

Regeringen
Danske Regioner
KL

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

11. juni 2021

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.

Boks 1

Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler, med repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal tage fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationsansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner.
- I overgangsperioden frem til etableringen fastlægges det, hvilke kommuner der deltager i de enkelte sundhedsklynger, og regioner og kommuner forbereder tilpasningen af eksisterende klynger.

Regeringen vil fremlægge den fornødne lovgivning for Folketingets partier med afsæt i aftalen med KL og Danske Regioner til drøftelse og forhandling som led i en samlet sundhedsaftale, der skal sikre en bæredygtig udvikling af sundhedsvæsenet i lyset af en udvikling med flere ældre og kronisk syge med fokus på styrket sammenhæng, nærhed og lighed. Sundhedsklyngerne og strukturen for samarbejde mellem regioner og kommuner forventes at kunne etableres pr. 1. juli 2022 med forbehold for Folketingets tilslutning. Parterne noterer sig

således, at der vil kunne ske justeringer og ændringer, så modellen passer til indholdet i den samlede sundhedsaftale, som forhandles med Folketingets partier.

Politisk og fagligt samarbejde

I de formaliserede sundhedsklynger skal der både være en politisk dialog og et tæt fagligt og strategisk samarbejde. Der er i den forbindelse enighed om en samlet forenkling af den politiske, tværsektorielle samarbejdsstruktur.

Den nuværende struktur med sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg, med deltagelse af tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden og en kommunal repræsentant fra hver sundhedsklynge (borgmestre/fagborgmestre).

Sundhedssamarbejdsudvalget skal udarbejde en sundhedsaftale og fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger, herunder drøfte rammerne for sundhedsklyngernes udmøntning af nationale handlingsplaner. Sundhedssamarbejdsudvalget skal understøtte ensartethed og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne, så den nye struktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Sundhedssamarbejdsudvalget vil inddrage almen praksis i arbejdet, ligesom den enkelte region i samarbejde med kommunerne vil sikre inddragelse af de praktiserende læger i den konkrete praksisplanlægning.

Det politiske niveau for hver sundhedsklynge består af to til tre regionsrådsmedlemmer, herunder fx regionsrådsformanden og borgmestrene/fagborgmestrene fra de deltagende kommuner og skal sætte retning for sundhedsklyngen, implementere (og komme med input til) sundhedsaftale og nationale tiltag og drøfte anvendelsen af prioriterede midler. Det politiske niveau mødes to gange årligt og efter behov.

Det faglige/strategiske niveau for hver sundhedsklynge består af tre repræsentanter fra regionen, herunder en for psykiatrien, en repræsentant for hver af de deltagende kommuner samt repræsentanter for almen praksis. Almen praksis' rolle drøftes med de praktiserende læger. Deltagere skal have driftsmæssig indsigt og beslutningskompetence.

Det faglige/strategiske niveau skal som hovedopgave tage hånd om de fælles patienter og borgere med fokus på at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed og samtidig være en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Det omfatter bl.a.:

- Opfølgning på fastlagte mål og implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer fx kvalitetstiltag, nationale handlingsplaner og øvrige relevante initiativer.
- Drøfte og aftale lokale modeller for bedre patientforløb, med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed (omstilling), fx for udvalgte patientgrupper.

Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)

- Håndtere praktiske udfordringer og muligheder i sundhedsklyngen, herunder igangsætte relevante samarbejdsprojekter, fx samarbejde om akutpladser, forløb for udsatte psykiatriske patienter, bedre forløb for borgere med kronisk sygdom og fælles forebyggelsesindsatser.
- Implementering af nationalt eller lokalt prioriterede midler til styrket sammenhæng, nærhed og omstilling, herunder fx midler øremærket som led i de årlige økonomiaftaler.
- Følge og drøfte centrale nøgletal og data for populationen inden for sundhedsklyngen, så data kommer til at understøtte et tæt samarbejde.

Hver sundhedsklynge skal inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, da patienternes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer. For at sikre fælles retning og fremdrift etableres en fælles ramme med forretningsorden, og det nye sundhedssamarbejdsudvalg vil have en opgave i at fastlægge fælles rammer og retning for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.

Parterne er derudover enige om, at sundhedsklyngernes arbejde kan understøttes med fælles midler, der kan finansiere de tværsektorielle indsatser i samarbejdet. Der er i den forbindelse enighed om at prioritere 80 mio. kr. som fælles midler i 2022 til opstart af sundhedsklyngernes arbejde, der afsættes med en 50/50 fordeling mellem regioner og kommuner. En model for udmøntning af midlerne drøftes nærmere.

Parterne er samtidig enige om, at der skal udvikles relevante (herunder forløbsbaserede) data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsnets kan understøtte et datadrevet fokus. Og at arbejdet med dokumentation efter ens standarder og udbygning af den tværsektorielle datadeling skal fortsættes. Det omfatter også styrket indsigt i resultater og data for almen praksis og en fælles forpligtelse på at fjerne barrierer for sammenhængende indsatser, herunder barrierer for deling af data om de fælles patienter.