Selskab, Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin, Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Dental Laboratorier, Danske Diakonhjem, Danske Seniorer, Danske Universiteter, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet, Demenskoordinatorer i Danmark, Det Centrale Handicapråd, Det Etiske Råd, Faglige Seniorer, Forbrugerrådet, Foreningen af Døgn- og Dagtilbud for udsatte børn og unge, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedschefer i Danmark, Institut for Menneskerettigheder, IT-Universitetet i København, Københavns Universitet, Landbrug & Fødevarer, Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen for ansatte i sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg, MEDCOM, Medicoindustrien, Patienterstatningen, Pharmadanmark, Psykiatrifonden, Psykolognævnet, Roskilde Universitet, Rådet for Digital Sikkerhed, Rådet for Socialt Udsatte, Syddansk Universitet, Tandlægeforeningens Tandskadeerstatning, Udbetaling Danmark, VIVE - Det nationale forskningscenter for velfærd, Aalborg Universitet og Aarhus Universitet.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

Sundhedsministeriet har modtaget høringssvar fra: Alkohol og Samfund, Alzheimerforeningen, Amgro, Bedre Psykiatri, Danmarks Apotekerforening, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Kiropraktor Forening, Dansk Psykoterapeutforening, Dansk Selskab for Infektionsmedicin, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Sygeplejeråd, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Danske Seniorer, Danske Tandplejere, Danske Ældreråd, Dansk Samfundsmedicinsk Selskab, Dansk Sygepleje Selskab, Datatilsynet, Det Sociale Netværk,

*DI Life Science, Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet, Ergoterapeutforeningen, 3F, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Faglige Seniorer, Farmakonomforeningen, FOA, Foreningen af Kommunale Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsejere i Danmark, Hjernesagen, Holte Lægehus, KL, Kost og Ernæringsforbundet, Kræftens Bekæmpelse, Københavns Universitet, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg, Ledernes Hovedorganisation, Lægeforeningen, Lægevidenskabelige Selskaber, Dansk selskab for geriatri, Medicoindustrien, Nationalt Center for Etik, Novo Nordisk Fonden, Odense Universitetshospital, Patienterstatningen, Praktiserende Lægers Organisation, Psykiatrifonden, Psykolognævnet, Rehabiliteringsforum Danmark, Roskilde Universitet, Rådet for Socialt Udsatte, Støtteforeningen for Hospice Rudersdal, Tandlægeforeningen, Vordingborg Kommune, Ældresagen, Aalborg, Odense, København og Aarhus kommune og Aarhus Universitet.*

Dansk Selskab for Infektionsmedicin og Psykolognævnet har ingen bemærkninger til lovforslaget. Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet (DUKH) har bemærket, at høringen ikke er inden for deres rådgivningsområde og de har derfor ikke bemærkninger af retssikkerhedsmæssig karakter.

## **Høringssvar og Sundhedsministeriets kommentarer**

---

I det følgende foretages en gennemgang af de væsentligste bemærkninger i de modtagne høringssvar i denne rækkefølge: 1) generelle bemærkninger, 2) sundhedsklynger, 3) sundhedssamarbejdsudvalg, 4) patient- og pårørendeinddragelse, 5) datadeling, 6) økonomi og 7) øvrige bemærkninger, herunder særskilt om kvalitetsarbejde. Ministeriets kommentarer hertil er *kursiverede*.

### **1. Generelle bemærkninger**

**Alzheimerforeningen** hilser lovforslaget velkommen, men understreger, at forslag til strukturændringer ikke kan stå alene, men bør følges op af andre initiativer, der kan understøtte lovforslagets intentioner.

**Amgros** bakker fuldt ud op om lovforslagets intentioner omkring etablering af sundhedsklynger, styrkelse af den politiske samarbejdsstruktur og inddragelse af patienter og pårørende.

**Bedre Psykiatri** deler perspektivet i, at der er behov for at tænke indsatsen bedre sammen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Bedre Psykiatri finder det også positivt, at det i lovudkastet fremhæves, at sundhedsklyngerne også skal omfatte særskilte regionale repræsentanter på det psykiatriske område, herunder på det faglige strategiske niveau.

**Dansk Cardiologisk Selskab** finder det overordnet positivt, at man vil arbejde fokuseret på at optimere patientforløbene, således at de dele, som kan varetages uden for hospitalskontekst, af speciallæger i almen medicin, med klare retningslinjer og gode kontaktmuligheder til specialisterne på hospitalerne, i højere grad ligger decentralt i kommunerne.

**Dansk Industri (DI)** støtter hensigten bag oprettelsen af sundhedsklynger for at sikre bedre samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter. Det er dog DI's holdning, at lovforslaget mangler inddragelse af en central part - life science industrien og den øvrige leverandørside.

**Dansk Psykoterapeutforening (DPFO)** finder det positivt med et øget samarbejde mellem region, kommune og praksis. DPFO er også tilfredse med, at målet bl.a. er at styrke den tidlige og forebyggende indsats så tæt på borgeren som muligt. Forpligtelsen til at styrke tidlig borgernær forebyggelse bør fremhæves mere i lovforslaget, ligesom det er vigtigt, at lovændringen i praksis kommer til at støtte implementeringen af den kommende psykiatriplan. DPFO ser positivt på, at patientinddragelsesudvalget skal bruges mere aktivt og konsekvent af både sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalget.

**Dansk Selskab for Geriatri** (ældremedicin) er overordnet enige i behovet for etablering af tværsektorielle fora (sundhedsklynger), hvor tværsektorielle tiltag i behandling, rehabiliteringen og plejen af den ældre patient kan udvikles. Etableringen af sundhedsklyngerne omkring akutsygehusene kan potentielt danne grobund for øget kvalitet i behandlingen og samarbejdet på tværs af sektorer til gavn for den ældre population.

**Dansk Selskab for Patientsikkerhed** støtter helt overordnet, at der er fokus på at styrke det formaliserede samarbejde mellem

region, kommune og almen praksis, så der skabes bedre betingelser for at styrke forebyggelsen og sikre mere sammenhængende, patientsikre behandlings- og rehabiliteringsforløb. Det er selskabets erfaring fra bl.a. projektet "Sikker Sammenhæng", at sammenhængende patientforløb ikke kommer af sig selv, men kræver systematisk samarbejde om at udvikle arbejdsgange, processer og strukturer.

**Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)** bemærker, at det ikke er helt tydeligt, hvordan forslaget i praksis skal udfolde sig og hvilke kompetencer, der skal være til stede ud over den overordnede styring. Her tænkes særligt på betydningen af, at sygeplejersker fra såvel region som kommuner repræsenteres i sundhedsklyngens faglige strategiske niveau, hvis klyngen skal kunne leve op til sit formål.

**Danske Handicaporganisationer (DH)** mener overordnet, at det er positivt og særdeles nødvendigt med tiltag, som sigter mod at styrke sammenhængen og kvaliteten i sundhedsvæsenet. DH tror ikke, at etablering af sundhedsklynger og en forenkling af allerede eksisterende samarbejdsstrukturer alene vil komme til at ændre grundlæggende på de problemer, som borgere med handicap og kroniske sygdomme oplever med manglende sammenhæng mellem sektorer og i behandlingen.

**Danske Fysioterapeuter** støtter det overordnede formål med lovforslaget, men bemærker, at strukturer ikke alene kan løse udfordringerne med den demografiske udfordring, flere borgere med kronisk sygdom og multisygdom samt mangel på sundhedspersonale.

**Danske Patienter** udtrykker bekymring for, at man med aftalen i højere grad flytter rundt på nogle politiske strukturer, end man i realiteten skaber forpligtende samarbejdsstrukturer, som kan andet og mere end de samarbejdsfora, der eksisterer i dag. Danske Patienter håber, at der i den endelige lovtæst og med en kommende ændring af bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg bliver indført tiltag, som sikrer de nødvendige ressourcer og kompetencer til at understøtte meningsfuld inddragelse af brugerperspektivet i sundhedsklyngerne.

**Danske Regioner** bakker op om lovforslaget og finder, at det er i tråd med de intentioner, parterne var enige om med den politiske aftale samt KL og Danske Regioners fælles pejlemærker for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen.

**Danske Ældreråd** forventer, at en kommende aftale om sundhedsreform vil indeholde nationale målsætninger, krav og standarder, herunder fælles drift og finansiering på tværs af sektorer, som vil bidrage til at øge kvaliteten nationalt og derved mindske ulighed i sundhed. Den foreslåede strukturændring i lovforslaget kan ikke i sig selv forventes at imødekomme de massive udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor, ej heller at bidrage til at løfte den samlede folkesundhed.

**Ergoterapeutforeningen** kan bakke op om lovforslagets mål om at etablere sundhedsklynger omkring akutsygehusene på det overordnede plan. Både borgere og ansatte oplever i dag alt for mange udfordringer med manglende sammenhæng i forbindelse med patientforløb, der går på tværs af sektorer. Et formaliseret og forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner i sundhedsklyngerne vil kunne bidrage til at løse nogle af disse udfordringer.

**3F** ser gode perspektiver i etableringen af sundhedsklynger. 3F mener, at sundhedsklyngerne kan medvirke til at styrke sundhedsområdet via en bedre forebyggelse af sygdom. Yderligere vil sundhedsklyngerne også kunne bidrage til en bedre koordinering på tværs af sektorer, og dermed medvirke til at skabe mere sammenhængende behandlingsforløb. I den forbindelse er det vigtigt, at der er øje for, at det også for den enkelte skal virke mere sammenhængende.

**Faglige Seniorer** kan som udgangspunkt støtte formålet med lovforslaget og etableringen af en ny struktur som foreslået.

**Farmakonomforeningen** bemærker, at der helt overordnet er brug for nytænkning og forandring på sundhedsområdet for at sikre et robust sundhedsvæsen og ser derfor positivt på forslaget om sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

**Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH)** bemærker, at regeringen, KL og Danske regioners aftale og lovforslaget om oprettelsen af sundhedsklynger rundt om i landet har potentiale til at realisere en række af de afgørende potentialer for øget nærhed, kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Men indtil videre er det blot en ramme, som skal fyldes ud med konkrete handlinger i form af regeringens sundhedsreform.

**FOA** ser positivt på etableringen af nye sundhedsklynger. Der er store problemer med sammenhængen på tværs af sundhedsvæsenet, særligt for borgere i sårbare positioner. Det er derfor afgørende, at der skabes et mere forpligtende samarbejde på tværs af sektorer.

**Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD)** bemærker, at det ville være mere logisk at debattere og fastlægge indhold og arbejdsdeling først, og de organisatoriske rammer for samarbejdet efterfølgende. FSD anbefaler derfor, at der efterfølgende ses på behovet for at ændre lovgivningen om sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg, efter der er indgået aftale om en sundhedsreform.

**Hjernesagen** er glade for, at KL, Danske Regioner og regeringen er gået sammen om at lave et forslag, som har til formål at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer. Yderligere er Hjernesagen glade for opmærksomheden på at inddrage patienter og pårørende.

**KL** bakker op om lovforslaget og ser det som en tiltrængt prioritering af det nære sundhedsvæsen. KL finder det vigtigt også, at der i sundhedsklyngerne sikres et tydeligt lokalpolitisk rum til prioritering med udgangspunkt i klyngens population, altså de borgere, der bor i klyngen. Den demografiske udvikling vil være et vilkår for sundhedsklyngernes samarbejde, men det er afgørende, at etableringen af sundhedsklynger bliver fulgt af en sundhedsreform, der sikrer en omlægning af behandlingen, prioriterer det nære sundhedsvæsen og skaber grundlaget for den bedste udnyttelse af knappe ressourcer med høj kvalitet i indsatsen.

**Kræftens Bekæmpelse (KB)** ser positivt på lovforslagets formål og kvitterer for yderligere inddragelse af patienter og pårørende. Derudover efterlyser de bl.a. klart formulerede kvalitetskrav til sundhedsklyngernes ydelser samt en beskrivelse af organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske rammer og incitament i den nye samarbejdsstruktur. Endelig er det ikke beskrevet, hvordan der sikres en fortsat udvikling af mulighederne for deling af patientnære data på tværs af hospital, kommune og almen praksis.

**Lægeforeningen** bakker op om initiativet og påpeger behovet for de foreslåede sundhedsklynger som en del af den organisatorisk forankring af udviklingen af det nære sundhedsvæsen i de kommende år, men fremhæver, at skal sundhedsklyngerne blive en succes og være med til at drive de nødvendige forandringer, så kræver det ressourcer, der matcher ambitionsniveauet, beslutningskraft i klynger, lægefaglig indsigt i tilrettelæggelse af indsatserne, national kvalitetsplanlægning med forpligtende kvalitetsplaner og kvalitetsstandarder, samt understøttelse af patientforløb med let og hurtig adgang til relevante data.

**Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)** er bekymrede for, at lovforslaget vil medføre en svækkelse af faglig repræsentation og dermed potentielt af nødvendig lægefaglighed i sundhedsvæsenet uden for sygehusene. En styrkelse af det nære sundhedsvæsen kræver, at region, sygehuse, kommuner og den praktiserende læge arbejder sammen om at sikre mere sammenhængende forløb for patienterne. Beklageligvis finder LVS ikke, at dette tilgodeses med den repræsentation, der er lagt op til i en række af de fora, der er beskrevet i aftale og lovforslag.

**Novo Nordisk Fonden** ser positivt på forslaget om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. Det er helt afgørende at skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Især af hensyn til de særligt sårbare, som eksempelvis kronikere og patienter med flere samtidige lidelser, der har kontaktpunkter på tværs af sektorer.

**PLO** bemærker, at en vellykket styrkelse af det nære sundhedsvæsen kræver, at region/sygehuse, kommuner og praktiserende læge arbejder sammen om at sikre mere sammenhængende forløb for patienterne. Dette ses imidlertid ikke afspejlet i den repræsentation, som der er lagt op til i en række fora. Når det gælder etablering af sundhedsklynger omkring de 21 akutsygehuse, som på det faglige niveau skal implementere aftaler og initiativer, som kan medvirke til bedre patientbehandling og sammenhæng, finder PLO, at dette er et relevant set-up for det konkrete arbejde.

**Roskilde Universitet** bemærker, at lovforslagets formål om at etablere sundhedsklynger er yderst tiltrængt og prisværdigt, og at det politiske og administrative set-up virker fornuftigt.

**Rådet for Socialt Udsatte** mener, at et forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner er en forudsætning for at løfte sundheden blandt mennesker i social udsathed. Det kan oprettelsen af sundhedsklynger være et middel til.

**Vordingborg Kommune** forholder sig kritisk til det konkrete lovforslag, som dels kanalisere ressourcer fra borgervendt arbejde til administration, dels ikke tager højde for, at ressourcepresset gør sig gældende i alle sundhedsvæsenets sektorer og heller ikke tager tilstrækkelig højde for uligheder på tværs af landets kommuner, sygehuse og praksisområder.

**Ældre Sagen** bemærker, at den nye organisering med sundhedsklynger kan være en ramme for mere samarbejde mellem kommuner og regioner, men et utilstrækkeligt tiltag i forhold til at sikre lighed, sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenet for det stærkt voksende antal ældre patienter med flere sygdomme.

*Sundhedsministeriet takker alle høringsparterne for deres hørings svar og henviser til ministeriets bemærkninger til de enkelte elementer nedenfor.*

## 2. Sundhedsklynger

**Alkohol & Samfund** bemærker, at forebyggelsen ikke er klart skrevet frem med hverken indsatser, politisk prioritering eller andre strukturer i bemærkningerne til lovforslaget. Alkohol & Samfund mener, at der i lovforslagets bemærkninger bør tilføjes eksempler på konkrete forebyggelsesindsatser, som sundhedsklyngerne bør arbejde med. Et af de eksempler bør være alkoholforebyggelse målrettet unge.

**Alzheimerforeningen** påpeger, at det nære sundhedsvæsen skal have større fokus på plejehjem, som hverken omtales i lovtæksten eller i bemærkningerne. Alzheimerforeningen foreslår, at der kommer særligt fokus på at sikre, at kvaliteten af behandling, pleje og omsorg til patienter, der bor på plejehjem, bliver lige så god som i resten af sundhedsvæsenet.

**Apotekerforeningen** kan være bekymrede for, at apotekernes rolle i forhold til borgernes medicin overses, når der i sundhedsklyngerne udelukkende er fokus på samarbejde mellem regionen, kommunerne og almen praksis. Apotekerforeningen opfordrer til, at der i tilknytning til sundhedsklyngerne etableres fora for tværsektorielt samarbejde om medicinsikkerhed, der inddrager apotekerne.

**Aarhus Universitet** bemærker, at det er positivt, at der med lovforslaget kommer fokus på det samarbejdende sundhedsvæsen.

**Dansk Cardiologisk Selskab (DCS)** bemærker, at lovforslaget mangler fokus på, hvordan den politiske styring og repræsentation i sundhedsklyngerne skal udmøntes fagligt. Fagligt input fra hospitalsspecialisterne og sparring hermed bør indtænkes i formuleringerne, og det bør berøres, hvem man påtænker, skal udføre arbejdet. Der er i DCS en bekymring for, at de efterspurgte lægekræfter til arbejdet i klyngerne, klart overstiger udbuddet, hvorved arbejdet i sundhedsklyngerne vil kunne udvande tilstedeværelsen af (special-) lægekompetencer (og sygeplejekompetencer) i almen praksis og på hospitalerne.

**Dansk Industri (DI)** bemærker, at life science industrien bør være en del af det tætte strategiske samarbejde i sundhedsklyngerne.

**Dansk Kirurgisk Selskab** ønsker at gøre opmærksom på, at den kliniske forankring bør være et hovedfokus i de kommende sundhedsklynger. Derfor foreslår selskabet, at man udspecificerer klinikeres deltagelse i arbejdet, ved at man tilføjer, at "repræsentanter for regionen, herunder det psykiatriske område, bør have sundhedsfaglig baggrund og virke" i det foreslåede § 203, stk. 4.

**Dansk Psykolog Forening** fremhæver, at praksissektoren skal sikres inddragelse i arbejdet om at tilvejebringe et nært og sammenhængende sundhedsvæsen af høj kvalitet for borgeren. Derfor mener Dansk Psykolog Forening, at praksissektoren skal være formaliseret samarbejdspartner i klyngerne og at de forskellige praksisaktører, når relevant, bør repræsenteres i det faglige strategiske arbejde om lokale modeller for bedre patientforløb for udvalgte patientgrupper.

**Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)** bemærker, at almen praksis bør få fast plads på det politiske niveau sammen med regioner og kommuner, men dog under forudsætning af at forlade lokalet, når der eksempelvis skal besluttes om anvendelsen af prioriterede midler og lignende.

**Dansk Selskab for Geriatri (DSG)** efterlyser repræsentanter fra regionen, kommunerne i regionen, almen praksis samt patient og pårørende i det faglige strategiske niveau. DSG savner repræsentanter fra sekundærsektoren, da den opgaveflytning, der lægges op til, vil kræve adgang til specialister ud over almen praktiserende læger.

**Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO)** bemærker, at det ikke fremstår klart, hvad der menes med repræsentanter fra regionen, herunder om der er tale om sundhedsfagligt personale eller regionspolitikere. DSKO anbefaler, at for at sundhedsklyngerne og arbejdet i sundhedssamarbejdsudvalgene skal forankres i den daglige klinik, skal der et fokus på at inddrage den kliniske ekspertise fra hospitalsvæsenet i udvalgene. DSKO anbefaler, at der kan inddrages klinisk personale fra hospitalerne, på linje med repræsentanter fra praksis, i arbejdet i såvel det politiske niveau som i det faglige strategiske niveau.

**Dansk Selskab for Samfundsmedicin (DASAMS)** er kritisk ift. overflytning af arbejdsopgaver og frigørelser af ressourcer i en tid med bl.a. begrænsede personaleressourcer i alle sektorerne. DASAMS peger på behovet for at sikre kvalitet og sammenhæng i

hele patientforløb vedrører *alle* patienter med behov for tværgående ydelser. Fsva. praksissektoren savner selskabet overvejelser i relation til tilbuddene i relation til visse sygdomsområder, som især varetages i speciallægepraksis, fx øjenlæge.

**Dansk Sygeplejeråd** bemærker, at sundhedsklyngerne er en god start i forhold til understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen men finder det uklart, hvordan almen praksis forpligtes i forhold til deres rolle. Når flere opgaver skal løses i det nære, vil der alt andet lige også være flere patienter med komplekse patientforløb og behov. Det stiller øgede krav til de kommunale sygeplejersker, der potentielt får et større ansvar i forbindelse med observationer og koordinering med almen praksis. Det kræver tid og kompetencer – og i høj grad også, at almen praksis forpligtes tydeligt i forhold til deres rolle. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at det præciseres, at samarbejdet skal inddrage alle relevante faggrupper, herunder også sygeplejerskerne, som bør blive en del af det fagligt strategiske samarbejde, fordi de bærer en væsentlig del af de opgaver, der er omfattet af samarbejdet. Konkret bør der som minimum være to sygeplejersker i det tværgående fagligt strategiske samarbejde – en med baggrund i den kommunale sygepleje og en med baggrund i hospitalsvæsenet inkl. psykiatrien. Samarbejdsstrukturen bør udvides med forpligtelse til at udvikle og understøtte samarbejdsstrukturer på alle niveauer, også de operationelle. Samtidig bør lovgivningen understøtte muligheden for fælles ledelse og samdrift af tværgående funktioner.

**Danske Fysioterapeuter** bemærker, at det bør fremgå tydeligere af lovforslaget, at der skal ske en reel og tæt involvering af de sundhedsprofessionelle i både sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. Danske Fysioterapeuter finder det bekymrende, at der ikke er indskrevet en tydeligere pligt til tæt inddragelse af de fagprofessionelle og faglige organisationer i det politiske niveau. Danske Fysioterapeuter opfordrer også til, at der tænkes i bredere repræsentation på det faglige strategiske niveau i sundhedsklyngerne, herunder inddragelse af fysioterapeuter.

**Danske Handicaporganisationer** (DH) kan bakke op om den foreslåede ordning, hvor repræsentanter fra patientinddragelsesudvalget inviteres til dialogmøder på det politiske niveau og har to faste pladser på det faglige strategiske niveau. DH bemærker dog, at der i sekretariatsbetjeningen bør arbejdes løbende med at inddrage patienter og pårørende i de relevante drøftelser både på det politiske niveau og i det fagligt strategiske niveau. I den kontekst kunne det være en fordel, at få beskrevet yderligere i hvilket omfang og hvordan patientinddragelses skal foregå særligt på det politiske niveau.

**Danske Patienter** finder det vigtigt, at bestræbelserne på at sikre mere nærhed ikke sker på bekostning af specialisering og den faglige kvalitet. Da repræsentanter fra fx Danske Patienter og PLO ikke er demokratisk valgte, bør de ikke sidde med i et udvalg, hvor der bl.a. skal træffes politisk beslutning om prioritering af midler. Danske Patienter savner flere initiativer, som kan skabe et tættere og mindre gnidningsfrit samarbejde mellem regioner og kommuner.

**Danske Regioner** bemærker, at det indgår i den politiske aftale fra juni 2021, at mødekadencen for det politiske niveau er to gange årligt og efter behov, hvilket lovforslaget bør afspejle. Såfremt borgerne i kommunen behandles på forskellige akuthospitaler næsten lige meget, bør det kunne aftales lokalt, at kommunens repræsentanter deltager i flere klynger. Danske Regioner opfordrer regeringen til at samle opgaven for borgere i psykiatrisk behandling med samtidigt misbrug i regionerne. En sådan national afklaring bør foreligge, når klyngerne etableres. Danske Regioner ønsker et tæt samspil med de praktiserende læger i klyngesamarbejdet om de konkrete løsninger for patienterne. Det er derfor afgørende, at almen praksis repræsenteres af praktiserende læger fra optageområdet på fagligt strategisk niveau. Danske Regioner er åbne over for at se på forskellige muligheder for, at almen praksis mere formelt inddrages i klyngernes politiske niveau og i sundhedssamarbejdsudvalget. Det forudsætter bl.a., almen praksis prioriterer deltagelse i klyngerne på fagligt strategisk niveau, hvor de praktiserende lægers bidrag til det fælles arbejde for patienterne er afgørende.

**Danske Seniorer** bemærker, at for stor konformitet vil kunne svække sundhedsklyngernes arbejde, da der er meget stor forskel på optageområdet for små og store sygehuse og forskelle på, hvilke lidelser de forskellige sygehuse kan håndtere og hvilke samarbejdsrelationer, de må etablere.

**Danske Ælde råd** forventer, at en kommende sundhedsreform vil adressere den kontinuerlige opgaveglidning fra region til kommune og almen praksis og de deraf følgende udfordringer i forhold til finansiering, forpligtende standarder for kommuner, regler for delegation mv.

**Det Ethiske Råd**s bemærker, at det er vigtigt, at der er en reel beslutningskraft i sundhedsklyngerne, så enkelte aktører ikke kan begrænse udviklingen. Hertil kommer, at der formentlig vil være grænser for hvor meget der kan styres og reguleres gennem centrale nationale retningslinjer, hvis der skal være mulighed for individuel og konkret hensyntagen til den enkelte patients behov.

**Ergoterapeutforeningen** bemærker, at hvis sundhedsklyngerne skal opnå den ønskede virkning, er det vigtigt, at der stilles klare krav til de områder, som klyngerne skal samarbejde om, ligesom regler og lovgivning på andre områder også vil skulle tilpasses

i nødvendigt omfang. Ergoterapeutforeningen mener, at den ambitiøse strategi skal suppleres med en forskningsforpligtelse for kommunerne, ligesom det i forvejen er tilfældet for sygehusene. Sundhedsklyngerne bør derfor også forpligtes til at indsamle den data for de tværgående forløb, som i høj er forudsætningen for, at forskning på området kan finde sted.

**3F** anbefaler, at der stilles krav til, hvilke indsatser sundhedsklyngerne skal arbejde med, samt hvordan der skal arbejdes med at mindske den sociale ulighed i sundhed – i stedet for blot at overlade det til det politiske niveau og sundhedssamarbejdsudvalgene. Der bør også stilles mere konkrete krav til sundhedsklyngerne, bl.a. til hvordan der skal samarbejdes om forebyggende sundhedssamtaler/sundhedstjek til udvalgte målgrupper samt rekrutteringen til grundlæggende forebyggelsestilbud. 3F anbefaler, at sundhedsministeren får mulighed for at fastlægge nærmere regler herfor. De kommunale sundhedsudvalg bør inddrages i de politiske beslutninger og prioriteringer.

**Farmakonomforeningen** kan være bekymrede for sundhedsklyngernes formaliserede struktur – uden selvstændigt myndighedsansvar og uden varige økonomiske midler kan løfte den store opgave og det tunge ansvar, som de får. Foreningen ser derfor frem til, at der foreligger en mere konkret plan for nærhospitalerne, herunder klyngernes funktion i det regi.

**Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH)** bemærker, at det bør fremgå, hvilke tiltag, der skal forpligte aktørerne i sundhedsklyngerne til konkrete indsatser. Derudover er der behov for at sikre, at klyngerne reelt bliver forpligtende og beslutningsdygtige. Der er således behov for at afklare, hvad ”tilgrænsende sektorer” reelt omfatter, og hvordan dette samarbejde skal styrkes. Det er en udfordring, at, så samarbejdet foregår på tværs af forskellige enheder med separat økonomi og ledelse. Dette giver en risiko for kassetænkning, at myndighedsansvaret placeres i enten kommunerne eller regionerne.

**FOA** bemærker, det bør være et centralt element i en kommende sundhedsaftale at sikre, at klyngerne reelt bliver forpligtende og beslutningsdygtige. Det kan fx være ved at styrke sundhedsklyngernes økonomi og fra nationalt hold give dem en klar retning og funktion, så alle medvirkende kan se, hvad formålet er. Dertil er det væsentligt, at alle relevante parter inddrages i klyngerne, herunder også almen praksis.

**Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD)** bemærker med tilfredshed, at almen praksis er repræsenteret i det faglige strategiske niveau, og såfremt det politiske niveau ønsker drøftelser med almen praksis eller andre vigtige samarbejdspartnere vil det naturligvis være muligt.

**Hjernesagen** bemærker, at nærhed ikke i sig selv styrker kvaliteten, bedre behandlingsforløb eller øger tilfredsheden for patienter og pårørende, og at det stiller høje krav til at vurdere, hvilke behandlinger, der er egnet til at blive varetaget i nærområdet. Visse behandlinger kræver specialiseret og højt specialiserede kompetencer og faglige kvalifikationer hos medarbejderne, hvilket kan være vanskeligt at opnå lokalt eller i patientens nærområde. Det er vigtigt, at dette kvalitetsløft bevares.

**Kræftens Bekæmpelse** bemærker, at det er vigtigt, at det er klart defineret hvilke organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske rammer og incitamenter – samt krav til fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorerne – der vil være for, at sundhedsklyngerne kan løfte det fælles populationsansvar. Kræftens Bekæmpelse har derudover en række konkrete ønsker, herunder overvejelser om, at vægten i regionens repræsentation i det politiske niveau i højere grad ligger på udvalgsformænd end regionsrådsformænd, at der er risiko for, at det fagligt strategiske niveau bemandes på for højt ledelsesniveau mv.

**KL** bemærker, at sundhedsklyngerne skal være fora for udvikling og afprøvning af nye indsatser af høj kvalitet for de borgere, som har forløb på tværs af sektorerne. Samtidig skal der sikres et vist mål af ensartethed på tværs af klyngerne i regionen, så borgerne ikke oplever betydelig geografisk og social ulighed. KL ønsker, at balancen mellem udvikling af nye indsatser og en vis ensartethed på tværs, kommer til at fremgå mere tydeligt af lovforslaget. Herunder at behovet for ensartethed gælder for hospitalernes indsatser, såvel som for kommunernes.

**Københavns Universitet** bemærker, at det er vigtigt, at den nuværende sundhedsreform med skabelsen af sundhedsklynger mv. ikke igen kommer til at ske med fokus på sygehusvæsenet og på sygehusvæsenets præmisser. Almen lægepraksis såvel som de kommunale tilbud må sikres solid indflydelse i beslutningsprocesserne - og der må skabes politisk, fagligt og økonomisk fokus på almen lægepraksis i en moderniseret og nyudviklet model for almen praksis funktionen som led i udviklingen af de kommende sundhedsklynger.

**Lægeforeningen** bemærker, at der er brug for nationale kvalitetsplaner for konkrete behandlingsområder til at skabe sammenhængende patientforløb og give et kvalitetsløft af det nære sundhedsvæsen, og at Sundhedsstyrelsen bliver sat i spidsen herfor. Kvalitetsplanlægningen skal beskrive, hvilke aktører, der kan varetage de enkelte dele af patientforløbet. Klyngerne bør

desuden have et tydeligt mandat til at indgå forpligtende aftaler samt implementeringskraft til at føre disse aftaler ud i livet. Klyngernes beslutningsfora skal modtage den rette lægefaglige rådgivning, herunder også lægefaglig rådgivning fra sygehuse.

**Lægevidenskabelige Selskaber** bemærker, at etablering af sundhedsklyngerne omkring akutsygehuse kan være et relevant organisering af det konkrete arbejde.

**Medicoindustrien** ser meget positivt formålet med etableringen af sundhedsklyngerne – at skabe bedre forebyggelse af sygdom og sikre mere sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser.

**Novo Nordisk Fonden** bemærker, at det er vigtigt, at sundhedsklyngerne tildeles et reelt ansvar. De rummer gode perspektiver i forhold til at styrke samarbejdet på tværs af sundhedssektoren, men deres succes afhænger af, at de både får beslutningskraft og økonomi til at føre beslutninger ud i livet.

**PLO** opfordrer til, at PLO sikres fast repræsentation også i klyngernes politiske niveau. PLO vil tydeliggøre for repræsentanterne, hvad deres rolle i disse fora er, så arbejdet ikke forstyrres af forhold, der bør adresseres andetsteds.

**Psykiatrifonden** understreger behovet for ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs af de regionale sundhedsklynger. Borgeren i Region Nordjylland skal kunne tilbydes samme indsats som borgeren i Region Hovedstaden. Behovet for, at der stilles nationale krav til kvalitet, rammer og organisering, som understøtter en sammenhængende indsats på tværs af sundhedsaktørerne, er udtalt.

**Rehabiliteringsforum Danmark** ser et problem i, at lovforslaget sidestiller sundhed med behandling. Rehabiliteringsforum ser gerne, at man i stedet bruger et bredt sundhedsbegreb, der også sigter mod forebyggelse og rehabilitering. Det kan ske ved i højere grad, end der er lagt op til på nuværende tidspunkt, at gøre sundhedsklyngerne ikke kun politisk men også fagligt tværssektorielle. Det kan ske ved at fagområder fra social-, beskæftigelses- og uddannelsesområderne repræsenteres i sundhedsklyngerne.

**Speciallæge i almen medicin Christian Freitag, Holte Lægehus** bemærker, at både på nationalt niveau, på regionalt niveau og i de 21 klynger, bør alle tre parter være ligeligt repræsenteret. Dertil bør alle tre parter kunne udpege repræsentanter fra den pågældende sektor, der repræsenterer den pågældende region eller det pågældende klyngeområde.

**Støtteforeningen for Hospice Rudersdal** foreslå, at det i lovteksten tilføjes, at sundhedsklyngerne også skal sikre sammenhængende palliative forløb. Foreningen begrundet dette med, at den specialiserede palliative indsats både er tværfaglig og tværssektoriel, men desværre kommer indsatsen let i klemme mellem kommunale og regionale indsatser og budgetter. Dertil kommer, at en rettidig specialiseret palliativ indsats kan nedsætte antallet af fordyrende og belastende genindlæggelser på sygehuse.

**Rådet for Socialt Udsatte** finder det nødvendigt, at sundhedsklyngernes aftaler vedr. sammenhæng for patienter – samt mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelafhængighed – bliver forpligtende for klyngens kommuner og region, og at der sker en opfølgning. Rådet anbefaler, at sundhedsklyngerne sikrer, at der etableres samarbejde med praktiserende læger, som har særlig kompetence inden for social udsathed.

**Vordingborg Kommune** opfordrer til at undgå øget mødevirksomhed. Vordingborg Kommune opfordrer endvidere til, at de regionale sundhedsaftaler udgår til fordel for en national rammeaftale. Vordingborg Kommune har derudover en række bemærkninger til organiseringen, herunder at klyngeorganiseringen kan forsinke udviklingen af landsdækkende telemedicinsk baserede specialistfunktioner, at populationsansvaret bliver svært at løfte i de klynger, der er hårdest ramt af social ulighed i sundhed.

**Ældre Sagen** opfordrer til, at forslaget om klynger og sundhedssamarbejdsudvalg suppleres med en landsdækkende plan med krav til kvalitet og kompetencer, såvel i indsatsen til patienter i overgangen mellem sygehus og kommune som i kommunerne. Det er særligt relevant for ældre patienter med flere sygdomme.

*Sundhedsministeriet bemærker, at lovforslaget efter høringen er tilrettet således, at sundhedsklyngens politiske niveau – ud over regionsrådsmedlemmer, herunder regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser – også vil skulle bestå af repræsentanter for almen praksis. Det er blevet justeret i lovforslaget, at formandskabet i en sundheds-*



klynge varetages af regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre. I lovbemærkningerne er det vedrørende borgmestre præciseret, at for så vidt angår kommuner, der har mellemformsstyre med delt administrativ ledelse (København, Odense og Aalborg Kommuner), jf. § 64 a, jf. § 65, i lov om kommunernes styrelse, jf. lovbekendtgørelse nr. 47 af 15. januar 2019, og Aarhus Kommune, der har magistratsstyre, jf. § 64 i den nævnte lov, vil sundhedsministeren med hjemmel i det foreslåede § 203, stk. 6, i sundhedsloven skulle fastsætte, at borgmesterdeltagelse i det politiske niveau kan varetages af vedkommende rådmænd i stedet for af borgmesteren – for Københavns Kommune af vedkommende fagborgmester i stedet for af overborgmesteren. I lovforslagets bemærkninger er der endvidere tilføjet, at sundhedsklyngerne vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov.

Det er også præciseret i lovbemærkningerne, at lovforslaget ikke ændrer på den afgrænsning af begrebet ”tilgrænsende sektorer”, som fremgår af sundhedslovens § 203. Tilgrænsende sektorer kan f.eks. være socialområdet, beskæftigelsesområdet, skole- og dagtilbudsområdet m.v. Det er blevet korrigeret, at det politiske niveau som udgangspunkt vil skulle mødes to gange årligt og efter behov, som det også fremgår Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) af 11. juni 2021 mellem regeringen (S), Danske Regioner og KL.

I forhold til kommunernes deltagelse i to eller flere sundhedsklynger, er det i bemærkningerne blevet tilføjet, at tilsvarende vurderes at være relevant for regionerne, hvor psykiatriens optageområder adskiller sig fra de somatiske optageområder, og hvor der også er forskel på optageområder i hhv. børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Som følge heraf kan der derfor være behov for, at særligt repræsentanter fra de psykiatriske sygehuse lader sig repræsentere i to eller flere sundhedsklynger.

Til høringsvaret fra Alkohol & Samfund kan særsomt bemærkes, at i regeringens udspil til en sundhedsreform, som blev lanceret d. 15. marts 2022, indgår et initiativ om at sætte aldersgrænsen for salg af al alkohol op til 18 år. Det fremgår ligeledes af udspillet, at en højere aldersgrænse skal kombineres med en ambitiøs national alkoholhandleplan, som sætter fokus på tiltag, der understøtter sunde ungdomsfællesskaber. Samtidig inviteres ungdomsuddannelserne til at tage medansvar for at gøre op med unges drukkultur i tilknytning til uddannelserne. Derudover vil regeringen fortsætte indsatsen mod ulovligt salg af alkohol og tobak til unge under 18 år. Det skal sikre, at den højere aldersgrænse slår igennem på de unges forbrug. Kontrollen skal føres effektivt, og regeringen vil styrke håndhævelse af reglerne.

### 3. Sundhedssamarbejdsudvalg

**Alzheimerforeningen** foreslår, at patienter med nedsat kognitiv funktionsevne herunder patienter med en demenssygdom, medtages blandt de patientgrupper som sundhedssamarbejdsudvalgene især skal have fokus på.

**Apotekerforeningen** opfordrer til, at der i de enkelte regioner etableres samarbejdsudvalg med fokus på samarbejdet mellem regionen og apotekerne om medicinsikkerhed og forebyggelse samt fora for samarbejde mellem apoteker, regionen og kommunerne, når samarbejdsstrukturen i regionen tilrettelægges.

**Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)** mener, at PLO skal være fast repræsenteret i samarbejdsudvalget.

**Danske Fysioterapeuter** antager, at udarbejdelsen af praksisplan for fysioterapi i samarbejdsudvalget for fysioterapi ikke berøres af etableringen af sundhedssamarbejdsudvalget. Danske Fysioterapeuter finder det, ligesom med sundhedsklyngerne, bekymrende at der heller ikke i sundhedssamarbejdsudvalget er lagt op til en lovfæstet og tydelig pligt til at involvere faggrupperne og de faglige organisationer. Danske Fysioterapeuter opfordrer derfor til, at der sker en bred inddragelse af sundhedsprofessionelle i udvalgets arbejde, og at en pligt hertil lovfæstes.

**Danske Seniorer** bemærker, at sundhedskoordinationsudvalg og praksisudvalg erstattes af sundhedssamarbejdsudvalg og et underudvalg herunder, der skal tage sig af praksisplaner. De nye sundhedssamarbejdsudvalg har i modsætning til de nuværende sundhedskoordinationsudvalg ikke repræsentation af almen praksis, hvilket er uforståeligt. Bortset fra den manglende repræsentation af almen praksis i sundhedssamarbejdsudvalg er det vanskeligt at se nogen reel forandring fra den nuværende situation.

**Danske Ældreåd** vurderer, at det er helt afgørende for sammenhængskraften i sundhedsvæsenet, at der er et stærkt, tæt og forpligtende samarbejde mellem kommuner, regioner og almen praksis. De finder det bekymrende, at almen praksis ikke har en fast plads i sundhedssamarbejdsudvalget.

**Farmakonomforeningen** bemærker, at det er vigtigt at sikre ensartethed mellem regionerne og på tværs at sundhedsklyngerne. En af sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver er derfor også, at sikre implementering af nationale handleplaner. Nationale handleplaner og kvalitetsstandarder er nødvendige, og foreningen håber, at man politisk vil prioritere fælles standarder og planer i det kommende arbejde med sundhedsreformen for bl.a. at styrke medicin håndteringen, kronikerforløb m.v.

**Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD)** bemærker til § 1, nr. 5 og nr. 8: Med nedlæggelsen af praksisplanudvalgene fremgår forpligtelsen til at søge enighed om udformning af en praksisplan ikke længere eksplicit af sundhedsloven. FSD har ingen forbehold overfor, at regionsrådet endeligt godkender praksisplanerne men beklager dog, at forpligtelsen til at søge fælles tilslutning bortfalder. Denne forpligtelse til at inddrage kommunerne, også vedrørende lægedækning og kapacitetstilpasning samt udviklingstiltag bør videreføres i det kommende sundhedssamarbejde.

**KL** ønsker, at det fremgår af lovgivningen, at sundhedssamarbejdsudvalget drøfter udvikling af samarbejdet med sygehus, kommuner og almen praksis, herunder udviklingstiltag, kapacitet og lægedækning, og at al strategi for og planlægning af tilrettelæggelsen af tværsektorielle forløb og øvrigt samarbejde mellem de tre sektorer overgår til sundhedssamarbejdsudvalget. I høringsudgaven af lovforslaget står, at praksisplanerne vil skulle forholde sig til "spørgsmål om lægedækning, tilgængelighed, kapacitet og almen praksis rolle i det regionale sundhedsvæsen". Samtidig beskrives at "drøftelser om almen praksis rolle i det tværsektorielle arbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis, tværsektorielle patientforløb og øvrigt samarbejde mellem vil skulle foregå i sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformning af sundhedsaftaler." Denne opdeling vurderer KL er uhensigtsmæssig for målet om at skabe sammenhængende forløb for de fælles borgere.

**Kræftens Bekæmpelse** udtrykker bekymring for, om fokus på almen praksis' vigtige rolle i sundhedsvæsenet bliver nedprioriteret som følge af, at de eksisterende regionale praksisplanudvalg bliver nedlagt. Kræftens Bekæmpelse mener, at der er behov for klart at definere de praktiserende lægers rolle i det nye tværsektorielle samarbejde. Kræftens Bekæmpelse mener, at det er vigtigt, at der som ved den seneste revision af vejledningen fortsat er patientrepræsentation i arbejdet.

**Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)** er bekymrede for, at somatikken og aldersrelaterede lidelser kommer til at fylde så meget, at psykiatrien overses. Derfor støtter LAP op omkring særlige samarbejdsudvalg på psykiatriens område, der er tværsektorielle og med en bredere inddragelse af psykiatribrugere. Et særligt opmærksomhedspunkt er risikoen for et nyt tungt mødefora, hvor borgerhensyn og mål drukner i hensigtserklæringer, diskussioner om økonomiske grundvilkår o.l.

**Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)** bemærker, at det er en klar svækkelse af lægefagligheden i planerne for et bedre nært sundhedsvæsen, at den almenmedicinske faglighed ikke er tiltænkt en fast plads i sundhedssamarbejdsudvalget, idet den almen medicinske lægefaglighed ikke nødvendigvis kommer i spil, når der ændres på opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet. Lovforslaget bør justeres, sådan at der sikres almen medicinsk repræsentation i de regionale sundhedssamarbejdsudvalg. I de tilfælde hvor sammensætningen af diverse beslutningsfora afdrages lokalt, bør almen medicinsk lægefaglighed også indtænkes.

**Lægeforeningen** understreger igen, at det er centralt, at klyngernes politiske niveau og sundhedssamarbejdsudvalget modtager den rette lægefaglige rådgivning for at få de bedste muligheder for at træffe kvalificerede beslutninger i samarbejdet om patienten. Her er lægefaglig rådgivning fra sygehuse også relevant og bør ligesom repræsentanter for speciallægepraksis fremgå eksplicit.

**PLO** ser en risiko for, at det fælles ejerskab i det nære sundhedsvæsen forsvinder uden et samarbejde på politisk niveau mellem region, kommuner og almen praksis. PLO vil derfor opfordre til, at lovforslaget ændres således, at PLO sikres fast repræsentation i de regionale Sundhedssamarbejdsudvalg.

**Rådet for Socialt Udsatte** anbefaler, at sundhedssamarbejdsudvalget får til opgave at sætte fælles retning for mere lige adgang til almen praksis, og at regionsrådet sørger for, at der indgås aftaler på praksisområdet, der sikrer rammerne for mere tid til socialt udsatte patienter mv.

**Speciallæge i almen medicin Christian Freitag, Holte Lægehus**, har en række bemærkninger til strukturen og organiseringen af klyngerne, herunder bl.a. at hvis klyngerne politisk bliver hængt op på et nyt beskrevet "Sundhedssamarbejdsudvalg", som

derudover varetager både praksisplanlægning og generel sundhedskoordination i regionen, så vil hele ideen om at lægge handlekraften og samarbejdet ud til sundhedsklyngerne blive udfordret.

**Vordingborg Kommune** undrer sig over, at forslaget ikke tager højde for den kommunale, sundhedspolitiske organisering. Det er de kommunale sundhedsudvalg, der har det sundhedspolitiske mandat. Lovforslagets borgmesterfokus vil medføre ekstra arbejds gange, når der internt skal koordineres frem og tilbage med sundhedsudvalgsformænd før og efter møderne i en eller flere klynger. Det kan blive en opgave, som flere borgmestre vil foretrække at uddelegere.

*Sundhedsministeriet bemærker, at lovforslaget efter høringen er tilrettet således, at sundhedssamarbejdsudvalget – ud over regionsrådsmedlemmer, herunder regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser – også vil skulle bestå af repræsentanter for almen praksis i lovbemærkningerne er det tilføjet, at sundhedssamarbejdsudvalget også vil skulle inddrage relevant fagkundskab, herunder relevante sundhedsprofessionelle, efter behov.*

*Sundhedsministeriet har i lovbemærkningerne vedr. optageområdet for to eller flere akutsygehuse tilføjet, at regionen i disse situationer vil skulle sikre, at borgere, der er fordelt på flere sundhedsklynger, ikke oplever væsentlige forskelle i behandling eller sygehustilbud, uanset hvilket sygehus de tilhører.*

*I forhold til forlængelse af nuværende sundhedsaftaler er det korrigeret, at det betyder, at den nuværende sundhedsaftale forlænges med et halvt år fra 1. juli 2023 indtil 1. januar 2024, og at den førstkommande aftale dermed forkortes tilsvarende med et halvt år.*

#### **4. Patient- og pårørendeinddragelse**

**Alkohol & Samfund** henviser til, at lovforslaget skal bidrage til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Det støtter Alkohol & Samfund op om, særligt hvis det bliver skrevet ind, hvordan de komplekse og sårbare borgere også bliver inddraget i patient- og pårørendeinddragelsen. Alkohol & Samfund mener denne patientinddragelse er et væsentligt parameter for at sundhedsklyngerne kommer i mål med at mindske geografisk og social ulighed.

**Alzheimerforeningen** forslår, at det i selve lovteksten direkte anføres, at patienter og pårørende skal inddrages i det politiske niveau drøftelser, hvor dette er relevant. Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at der i tilknytning til vedtagelse af lovforslaget om sundhedsklynger afsættes midler til at styrke patient- og pårørendeinddragelsen fx i form af tilbud om introduktionskurser, løbende sparring, netværk samt tilskud til patientforeningernes arbejde med at uddanne, netværke og løbende kontakt til lokale patient- og pårørenderepræsentanter i de kommende sundhedsklynger.

**Amgros** bemærker, at de nye strukturer må forventes tillige at indebære et betydeligt antal medicinleverancer. Amgros vil derfor opfordre til en særlig opmærksomhed på, hvordan det skal foregå, og om der er det rette hjemmelsgrundlag til stede for en uhindret vederlagsfri udlevering af medicin fra sygehusvæsenet til patienter på tværs af sektorgrænser. Amgros finder det vigtigt, at mindst én af repræsentanterne i det faglige strategiske niveau er i stand til at repræsentere det faglige tværgående samarbejde omkring medicinen.

**Bedre Psykiatri** ønsker, at patient- og pårørendeinddragelse er forpligtende, systematisk, ensrettet og landsdækkende. Ligeledes at repræsentanter for patienter og pårørende inddrages i sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse af relevante dagsordenpunkter. Det bør indbefatte, at professionelle repræsentanter for patienter og pårørende har mulighed for at agere operationelt med øvrige aktører i fx det faglige strategiske niveau. Det bør tydeliggøres, hvorledes man fremadrettet bliver enige om, hvem der skal udpeges til patientinddragelsesudvalgene blandt organisationerne (og øvrige), samt hvordan man bliver en repræsentant på vegne af andre organisationer og på tværs af sygdomsgrupper og pårørendegrupper. Patient- og pårørenderepræsentanter bør tilføres ressourcer, relevant uddannelse og bistand, eftersom de i dag agerer frivilligt. Det bør klargøres, hvordan forudsætninger for bistand, ressourcer og økonomi samt forpligtelsen til reel patient- og pårørendeinddragelse indtænkes i praksis i kommende sundhedsklynger (fagligt og politisk) og i sundhedssamarbejdsudvalg.

**Danske Bioanalytikere** mener, at bioanalytikere bør inddrages på det fagligt strategiske niveau i sundhedsklyngerne for at sikre, at bioanalytikeres ekspertviden om prioritering, udførelse og kvalitetssikring i forbindelse med prøvetagning og analyser, brug af patientnært analyseudstyr ("POCT-udstyr") mv. indgår i både det strategiske og praktiske arbejde på tværs af sektorerne, så optimal ressourceudnyttelse og patientsikkerhed sikres.

**Danske Handicaporganisationer** vurderer, at det er nødvendigt med en styrkelse af den eksisterende struktur, hvis patientinddragelsesudvalgene meningsfuldt skal kunne påtage sig den store opgave, der er lagt op til med styrket inddragelse. Patientinddragelsesudvalgene bør derfor udvides ift. antallet af medlemmer. Mhp. at opnå lokal forankring kan det overvejes at inddrage kommunale handicapråd i relevante sammenhænge i klyngesamarbejdet.

**Dansk Kiropraktor Forening** bemærker, at det ikke er kun almen praksis, der kan og bidrage til løsningen af denne opgave. Det kan, vil og gør de danske kiropraktorer også. Dansk Kiropraktor Forening efterspørger derfor, at dette samarbejde ikke forbeholdes almen praksis, men bliver et samarbejde mellem region, kommune og hele praksissektoren til fordel for patienterne.

**Danske Patienter** anbefaler, at der indsættes en passus i loven, som sikrer, at regioner og kommuner kan understøtte en meningsfuld inddragelse af patienter og pårørende i sundhedsklyngerne. Det indebærer, at der afsættes de nødvendige ressourcer hertil. Danske Patienter har derudover tekstmæssige bemærkninger, herunder til antallet af medlemmer i patientinddragelsesudvalget samt dets mulighed for foretræde for klyngernes politiske niveau og sundhedssamarbejdsudvalget.

**Dansk Psykoterapeutforening (DPFO)** foreslår, at der på linje med patientinddragelsesudvalget også nedsættes ét udvalg i hver region til inddragelse af ansatte, hvor repræsentanter for alle typer ansatte i sundhedsvæsenet kan deltage med hver én dag. På den måde sikres input fra alle de ansatte, der har deres daglige gang i sundhedsvæsenet – også portører, socialpædagoger, social- og sundhedsassistenter, psykoterapeuter, bioanalytikere m.fl.

**Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)** støtter patient- og pårørendeinddragelse som foreslået i nærværende lovudkast. DSAM vurderer, at de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i højere grad end de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg vil inddrage repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser. Dette ses som et positivt tiltag.

**Dansk Selskab for Patientsikkerhed** støtter, at patienter og pårørende inddrages i den politiske dialog – bl.a. via dialogmøder – men frem for at patienter og pårørende inddrages i relevant omfang, anbefales, at patienter og pårørende altid er en del af den politiske dialog.

**Dansk Selskab for Samfundsmedicin (DASAMS)** finder det positivt, at man i højere grad end tidligere vil skulle inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, idet man skal bemærke, at disse ikke altid har overensstemmende synspunkter og interesser. DASAMS konstaterer, at det fremstår noget uklart hvordan den sundhedsfaglige stemme vil blive inddraget som et væsentlig element i samarbejdet hvilket må anses for en væsentlig faktor for virkeliggørelse af intentionerne med lovforslaget.

**Danske Regioner** finder det ligeledes vigtigt, at patient- og pårørendeperspektivet er integreret i det tværsektorielle samarbejde, og at repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalgene deltager i sundhedsklyngernes faglige arbejde. Regionerne har ligeledes gode erfaringer med at inddrage patienter og pårørende med erfaringer på bestemte sygdomsspecifikke områder i konkrete udviklingsarbejder. Danske Regioner ønsker, at denne form for patient- og pårørende inddragelse supplerer den faste repræsentation fra Patientinddragelsesudvalget i det faglige strategiske niveau i klyngerne.

**Danske Seniorer** bemærker, at der i lovforslaget er lagt op til en øget patient- og pårørendeinddragelse. Danske Seniorer forventer, at der med en bekendtgørelse nærmere konkretiseres, hvilke emner det som minimum skal dreje sig om, så der kommer reelt indhold i lovbemærkningernes hensigtserklæringer. Det ser ud til, at patientindflydelsen på sundhedssamarbejdsudvalgets arbejde svarer til den nuværende på sundhedskoordinationsudvalget. Dog er det uklart, om der overhovedet lægges op til patientindflydelse i det underudvalg, der skal beskæftige sig med praksisplanen.

**Danske Tandplejere** foreslår, at tandplejerfagligheden bliver repræsenteret i de nedsatte sundhedsklynger. Sygdomme i tænder og mund optræder oftest sammen med andre sygdomme. Indlagte patienter, der har nedsat immunforsvar eller får medicin, er i særlig risiko for at få betændelse i munden, der kan sprede sig til resten af kroppen. Det er derfor vigtigt med forebyggende tandpleje over for disse borgere både før, under og efter indlæggelse.

**Danske Ældreråd** anbefaler, at krav til systematisk borgerinddragelse skrives ind i sundhedsloven, samt at der formuleres en fast model for borgerinddragelse. Med borgerinddragelse forstås patienter eller pårørende samt borgere, som potentielt kan blive det. Danske Ældreråd foreslår, at sundhedsklyngerne forpligtes til systematisk dialog med borgerrepræsentanter på det politiske niveau. Borgerrepræsentanter bør udvælges på baggrund af et geografisk kriterium, og der bør indgå mindst én ældrerådsrepræsentant fra én af kommunerne i klyngen. Danske Ældreråd foreslår, at det som minimum defineres i lovgivningen, at det enkelte sundhedssamarbejdsudvalg har ansvar for at sikre, at borgerne tilbydes et introduktionsforløb til rollen som repræsentant og løbende klædes på til at fungere som sparringspartner for sundhedssamarbejdsudvalget.

**Det Ethiske Råd**

Lovforslaget fokuserer bl.a. på, hvordan patienter kan overtage ansvaret for dele af behandlingen og tage ansvar for egenomsorgen. Det er dog væsentligt at tilføje: i det omfang de magter det. Egenomsorgen må ikke blive et 'pas dig selv', men gerne være et 'pas på dig selv'. Behandling på nære og lokale præmisser bør tage højde for de, der ikke kan formulere behandling og omsorg som et krav, men ikke desto mindre har brug for den. Rådet mener, at det bør fremhæves, at det påhviler sundheds-samarbejdsudvalgene at tilrettelægge mekanismer, som sikrer at patienter til hver en tid indkaldes, når det er relevant. Rådet ønsker også at gøre opmærksom på, at det samme bør gælde for almen praksis.

**Det Sociale Netværk** og Headspace finder det helt afgørende, at civilsamfundet er repræsenteret, når det kommer til styringen, prioriteringerne og det faglige strategiske samarbejde i sundhedsklyngerne. Civilsamfundet bør derfor være repræsenteret i sundhedsklyngerne på det faglige strategiske niveau på linje med repræsentanter for patienter og pårørende. Civilsamfundet bør desuden have faste pladser i det foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg i hver region.

**Ergoterapeutforeningen** mener, at det er vigtigt med tværfaglig repræsentation i sundhedsklyngerne. Ergoterapeutforeningen mener, at det er vigtigt at sikre, at det faglige strategiske niveau både har et behandlende og rehabiliterende fokus og anbefaler derfor en tværfaglig sammensætning, som favner både lægelige, sygeplejefaglige samt fysio- og ergoterapeutiske kompetencer.

**3F** noterer, at der er beskrevet en aktiv patientinddragelse i det nye samarbejde, hvilket hilses med tilfredshed. 3F ser dog ikke, at det på samme måde er sikret, at de faglige medarbejdere og organisationer inddrages. En sådan inddragelse sker i et vist omfang i dag, og bør også ske fremadrettet.

**Faglige Seniorer** ser gerne, at de ældres og andre gruppers repræsentation sikres i lovtæksten. Det er uklart for Faglige Seniorer, hvordan patienter og pårørende inddrages i arbejdet, specielt på det faglige strategiske niveau. To repræsentanter for patienter og pårørende forekommer for snævert og denne repræsentation bør udvides. Udvidelsen bør give plads til, at ældrerådene sikres mindst en repræsentant på det faglige strategiske niveau. Faglige Seniorer bemærker, at patientinddragelsesudvalgs sammensætning bør gentænkes, og foreslår at hver klynge får en repræsentant fra ældrerådene i patientinddragelsesudvalget valgt af ældrerådene i de kommuner, klyngen omfatter.

**Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD)** finder det positivt, at lovbemærkningerne indeholder beskrivelse af patient- og pårørendeinddragelse. Det er efter FSDs opfattelse vigtigt for den fremtidige udvikling af sundhedsområdet. FSD noterer sig også med tilfredshed, at det beskrevne forslag er en minimumsmodel, som såvel sundhedssamarbejdsudvalg som sundhedsklynger kan udvide.

**Farmakonomforeningen** bemærker, at inddragelse og dialogen med de mange sundhedsprofessionelle bør prioriteres – enten med involvering i udvalgene ved relevante dagsordener eller fx med dialogmøder på det fagligt strategiske niveau i klyngerne. For fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, laboranter, bioanalytikere, farmakonomer, farmaceuter – og mange flere – er en del af sundhedsvæsenets maskineri.

**Hjernesagen** finder det uklart, hvordan inddragelsen af patienter og pårørende skal implementeres. Det er essentielt, at en patient- og pårørende inddragelse faciliteres målgrupper specifikt mhp. at undgå "pseudo-inddragelse". Der bør f.eks. afsættes ressourcer til uddannelse af repræsentanterne, til mødefacilitatorer som har erfaring med at inddrage mennesker med nedsat funktion og patient- og pårørenderepræsentanternes bidrag dokumenteres på lige fod med de faglige repræsentanter.

**Kræftens Bekæmpelse** er enige i Danske Patienters anbefalinger til inddragelse af brugerperspektivet i sundhedsklyngerne. Vi henviser til Danske Patienters publikation "Patienter og pårørendes stemme i sundhedsklyngerne" fra november 2021, hvori der er formuleret fem konkrete anbefalinger, som er baseret på erfaringer fra de nuværende patientinddragelsesudvalg samt national og international viden om organisatorisk brugerinddragelse.

**KL** ønsker, at der gives en fleksibilitet ift. inddragelse af lokale patientforeninger afhængigt af emnet som drøftes. Det foreslås derfor, at lovforslaget giver mulighed herfor ved at den anden plads i det fagligt strategiske samarbejde ikke forhåndsudpeges fra Patientinddragelsesudvalget, men overlades til lokal beslutning om deltagelse. Dette kan fx være i form af, at en repræsentant fra lokale patientforeninger, ældreråd eller lignende inviteres, når dagsordenen omhandler emner, hvor deres særlige fokus er relevant.

**Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)** ser en klar beskrivelse af brugere og pårørendes indflydelse i sundhedssamarbejdsudvalg og patientinddragelsesudvalg som værende afgørende, da disse repræsentationsfora ellers vil fo-

rekomme som tomme legitimeringsgrundlag for den førte psykiatri - og sundhedspolitik i regi af sundhedsklynger. Det nuværende fravær af politisk prioritering i det store spektrum af somatiske sygdomme og tilhørende mange og dyre behandlingstilbud, må tillige forudses at blive en udfordring for arbejdet i sundhedsklynger.

**Medicoindustrien** noterer, at patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer skal inddrages i klyngerne, og dette er meget positivt, da disse netop har føling med, hvordan det reelt foregår i dag, og kan medvirke til, at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsområdet og mellem sundhedssektoren og et tilgrænsende område som sociallovgivningen, idet hjælpemidler, som er medicinsk udstyr jo netop bevilget efter lov om social service §112.

**Psykiastrifonden** kvitterer for fokus på inddragelse af patienter og pårørende i sundhedssamarbejdsudvalget og i sundhedsklyngerne. Patienter og pårørende er med deres levede erfaringer helt centrale i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb i sundhedsvæsenet.

**Rådet for Socialt Udsatte** bemærker, at socialt udsatte mennesker er sjældent organiseret i patientforeninger, og at de har ofte ikke pårørende, der kan tale deres sag. Derfor anbefaler Rådet, at det bliver lovpligtigt at oprette regionale udsatteråd i alle regioner, og at hvert regionalt udsatteråd får en fast plads i regionernes patientinddragelsesudvalg, der besættes af et rådsmedlem, der er indstillet fra en bruger- eller praktikerorganisation. Ligeledes bør det regionale udsatteråd repræsenteres i hver sundhedsklynge på det fagligt strategiske niveau.

**Ældre Sagen** bemærker, at styrket systematisk patientinddragelse bør præciseres i kommende bekendtgørelser. Den øgede patientinddragelse fremgår kun af bemærkningerne, hvorfor Ældre Sagen forventer, at det beskrevne vil blive sikret i en kommende forbedret bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg. Ældre Sagen foreslår, at det i selve forslag til lovændring eller i kommende nærmere regler for sundhedsklynger vil blive præciseret, at patientinddragelsesudvalg skal inddrages systematisk for at sikre inddragelse, at der i klynger skal sikres ressourcer og kompetencer til inddragelsen samt sikres kompetenceudvikling for patient- og pårørenderepræsentanter.

*Sundhedsministeriet bemærker, at bekendtgørelse nr. 256 af 19. marts 2014 om praksisplanudvalg for almen praksis, bekendtgørelse nr. 679 af 30. maj 2018 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, bekendtgørelse nr. 257 af 19. marts 2014 om patientinddragelsesudvalg og vejledning nr. 9504 af 4. juni 2018 som følge af lovforslaget vil skulle ændres eller ophæves. Der skal ligeledes udstedes en ny bekendtgørelse om sundhedsklynger m.v.*

*I lovbemærkningerne er det tilføjet, at sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene eksempelvis kan lave en plan for inddragelse af patientinddragelsesudvalget samt patienter og pårørende med særligt fokus på f. eks. ulighed i sundhed.*

## 5. Datadeling

**Danske Patienter** bemærker, at set fra et patientperspektiv er det positivt, hvis man arbejder i retning af mere datadeling og bedre udnyttelse af aggregerede data.

**Dansk Psykolog Forening** bemærker, at borgere skal have adgang til rettidig, sammenhængende og kvalificeret hjælp i det nære sundhedsvæsen. Dansk Psykolog Forening mener, at det forudsætter bedre mulighed for samarbejde og deling af data mellem psykologer og almen praksis.

**Danske Regioner** bemærker, at en vigtig præmis for sundhedsklyngernes arbejde er data for de fælles patienter. Det forudsætter, at der foreligger det nødvendige juridiske grundlag for deling af data på tværs af sektorer. Det er derfor vigtigt, at Sundhedsministeriet sikrer, at de juridiske barrierer, der løbende identificeres i arbejdet med klyngerne, imødekommes ved, at der skabes den nødvendige hjemmel, bl.a. i forhold til datadeling på tværs såvel i Sundheds- og Serviceloven.

**Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)** mener, at det i lovudkastet skal gøres klart, at det alene er hensigten, at strukturrede oplysninger fra almen praksis skal stilles til rådighed i den fælles digitale infrastruktur (og derved i sundhedsklyngerne), og at det ikke er hensigten, at brødteksten fra praktiserende lægers elektroniske patientjournaler skal stilles til rådighed i den fælles digitale infrastruktur. DSAM har derudover en række bemærkninger vedr. datasikkerhed, herunder at lovforslaget kan underminere læge-patientforholdet, fordi datadelingen i den fælles digitale infrastruktur, og derved sundhedsklyngerne, kan blive så omfattende, at tavshedspligten reelt ophæves.

**Dansk Sygeplejeråd** gør opmærksom på, at vi stadig er et godt stykke fra i praksis at have en digital infrastruktur, der muliggør den ønskede deling data om bl.a. planer og indsatser. Vi har end ikke en tidsplan for disse dele af implementeringen af den

fælles digitale infrastruktur, hvilket er bekymrende, når det er en forudsætning for, at det skal lykkes. Derfor anbefaler vi et betydeligt øget fokus på at muliggøre den nødvendige datadeling, samt at processen skal gå hurtigere.

**Datatilsynet** bemærker til pkt. 2.4.2.2. i lovforslagets almindelige bemærkninger – at der arbejdes på deling af sundhedsdata på tværs af sektorer, og at dette bl.a. vil ske på et aggregeret niveau – at aggregerede oplysninger er omfattet af databeskyttelsesreglerne, hvis enkeltpersoner kan identificeres ud fra oplysningerne eller ved kombination med andre oplysninger. Datatilsynet bemærker, at Sundhedsministeriet ikke i udkastet til lovbemærkningerne forholder sig til, hvorvidt der er tale om personhenførbare oplysninger omfattet af databeskyttelsesreglerne. Hvis dette er tilfældet, skal Datatilsynet opfordre Sundhedsministeriet til i lovbemærkningerne at forholde sig til behandlingsgrundlaget efter databeskyttelsesforordningen og/eller databeskyttelsesloven, for så vidt angår den videregivelse af personoplysninger, herunder helbreds-oplysninger, der sker som følge af udkastet til lovforslaget.

**Det Ethiske Råd** bemærker, at der er mulighed for, at et øget fokus på datadrevne kilder til mønstre i en given population, kan skubbe til værdien af og interessen for andre observationer, og at det kan forandre relationsarbejdet. Patienter har behov for mere end effektiv behandling, de har også behov for nærhed og omsorg. Standardisering og specialisering honorerer et medicinsk krav om sammenlignelige data og kvalitetsstandarder i behandlingen.

**FOA** vil opfordre til, at der i den kommende sundhedsaftale sættes endnu mere skub i processen med datadeling på tværs. Både at datadelingen intensiveres, men også at kvaliteten af eksisterende og ny datadeling skal forbedres. Formålet skal være at fjerne alle eksisterende barrierer – både lovgivningsmæssige, tekniske og praktiske – så der bliver let læseadgang til patientoplysninger i alle dele af sundhedsvæsenet.

**Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD)** ser positivt på, at der i lovbemærkningerne er en omfattende beskrivelse af behovet for at dele data mellem sundhedsvæsenets parter, og herunder at det forudsætter en række lovgivningsmæssige ændringer.

**Hjernesagen** støtter op om en bedre deling af sundhedsdata til relevant sundhedspersonale og i anonymiseret form til brug for forskning og kvalitetsarbejde.

**KL** bemærker, at som det er nu, er mulighederne for deling af behandlingsrelevante oplysninger i regi af serviceloven meget begrænsede. Det betyder i praksis fx, at en fysioterapeut, der har en borger i vedligeholdende træning efter servicelovens § 86 stk. 2, og ikke kan dele data som fx træningens formål, øvelser m.v. med den fysioterapeut, der har samme borger til genoptræning efter sygehusophold efter sundhedslovens § 140 uden borgerens samtykke. Fysioterapeuten kan sågar være den samme person. KL anser denne begrænsning for uholdbar, når målet er at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen. KL mener, at denne begrænsning bør fremgå mere tydeligt i teksten fx ved at ovenstående eksempel fremhæves.

**Kræftens Bekæmpelse** efterspørger en mere konkret plan for deling af data til forskning, kvalitetsudvikling og i forhold til at dele tidstro patientnære data til understøttelse af sammenhængende patientforløb på tværs af sygehus, kommune og almen praksis, jf. også det nyligt offentliggjorte udspil til sundhedsreform.

**Lægeforeningen** bemærker, at den adgang, som klinikere har til patientoplysninger i "Sundhedsjournalen" ikke løser behovet for let og smidigt at kunne tilgå patientdata på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Der er behov for ét landsdækkende journalsystem for det regionale sygehusvæsen, og en platform. Det vil lette overgangene mellem sektorerne og sikre, at patienter kan blive behandlet baseret på det bedst mulige datagrundlag, uanset hvor de befinder sig i sundhedsvæsenet.

**Novo Nordisk Fonden** bemærker, at det i regeringens udspil til en sundhedsreform fremgår, at "et samlet datagrundlag fra kommuner og praktiserende læger skal understøtte en plan for styrket kvalitet i det nære sundhedsvæsen (...)" Dette kunne med fordel være afspejlet i lovforslaget. En række juridiske barrierer medvirker til at hindre realiseringen af det store potentiale i en bedre brug af sundhedsdata inden for behandling, kvalitetsudvikling og forskning.

**Rehabiliteringsforum Danmark** håber, at man vil øge fokus i lovforslaget på indsamling af data til brug i forskning. Der er stort behov for, at vi ud over kvalitetssikring af behandlingen også får bedre mulighed for tværsektoriel forskning, som gennemføres med udgangspunkt i det brede sundhedsbegreb og er med til at udvikle vores forståelse af sundhed og dermed kan kvalificere sundhedsklyngernes arbejde.

**Vordingborg Kommune** kan kun bakke op om lovforslagets punkt om systematisk datadeling, også med almen praksis, men bemærker, at dette kan iværksættes uden etablering af en ny, ressourcekrævende klyngeorganisation. Det skal samtidig påpeges, at sygehuse og kommuners forudsætninger for at arbejde med data varierer, og at en centralt drevet understøttelse af databehandlingen vil bidrage væsentligt til kvalitetssikring af det samlede sundhedsvæsen.

**Ældre Sagen** savner bl.a. at se data på omfang og brug af midlertidige kommunale pladser og akutpladser, brug af hjemmesygepleje, herunder akutfunktioner, omfang af brugerbetaling i sammenhæng med hjemmesygepleje, fx under ophold på midlertidige pladser og udbredelse af plejehjemslæger. Sådanne data, mener Ældre Sagen, er et vigtigt grundlag for datadreven udvikling både på landsplan og lokalt for fremtidige aftaler og planer om målrettede indsatser.

*Sundhedsministeriet har præciseret hele dataafsnittet.*

## 6. Økonomi

**Alzheimerforeningen** foreslår, at der i tilknytning til vedtagelse af lovforslaget om sundhedsklynger afsættes midler til at styrke patient- og pårørendeinddragelsen, fx i form af tilbud om introduktionskurser, løbende sparring, netværk samt tilskud til patientforeningernes arbejde med at uddanne, netværke og løbende kontakt til lokale patient- og pårørenderepræsentanter i de kommende sundhedsklynger.

**Danske Fysioterapeuter** finder, at der skal flere ressourcer til. Det gælder både fælles midler til arbejdet i sundhedsklyngerne, så disse ikke bliver en kampplads for økonomiske interesser, men også mere generelt, skal der følge penge med, hvis ønsket om at flere opgaver løses tættere på borgeren og at unødvendige indlæggelser og genindlæggelser undgås skal indfries.

**Dansk Selskab for Samfundsmedicin (DASAMS)** har den principielle opfattelse at man bør søge evidens også for effekten af organisatoriske tiltag og skal derfor anbefale at der sikres ressourcer hertil.

**Dansk Sygeplejeråd** bemærker, at adskilt økonomi og silotænkning kan være en barriere for et godt samarbejde. Dansk Sygeplejeråd finder det nødvendigt med en tydeligere beskrivelse og forpligtelse. De nuværende 80 millioner er et lavt beløb, og det bør udvides betragteligt i de kommende år.

**Danske Fysioterapeuter** mener, at der er behov for tilstrækkelig fælles økonomi mhp. at undgå, at sundhedsklyngerne bliver en kampplads om ressourcer og opgaver. I den forbindelse stiller Danske Fysioterapeuter spørgsmålstejn ved, om de 80 millioner er tilstrækkeligt. Videre påpeges det, at der skal følge penge med til de opgaver, der skal løses i det nære sundhedsvæsen og dermed aflaste sygehusene.

**Dansk Psykolog Forening** fremhæver manglende finansiering. Dansk Psykolog Forening mener, at der fortsat udestår en varig løsning for finansiering af de udfordringer, som det samlede sundhedsvæsen står over for i de mange kommende år, herunder en varig finansieringsmodel for implementering af klyngernes samarbejdsprojekter. Hvis sundhedsklyngerne skal leve op til ambitionerne i lovforslaget, kræver det varig og forudsigelig finansiering som også kan reducere økonomisk kassetænkning i klyngerne mellem regioner og kommuner.

**Danske Patienter** anbefaler, at der eksplicit gives mulighed for, at der afsættes fælles midler fra centralt hold, fx på finansloven eller som en fælles overbygning til de to separate økonomiaftaler, som skal bruges til at finansiere de fælles tiltag for patienter, der har behandlingsforløb på tværs af sektorerne. Det vil afhjælpe, at økonomiske incitament er bestemmende for opgaveløsningen, og at uoverensstemmelser om økonomi bliver en barriere for at skabe de sømløse overgange.

**Danske Regioner** ser gerne, at der afsættes varige midler til klyngearbejdet.

**Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH)** bemærker, at der er behov for at afklare klyngernes økonomiske rammer. De 80 mio. kr. kan ikke stå alene, og det må forventes, at arbejdet med at implementere en samlet aftale om en sundhedsreform skal sikre, at de økonomiske rammer og incitament er til samarbejdet i klyngerne hænger sammen. Der kan fx være en risiko for, at kommunerne får ansvaret for flere opgaver på sundhedsområdet, men uden at der følger tilstrækkelige midler med.

**FOA** foreslår, at de sundhedsklynger med flest sundhedsmæssige og sociale udfordringer får ekstra ressourcer. Klyngerne bør tilføres flere faste midler, så man kan igangsætte nogle mere tværgående projekter, som kan reducere ulighed i sundhed. Midlerne til klyngerne bør fordeles pba. de socioøkonomiske udgiftsbehov, der gælder for det befolkningsgrundlag, som klyngerne dækker.



**Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD)** bemærker, at nye sundhedsopgaver i kommunerne forudsætter tilførsel af ressourcer, og at dette enten må komme fra frigjorte ressourcer på sygehusene eller ved tilførsel af nye midler til det samlede sundhedsvæsen.

**Hjernesagen** bemærker til sundhedsklyngernes politiske niveau, at det er vanskeligt at vurdere, om en sådan ny konstruktion reelt skaber større sammenhæng for patienterne, når der ikke følger et fælles økonomiansvar med.

**Kræftens Bekæmpelse** efterlyser en nærmere beskrivelse af det fremtidige økonomiske grundlag for den nye samarbejdsstruktur, herunder de økonomiske incitamenter, der skal understøtte den ønskede faglige udvikling.

**Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (LAP)** bemærker, at 80 mio. kr. virker som et beskedent finansieringsgrundlag. Forskelle i fordelingsstrukturer og økonomiske rammer blandt regioner og kommuner er forhold, som udmøntningen må adressere, hvis sundhedsklynger skal lykkes med at skabe reel positiv forandring for psykiatribrugere.

**Medicoindustrien** bemærker, at der fortsat vil være tale om et delt myndighedsansvar mellem regionen og kommunen, hvorved etableringen af klyngerne ikke automatisk er en garanti mod, at borgerne er kastebold mellem to faglige og økonomiske lejre, der kæmper om at få den anden til at 'tage regningen' uden at kigge på, hvad der er bedst for borgeren, og hvad på langt sigt er mest bæredygtigt – også i et økonomisk perspektiv.

**Psykiastrifonden** bemærker, at fælles ledelse og fælles økonomi er en grundlæggende forudsætning for samarbejdet i sundhedsklyngerne – ansvaret skal ikke bare være ligeligt fordelt, men fælles.

**KL** bemærker, at af lovforslaget bør det fremgå, at de 80 mio. kr. er fællesmidler til igangsættelse af nye projekter i regi af sundhedsklyngerne, og at midlerne målrettes udvikling af projekter om samarbejdsformer og indsatser i sundhedsklyngerne. KL ønsker, at midlerne som minimum permanentgøres med helårseffekt. KL opfordrer til, at det tydeliggøres, at virksomme indsatser udviklet i klyngerne potentielt kan opløftes til nationale aftaler om udbredelse. KL forudsætter i øvrigt, at der fastlægges en økonomimodel for sundhedsklyngerne, som ikke indebærer betydelig byrdemæssige konsekvenser for kommunerne.

**Lægeforeningen** udtrykker bekymring for, om sundhedsklyngerne kan løfte opgaven med de tildelte ressourcer og efterspørger, at sundhedsklyngernes grundlæggende finansiering bør bestå af øremærkede varige midler til både udviklingsaktiviteter og drift. Det er for Lægeforeningen vigtigt, at sundhedsklyngernes arbejde ikke bliver uensartet alene på grund af forskelle i de økonomiske vilkår, som regioner og kommuner kan blive enige om.

**Roskilde Universitet** bemærker, at det er uklart, om de 80 mio. kr., der er afsat til opstart er et samlet beløb for hele landet, hvilket i givet fald er alt for lidt, eller om det gælder for hver sundhedsklynge, og foreslår det præciseret.

**Ældre Sagen** bemærker, at regioner og kommuner bør få fælles midler til drift og indsatser på tværs i sundhedsvæsenet, herunder til understøttelse af en fælles indsats for ældre patienter med flere sygdomme. Det er uklart, hvorvidt kommuner og regioner har en egentlig fælles ledelse med de foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger. Ældre Sagen opfordrer til, at der i bekendtgørelsen formuleres mulighed for fælles ledelse og samarbejde mellem sygehus og kommune.

*Sundhedsministeriet bemærker, at behovet for permanent finansiering er noteret, men vurderer at spørgsmålet hører hjemme i en generel politisk drøftelse om de samlede økonomiske rammer for kommuner og regioner.*

## 7. Øvrige bemærkninger

**Alkohol & Samfund** håber, at borgere, der primært har et alkohol- eller stofmisbrug, også bliver skrevet ind i lovforslaget.

**Dansk Sygepleje Selskab (DASYS)** foreslår at supplere teksten med områder som sundhedsfremme og sundhedsfaglig kvalitet. DASYS efterspørger en tydeligere diskussion om kompetencer, særligt de sygeplejefaglige.

**Dansk Sygeplejeråd** bemærker, at det bør præciseres i lovforslaget, hvordan koblingen er mellem sundhedsklynger og nærhospitaler, herunder behandlingsansvaret for patienten på tværs af nærhospitaler og almen praksis, herunder ift. understøttelse af de sundhedsfaglige indsatser i kommunerne. Lovforslaget giver ikke svar på, hvordan der sikres den nødvendige koordinering i patientforløb, der går på tværs af det højtspecialiserede sygehusvæsen. Det anbefales, at lovforslaget skærper sin beskrivelse af forløb, der involverer flere sygehuse men ikke flere kommuner. Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at der sættes øget fokus

på koordination, sammenhæng og kvalitet på tværs af hele sundhedsvæsenet – og ikke bare i sundhedsklynger. Konkret foreslår vi indførelsen af en Chief Nurse Officer i Danmark.

**Danske Bioanalytikere** peger på syv tiltag, som bør inkluderes i høringsudkastet for at sikre grundlaget for et styrket samarbejde mellem hospital, kommuner og almen praksis via sundhedsklynger og samtidig opretholde høj kvalitet i sundhedsydelserne med tilhørende patientsikkerhed. Herunder at bioanalytikere bør inddrages på det fagligt strategiske niveau, at der etableres et national center for kvalitetssikring af patientnært analyseudstyr, samt at målgruppen for specialuddannelsen i borger-nær sygepleje udvides.

**Danske Seniorer** påpeger, at lovforslag ikke for alvor tager fat på problemer og udfordringer, som følge af den demografiske udvikling med flere ældre. Lovforslaget mangler forbindelsen til sygepleje i kommunerne og ældreplejen, herunder tilbuddene efter servicelovens kapitel 16 om personlig hjælp, omsorg og pleje.

**Danske Tandplejere** bemærker, at det er beklageligt, at tandpleje ikke bliver nævnt i lovforslaget. Tandsundhed bør indtænkes i den generelle sundhedsindsats – både hos den enkelte borger og strukturelt i sundhedssystemet. Det er Danske Tandplejeres opfattelse, at tandpleje er et centralt element i at forebygge sygdomme og sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb for bl.a. ældre medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme.

**Farmakonomforeningen** bemærker, at der er brug for et stærkere og endnu tættere samarbejde mellem sektorerne for, at sektorovergangene bliver mere smidige for den enkelte patient – herunder også når det handler om medicin, men at netop medicinfokus savnes i lovudkastet. Vi håber, at man vil systematisere indsatsen med medicin, herunder specielt også de udfordringer med medicin, som der opstår i sektorovergangene og centralt anbefale eller fastsætte rammer for en arbejdsgruppe i de nye sundhedsklynger, som arbejder konkret med medicinsikkerhed.

**FOA** fremhæver en række punkter, som lovforslaget bør indeholde, herunder bl.a. bedre datadeling mellem sektorerne, en kvalitetsplan med klare krav til kommunerne samt sammentænkning til ældrelovsarbejdet og ældreområdet generelt.

**Kost og Ernæringsforbundet** håber, at man med sundhedsklyngerne bedre kan planlægge og gennemføre interventioner og behandling. Det drejer sig særligt om borgere med overvægt med/uden komorbiditet og kroniske sygdomme samt underernæring. Kost og Ernæringsforbundet opfordrer til, at kliniske diætister kan blive en del af praksisordningen, samt at ernæringsstatus, utilsigtet vægtudvikling og vægt bliver en del af den basisdatapakke, som sundhedsklyngerne skal arbejde ud fra.

**Ledernes Hovedorganisation** savner et arbejdsplads/virksomhedsperspektiv i lovforslaget. Dels er der stigende fokus på arbejdspladsen som arena for sundhedsfremme, især ift. forebyggelse af MSB. Dels har arbejdspladsen en vigtig rolle at spille ift. fastholdelse af medarbejdere/borgere med sygdomme der nedsætter deres arbejdsevne i kortere eller længere tid. Fastholdelse i arbejde har stor økonomisk betydning, men kan også bidrage til et bedre helbred. Ledernes Hovedorganisation foreslår, at det faglige strategiske niveau består af bl.a. repræsentanter for arbejdspladser.

**Lægeforeningen** bemærker, at da det er vigtigt løbende at vurdere, om de nye samarbejdsfora opfylder målsætningerne, så der kan foretages justeringer, er det oplagt at aftale en evaluering af de nye strukturer efter eksempelvis to til tre år.

**Patienterstatningen** bemærker, at når mange flere patienter fremover skal behandles for mange flere sygdomme i kommunalt regi, er det vigtigt, at kendskabet til patienterstatningsordningen også følger med over i kommunerne. Patienterstatningen foreslår, at det præciseres, at arbejdet med patientrettigheder og –erstatning skal indgå i etableringen af den nye struktur.

**Praktiserende læge i almen medicin Christian Freitag, Holte Lægehus**, bemærker, at der i lovtæksten nævnes både ”populationsansvar” og ”forebyggelse”, hvilket er to meget store opgaver og forventninger til de nye sundhedsklynger. Det foreslås, at man begrænser sig til sammenhæng i udredning, behandling og rehabilitering af konkrete patientgrupper.

**Psykiastrifonden** opfordrer, at det faglige oplæg til en tiårsplan for psykiatrien indtænkes i etableringen af sundhedsklynger og samarbejdsudvalg. Herunder anbefalingen om en styrket koordination af det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser, som sigter på, at der etableres forpligtende samarbejdsstrukturer på tværs af socialpsykiatrien, det specialiserede socialområde (for børn og unge), beskæftigelsesområdet, den regionale psykiatri, somatiske afdelinger og almen praksis.

**SUFO** påpeger, at perspektiver og erfaringer fra de forebyggende hjemmebesøg kan være af relevans for de 21 nye sundhedsklynger. Forebyggelseskonsulenter har ofte kontakt med borgere, før de bliver patienter og nogle gange også efter de har været patienter i sundhedsbehandling. SUFO har derfor nyttig viden om tendenser i ældrebefolkningen, der kan have betydning

for optimering af forebyggende og sammenhængende løsninger, når både den ældre og dennes pårørende skal navigere imellem sektorerne.

**Tandlægeforeningen** foreslår, at tandlægerne medtænkes i forslaget om etablering af sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene. Mange borgere lever med sygdomme, som kan få betydning for tandsundheden. En styrket tværsektoriel tilgang til disse borgere kan medføre til en tidlig odontologisk indsats, som kan forebygge oral sygdom og dermed gøre en væsentlig forskel for den enkelte borgers tandsundhed og livskvalitet.

**Vordingborg Kommune** tvivler samlet set på, at det fremlagte lovforslag i sig selv er vejen til nærhed og sammenhæng – og de frygter, at forslaget tværtimod flytter fokus fra sundhedsfaglig kvalitetssikring til administrativ/politisk proces. Kommunen undrer sig over prioriteringen af et udbygget bureaukrati i en fremtid, hvor det nære sundhedsvæsen får stadig flere opgaver, som ressourcerne i forvejen knapt rækker til at løse.

*Sundhedsministeriet noterer sig høringsparternes øvrige bemærkninger. I forhold til Patienterstatningens høringssvar bemærkes, at Patienterstatningen opfordres til at sende deres høringssvar til KL.*

### 7.1. Kvalitetsarbejde

**Dansk Psykolog Forening** bemærker, at nye modeller for bedre patientforløb i klyngerne bør understøttes af nationale kvalitetsstandarder for forskellige forebyggelses- og behandlingsområder.

**Danske Regioner** opfordrer til, at den tværsektorielle samarbejdsstruktur i klyngerne ledsages af en national kvalitetsplan, der beskriver rammer og krav til kvaliteten i det nære sundhedsvæsen.

**Dansk Selskab for Patientsikkerhed** anbefaler, at sundhedsvæsenet i regi af Det Nationale Kvalitetsprogram skal undersøge mulighederne for at udvikle en national plan for udviklingen af forbedringskompetencer på tværs af sundhedsvæsenet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed opfordrer til, at der internt i de enkelte sundhedsklynger igangsættes et arbejde for at etablere indikatorer for kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde og tværgående patientforløb.

*Sundhedsministeriet bemærker, at sundhedsklynger også indgår som et initiativ i regeringens udspil til en sundhedsreform, som sammen med andre initiativer – eksempelvis en national kvalitetsplan – skal bidrage til at styrke det nære sundhedsvæsen.*