

Kommissorium for delprogram 3

Omstilling af sundhedsopgaven mod det nære sundhedsvæsen

Version: 29.04.2025

1. Baggrund: Aftale om sundhedsreform af 15. november 2024

Intentionen med reformen: En ny sundhedsreform skal sikre sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet.

Borgerne i Danmark skal leve et godt liv, også under sygdom. Der er derfor behov for i højere grad at styrke den del af sundhedsvæsenet, der er tættest på borgerne.

Dette kræver en ny opgavefordeling mellem myndighederne. Sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og understøtte egen læge og kommunerne i behandling og pleje af borgerne. Sundhedstilbuddene uden for sygehusene skal oprustes, så langt mere behandling og pleje kan finde sted i borgernes hjem eller tæt på deres nærmiljø.

Det sker både ved at sygehusene skal række længere ud og at praksissektoren skal løfte en større del af sundhedstilbuddene.

2. Formål: At fastlægge rammer for planlægning, udvikling, udførelse samt implementering af delprogrammet i sin helhed

Region Østdanmark

Med en kommende Region Østdanmark er der behov for, at arbejdet i Region Sjælland og Region Hovedstaden koordineres og at løsningsmodeller udvikles i fællesskab. Det er ambitionen, at de to regioner arbejder i samme retning og sikrer ensartede og ligeværdige tilbud til borgerne i hele den kommende Region Østdanmark. Derfor lægges der op til, at delprogrammet aktivt arbejder i retning af en fælles arbejds- og opgavedeling mellem de regioner. Dette skal føre frem til en egentlig sammenlægning af delprogrammerne.

Formål med delprogrammet

Formålet med delprogrammet er dels at udarbejde en faglig kvalificeret model for opgaveflyttet fra kommuner til Region Østdanmark og dels en model for, hvordan sygehusene skal varetage en mere udadvendt rolle i det samlede sundhedsvæsen. På baggrund af modellerne planlægges og implementeres forandringerne.

I modellerne indgår flere forskellige løsningsforslag.

Dette skal ske under hensyntagen til lovgivning, Danske Regioners og Kommunernes Landsforenings pejlemærker for arbejdet med implementering af sundhedsreformen samt de nationale aftaler, der indgås mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening om opgaveflyttet og øvrige indsatser, som Patientansvarlig læge, 96 timers behandlingsansvar mv.

Mål for delprogrammet

Programmets mål er at sikre en god og sikker flytning af de nye opgaver og understøtte indsatser i forhold til det udadvendte sygehus, så vi i den kommende Region Østdanmark:

- Sikrer lige adgang til sundhedstilbud med sammenlignelig kvalitet på tværs af regionen

- Lægger sporene til et sundhedsvæsen med end-to-end ansvar, der sikrer mere sammenhængende forløb for borgere/patienter
- Skaber den nødvendige omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen.

Det nære sundhedsvæsen i Region Østjylland skal imødegå de særlige vilkår og forhold, som gør sig gældende i en region, der dækker næsten halvdelen af Danmarks befolkning, rummer den største kommune og nogle af de mindste, får seks sundhedsråd og skal samarbejde med 46 kommuner. Derfor bliver en vigtig fælles opgave at formulere en vision for, hvordan det nære sundhedsvæsen skal se ud i Region Østjylland. Visionen kan med fordel indeholde en række principper for, hvordan der lokalt skal etableres og drives sundhedstilbud uden for sygehuse og klinikkerne. Og hvordan disse tilbud skal integreres med det øvrige sundhedsvæsen.

Fælles bærende principper for arbejdet med omstillingen mod det nære sundhedsvæsen

Der skal udarbejdes fælles principper, som er med til at sætte hegnsplade for den vision, som Region Østjylland beslutter for udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Der kan f.eks. opstilles principper for følgende:

- *Nærhed*: Borgeren skal opleve, at sundhedsydelserne leveres nært og tilgængeligt uanset, hvor de bor i regionen. Vi fremmer løsninger, der tager hensyn til den enkelte borgers behov.
- *Kvalitet*: Borgerne skal opleve den samme høje kvalitet i de leverede sundhedsydelser uanset geografi. Ydelserne lever op til de nationale kvalitetsstandarder.
- *Bæredygtige og robuste tilbud*: Regionens sundhedstilbud skal have en størrelse og et omfang, hvor de er både fagligt og økonomisk bæredygtige.
- *Faglighed*: Borgerne skal møde kompetent personale, der har de rette kompetencer qua et fagligt stærkt miljø, der ser et tilstrækkeligt antal borgere og patienter for at kunne opretholde rutine og faglighed.
- *Økonomi*: Tilbuddene skal kunne drives inden for den givne økonomiske ramme og sikre hensigtsmæssig brug af ressourcerne. Dette indebærer en prioritering af ressourcer til der, hvor borgerne er mest syge og til de nære sundhedstilbud.

I arbejdet med at opnå principperne stiller vi efter at benytte os af nye måder at tilbyde sundhedsydelserne på, herunder innovative, digitale løsninger og brug af andre fagligheder m.fl.

Deltprogrammet to spor

Deltprogrammet består af to spor: 1. Opgaveflyt fra kommune til region og 2. Det udadvendte hospital. Begge spor udfoldes nærmere i det nedenstående. De enkelte indsatser igangsættes i prioriteret rækkefølge.

Spor 1: Opgaveflytning fra kommuner til region

Sporet har fokus på opgaveflytning fra kommuner til region, så regionerne får et større og mere samlet ansvar for at sikre behandling helt ud i borgernes eget hjem. Dette skal bl.a. medvirke til at skabe sammenhængende patientforløb og forebygge unødige sygehusindlæggelser.

Følgende opgaver flyttes til regionen. Det skal for alle fire opgaver bemærkes, at der udestår en national afklaring af rammer, indhold, kvalitet, økonomi m.fl.:

Den akutte specialiserede sygepleje

Regionerne overtager ansvaret for den specialiserede del af den kommunale sygepleje for at sikre sammenhængende akuttilbud tæt på borgerne, herunder døgndækning og koordinering med præhospitale indsatser. Regionerne skal samtidig støtte den almene kommunale sygepleje, som kommunerne fortsat vil have ansvar for.

Patientrettet forebyggelse

Med Sundhedsreformen får regionerne ansvaret for hele den patientrettede forebyggelse. Patientrettet forebyggelse har allerede i dag en tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektoren, men det vurderes at opgaveflyttet giver et potentiale for øget forebyggelse af sygdom og indlæggelser.

Genoptræning efter sundhedsloven (specialiseret rehabilitering og dele af avanceret genoptræning)

Med sundhedsreformen overtager regionerne drifts- og finansieringsansvar for rehabilitering på specialiseret niveau, dele af genoptræning på avanceret niveau samt finansieringen af specialiseret genoptræning. Kommunerne beholder drifts- og finansieringsansvar for basal genoptræning samt dele af den avancerede genoptræning.

Midlertidigt ophold på nye regionale sundheds- og omsorgspladser

Regionerne skal overtage ansvaret for midlertidige pladser for borgere, der har brug for sundhedsfaglig indsats uden hospitalsindlæggelse. Tilbuddet om disse ophold skal være ensartede i hele landet og uden egenbetaling. Regionerne skal sikre lægedækningen på pladserne. Pladserne omfattes af frit valg og der skal udarbejdes kvalitetsstandarder med krav til sundhedsfagligt indhold.

Spor 2: Det udadvendte hospital

Sporet har fokus på, at mere sundhedsydelser i langt højere grad leveres nært, dvs. i borgerens eget hjem eller i tilbud, der er nært og tilgængelige for borgeren. Sygehusene skal have en mere udadvendt rolle og understøtte egen læge og kommuner i behandling og pleje af borgerne samtidig med at det almen medicinske tilbud skal varetage en større del af patientbehandlingen.

Følgende opgaver er omfattet:

Aftale om hjemmebehandlingsteams

Regionen skal udbygge og understøtte hjemmebehandlingsteams, herunder etablere nye døgndækkende hjemmebehandlingsteams, der skal kunne behandle patienter/borgere i eget hjem.

Model for helhedspleje

Der udvikles en ny national model for helhedspleje, hvor der skal sikres sammenhæng mellem almen sygepleje og ældreplejen i kommunerne, den såkaldte helhedspleje. Indsatsen er relevant i forhold til snitfladen til den specialiserede sygepleje, der overgår til regionerne, samt hjemmebehandlingsteams.

Klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler

Der skal fastlægges en national procedure for myndigheds- og finansieringsansvaret for behandlingsredskaber og hjælpemidler, der i sin nuværende form er uklar. Ansvar for denne fastlæggelse ligger i et samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Social- og Boligministeriet.

Opgørelsesmodel for tilbageviste henvisninger

Sundhedsstyrelsen udarbejder en opgørelsesmodel for tilbageviste henvisninger til understøttelse af en fælles forståelse af henvisningskriterierne og hvad det er, der kan begrunde en afvisning.

På baggrund heraf udarbejdes en ambitiøs og konkret målsætning om at nedbringe tilbageviste henvisninger og på baggrund af den iværksætte en plan for nedbringelse af tilbageviste henvisninger.

96 timers behandlingsansvar til en større gruppe patienter

Indsats om indførelse af 96 timers behandlingsansvar i forlængelse af det allerede implementerede 72 timers behandlingsansvar indgår i arbejdet. Indsatsen er forankret i den eksisterende styregruppe og centrale implementeringsgruppe, der betjenes af Sundhedsstrategisk Planlægning.

Aftale om patientansvarlig læge

Ordningen med patientansvarlig læge på sygehusene skal udvides og revideres. Formålet er at styrke koordineringen mellem patientansvarlig læge på sygehusniveau og tovholderfunktionen i almenmedicinsk praksis.

Indsatsen er forankret i Sundhedsstrategisk Planlægning.

NY: Understøttelse af praksissektor, herunder særligt almen praksis

Sygehusene skal påtage sig et større ansvar i forhold til at understøtte indsatser i praksissektoren, herunder særligt almen praksis. Både i forhold til at gøre specialistviden nemt tilgængelig, sikre hurtigere diagnosticering og faglig sparring læge til læge og rykke behandlingen tæt på borgeren.

Indsatsen dækker over projekter som fx implementering af subakutte tider, specialisthotline, hurtig adgang til diagnostik, fast track mv.

Indsatser vedrørende almen praksis er forankret i delprogram 5 "Udvikling af praksissektor", som initiativet skal ses i sammenhæng med.

Inddragelse af interessenter

Forud for udarbejdelsen af disse modeller skal trioledelsen sammen med programejeren i Region Hovedstaden bidrage til politiske drøftelser af mulige scenarier for opgavevaretagelsen i det forberedende Regionsråd. Trioledelsen skal i sit arbejde understøtte relevant interessenthåndtering, herunder sikre MED-involvering samt borger- og patientinddragelse. Konkret interessenthåndtering fremgår af delprogrammets interessentanalyse.

Succeskriterier

På baggrund af programmets formål kan følgende succeskriterier udpeges:

- Der er pr. 1. januar 2027 sat en klar retning på visionen for fremtidens nære sundhedsvæsen, hvor opgaven varetages mere nært, sammenhængende og med et løft af kvalitet og en harmonisering på tværs af de nære sundhedstilbud i årene efter 2027
- Der er stabil drift i de opgaver, der flyttes til regionen, så der fortsat leveres den nødvendige sundhedsfaglige indsats til borgere og patienter i overgangsperioden og i tiden efter 1. januar 2027 indenfor den givne økonomi. Dette kan ske både ved hjemtag eller indgåelse af driftsaftaler med kommuner.

- Integrationen af de nære sundhedstilbud i regionen er gennemført pr. 1. januar 2027 – enten via egen drift eller via indgåede aftaler med kommunerne. Det gælder placering af behandlingsansvar for patientforløb, personalets ansættelsesforhold, ledelse og økonomi.
- Der er etableret lægedækning på sundheds- og omsorgspladser, plejehjem og botilbud pr. 1. januar 2027
- Der er pr. 1. januar 2027 etableret et stærkt fundament ift. at transformere hospitalsledelserne til sundhedsledelser, så hospitalerne er klædt på til at varetage opgaven med at omstille sundhedsopgaven mod det nære
- Skabelse af attraktive arbejdspladser, hvor tværfagligt samarbejde bidrager til løbende kompetenceudvikling af medarbejdere til gavn for patienterne.
- Sikre rekruttering af medarbejdere og ledere

3. Mål/milepæle: Delprogrammet foldes ud

Dette afsnit er under udarbejdelse.

Procesplan med milepæle

Delprogrammet har foretaget en prioritering af indsatserne under begge spor, hvilket betyder at arbejdet med indsatserne igangsættes tidsforskudt. Prioriteringen fremgår af nedenstående:

Prioritering 1: Den akutte specialiserede sygepleje, Midlertidigt ophold på nye regionale sundheds- og akutpladser, 96 timers behandlingsansvar til en større gruppe patienter og Aftale om patientansvarlig læge

Prioritering 2: Aftale om hjemmebehandlingsteams, Opgørelsesmodel for tilbageviste henvisninger og understøttelse af almen praksis

Prioritering 3: Patientrettet forebyggelse, Genoptræning efter sundhedsloven, model for helhedspleje og klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler

Faser og milepæle i processen

Fase 1: Afdækning af opgaverne (indhold, omfang)

I perioden fra februar til september 2025

- Indsatserne er grupperet for at skabe synergi mellem opgaverne og sikre en effektiv udnyttelse af ressourcerne
- Opgaverne i de 11 indsatser i delprogrammet er afdækket, under hensyntagen til prioritering
- Snitflader og afhængigheder er koordineret med relevante delprogrammer, herunder særligt delprogram 5 Udvikling af praksissektoren
- Der er skabt et overblik over lovgivning og faglige retningslinjer mv.
- Der er indledt dialog med samarbejdspartnere
- Princippapir med kriterier for fremtidig varetagelse af de nuværende kommunale opgaver foreligger
- Sygehusene har lavet en tentativ plan med indledende overvejelser om opgavevaretagelse i begge spor som første afsæt for kommende drøftelser og forhandlinger
- Skabeloner, modeller og principper for forhandlingsmateriale foreligger som forberedelse til forhandlingerne
- Behandlingsansvaret er udvidet fra 72 timer til 96 timer (pr. 1. maj)

- Delprogrammerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland er koordinerede

Fase 2: Udvikling af løsninger/modeller

I perioden fra september til december 2025:

- Indledende drøftelser med kommunerne er afholdt
- Budgetgrundlag for flytning af opgaver foreligger, herunder forslag til fordeling af økonomi i sundhedsråd
- Beslutningsoplæg om opgaveflytning eller driftsaftaler foreligger og godkendes af koncerndirektion og Regionsråd som grundlag for forhandlinger
- Beslutningsoplæg om det udadvendte hospital foreligger og godkendes af koncerndirektionen og Regionsrådet
- Oplæg til aftalemateriale er udarbejdet for alle kommuner
- Udkast til plan for HR og MED-sporet er udarbejdet

Fase 3: Beslutning om opgavevaretagelse

I januar 2026:

- Principperne for opgaveflytning mellem kommuner og region vedtages politisk i det forberedende regionsråd

Frem til 1. april 2026:

- Driftsaftaler indgås med alle kommuner om, hvilke tilbud der flyttes, herunder økonomi, fysisk placering, medarbejdere mm.

Fase 4: Implementering

I perioden fra april 2026 og frem (2028+):

Implementeringen af de 11 indsatsers opgaver vil ske i etaper.

- Plan for systemunderstøttelse af nye tilbud er beskrevet mhp. igangsætning af nye byg (juni 2026)
- Aftale om deling af aktiver og passiver er indgået (alternativt nedsættes et delingsråd) (pr. 30. juni 2026)
- HR og MED sporet er gennemført (herunder virksomhedsoverdragelse og varsling) (31. december 2026)

Beskrivelse af afhængigheder

Afhængigheder til øvrige delprogrammer, linjeorganisationens opgaver, Region Hovedstaden mv. identificeres gennem koordinering, inddragelse og videndeling. Der planlægges møder med KHR, KØK, KD, virksomhedsområder og tværgående centre samt Region Hovedstadens delprogramsorganisation. Derudover planlægges der møder med de øvrige delprogrammer, særligt delprogram 5 ift. Understøttelse af praksissektor for at koordinere snitflader.

Til øvrige delprogrammer

- Understøttelse af praksissektoren – delprogram 5: Udvikling af praksissektor
- Styrkelse af behandlingstilbud – delprogram 6: Sundhedsplanlægning
- Den regionale sundhedsplan og nærsundhedsplaner - delprogram 6: Sundhedsplanlægning
- Fysiske rammer - delprogram 6: Sundhedsplanlægning
- Samarbejdet om udgående funktioner – delprogram 4: Integration af psykiatri og somatik

- Fysisk placering af tilbud i nærområder – delprogram 4: Integration af psykiatri og somatik
- Overblik og prioritering ift. samlede opgaver i reform og fusion - delprogram 1: Dannelse af Region Østdanmark
- Orientering og dialog med interessenter

Til tværgående centre

- 96 timers behandlingsansvar – Sundhedsstrategisk Planlægning
- Patientansvarlig læge – Sundhedsstrategisk Planlægning
- HR-processer – Koncern HR
- MED-processer – Koncern HR
- IT-systemer i forbindelse med opgaveflyt – Koncern Digitalisering
- Deling af aktiver og passiver – Koncern Økonomi
- Fysiske rammer, der overtages – Sundhedsstrategisk Planlægning
- Forberedelse og planlægning aftaleindgåelse med kommunerne – Koncern HR, Koncern Økonomi, Koncern Digitalisering m.fl.

Til Region Hovedstaden

- Fælles proces og opgavevaretagelse - Delprogrammet for Omstilling mod det nære i Region Hovedstaden.

Til national lovgivning

- Lovgivningsmæssige rammer

Internt mellem delprogrammets indsatser

Indsatserne har tæt sammenhæng og der vil være generel opmærksomhed på interne afhængigheder i delprogrammet. Visse indsatser kan med fordel tænkes sammen.

Lovgivningsmæssige foranstaltninger, herunder aftale mv.

Der afventes faglige oplæg såvel som lovgivning på området. Det betyder, at der løbende, efterhånden som de strukturelle rammer kommer på plads, kan arbejdes på forskellige indsatser under de to spor i delprogrammet.

Katalog over inddragelsesformer

Delprogrammet tager udgangspunkt i Region Sjællands katalog over inddragelsesformer ([Inddragelse](#)), når de konkret identificerede interessenter inddrages i arbejdet. Interessenterne identificeres ved hjælp af interessentanalysen.

[Der udarbejdes en plan for inddragelse]

Interessentanalyse

Et første udkast til interessentanalyse er vedlagt. Der er tale om et dynamisk dokument, som vil blive opdateret løbende. I interessentanalysen identificeres de grupper vi ønsker at inddrage, høre og involvere i arbejdet i delprogrammet.

Risikovurdering/risikoanalyse

Et første udkast til risikoanalyse er vedlagt. Der er tale om et dynamisk dokument, som vil blive opdateret løbende. Trioledelsen forholder sig løbende til risikoanalysen og sætter ved behov mitigerende indsatser i værk.
4. Mandat/beslutningskompetence
Trioledelsen har mandat til at: • beslutte indenfor eget delprogram og indenfor egne kompetenceregler • drive og styre eget delprogram indenfor rammer i dette kommissorium • løfte større udfordringer, risici og behov for beslutninger til operationel styregruppe • tage initiativ til samarbejde, inddragelse og mødeaktivitet i forhold til interne og eksterne interessenter og samarbejdspartnere Trioledelse er opmærksom på at koordinere relevante indsatser.
5. Tidsramme: Udarbejdelse af tidsplan inkl. milepæle
Der henvises til afsnit 3 Mål/milepæle ovenfor og vedlagte overordnede tidslinje. Derudover vil der blive udarbejdet en konkret detaljeret tids- og milepælsplan.
6. Deltagere: Trioledelse og øvrige medarbejdere
<i>Trioledelsen består af:</i> Niels Reichstein Larsen, sygehusdirektør NSR sygehuse (formand) Trine Nordstrøm Alstrup, vicedirektør Sjællands Universitetshospital (medlem) Tina Haar, konstitueret vicedirektør Det Nære Sundhedsvæsen (medlem) Sponsor for delprogrammet er koncerndirektør Martin Magelund Rasmussen <i>Programgruppe/programsekretariat:</i> Susanne Jensen, chefkonsulent i Præhospitalet Center Karina Kofoed-Nielsen, chefkonsulent i Det Nære Sundhedsvæsen Dina Schrøder Schytt, specialkonsulent på Sjællands Universitetshospital Kirsten Kuhn Iversen, chefkonsulent på NSR sygehuse
7. Organisering/arbejdsform
Delprogrammet organiseres med en trioledelse og et programsekretariat. <i>Der holdes faste møder i delprogrammet</i> • Trioledelse og programsekretariat • Statusmøde mellem sponsor og delprogramformand • Arbejdsgruppemøder i programsekretariatet og korte statusmøder • Statusmøder mellem delprogramformand og programsekretariatet med programejer og programledelse i Region Hovedstaden • Uformelle check-in mellem programlederne i Region Sjælland og Region Hovedstaden <i>Indsatser</i>

Trioledelsen har delt indsatsjerskabet mellem sig, så delprogrammets 11 indsatser drives af en indsatssejer sammen med en udpeget indsatsledelse, der sikrer fremdrift i forhold til den konkrete indsats og de tilhørende opgaver. Indsatsledelse skal rekruttere ressourcer til løsningen af opgaverne.

Analyser og beslutningsoplæg udarbejdes og/eller koordineres af programsekretariat og godkendes af trioledelsen.

8. Ressourcer

Der vil blive behov for yderligere ressourcer i form af tovholdere/projektledere og projektmedarbejdere særligt fra klinikken efterhånden som de nødvendige tiltag bliver afdækket.

Det forventes at de enkelte linjeorganisationer stiller de nødvendige ressourcer til gennemførelse af de prioriterede projekter.

Der ses allerede på nuværende tidspunkt en udfordring med at skaffe de nødvendige ressourcer, da reformopgaverne skal gennemføres sideløbende med den almindelige drift. Dette gælder særligt i forhold til inddragelse af klinikken i arbejdet med at udvikle nye modeller for samarbejde og opgaveløsning.

Det er derfor vigtigt at være tro mod den overordnede prioritering af indsatser og opgaver af hensyn til ressourcer og driftsopgaven.

Der forudses ligeledes en udfordring i fastholdelse af nuværende medarbejdere, hvorfor der skal være fokus på organiseringens robusthed.

9. Kommunikation/rapportering

Der skal udarbejdes fælles kommunikationsindsatser både med Region Hovedstaden og de involverede kommuner.

Kommunikationsindsatsen skal sikre, at medarbejdere og ledere (og med tiden også borgere og patienter) forstår og accepterer den forandring, som opgaveflyttet indebærer og kan navigere i den langstrakte proces.

- Let tilgængelig information om det kommende opgaveflyt fra kommune til region samt om det udadvendte hospital
- Hjælp til at forstå, hvorfor forandringen er vigtig og nødvendig
- Løbende opdateringer
- Forskellige kanaler

- Inddragelse af medarbejdere og ledere, så gode idéer kan indgå i arbejdet og bekymringer mv. kan italesættes og adresseres
- MED-organisationerne
- Gå-hjem møder
- Workshops

Målgrupper

- Politikere i begge regioner og kommuner

- Medarbejdere og ledere i berørte funktioner - både i kommunen og på hospitaler/sygehuse
- Øvrige organisationer og samarbejdspartnere: PLO, øvrig praksissektor, patient- og brugerorganisationer

Kommunikationsplan skal udarbejdes

10. Godkendelsesproces

- Deadline for fremsendelse af kommissorium til Reformsekretariatet Refomsekretariat@regionsjaelland.dk er d. 10.3.25. Herefter godkendelsesproces i operationel styregruppe og strategisk styregruppe.