

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K
sum@sum.dk



15-03-2022
EMN-2022-00371

Danske Regioners bemærkninger til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.)

Danske Regioner modtog den 18. februar 2022 høring af *Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)*.

Danske Regioner kvitterer for muligheden for at afgive høringssvar, som afgives på vegne af regionerne. Høringssvaret afgives med forbehold for drøftelse i Danske Regioners bestyrelse på møde den 23. marts 2022.

Lovforslaget udmønter den politiske aftale fra juni 2021, som Danske Regioner har indgået med regeringen og KL om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger). Formålet med aftalen er at etablere forpligtende og operationelle samarbejder i form af sundhedsklynger omkring akuthospitalerne og sundhedssamarbejdsudvalg i hver region, der får til opgave at levere bedre sammenhæng i de patientforløb, der går på tværs af sektorer. Det gælder i særlig grad for de ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser.

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 Regioner ser sundhedsklyngerne som et centralt element i at skabe mere sammenhæng og nære sundhedstilbud for de danskere, der har behandlingsforløb på tværs af hospital, praksissektor og kommunerne. Klyngestrukturen bygger videre på gode erfaringer med tværsektorielt samarbejde og skaber en ensartet samarbejdsstruktur på tværs af landet. Klyngernes vigtigste opgave er at skabe sammenhængende forløb og at udbrede de gode eksempler på samarbejde, som findes rundt om i landet. Til det formål opfordrer Danske Regioner til, at der afsættes varige midler.

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Det er vigtigt for Danske Regioner, at der med sundhedsklyngerne er tale om et stærkt fagligt samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis, der har fokus på konkrete løsninger for patienterne i klyngerne. Det politiske niveau i sundhedsklyngerne skal sikre det lokale ejerskab og den politiske forankring. 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. Lovforslaget bør afspejle dette.

Danske Regioner bakker op om, at sundhedsklyngerne etableres den 1. juli 2022, og at sundhedsklyngerne skal løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akuthospitalernes optageområder. Såfremt borgerne i kommunen behandles på forskellige akuthospitaler næsten lige meget, bør det kunne aftales lokalt, at kommunens repræsentanter deltager i flere klynger.

Der etableres med lovforslaget fem sundhedssamarbejdsudvalg, som blandt andet skal sikre koordinering, sammenhæng og ensartethed på tværs af klyngerne og dermed have øje for de forskellige udgangspunkter og muligheder, som klyngerne har. En del af det er også at sætte fokus på de patienter, som har forløb, der går på tværs af klyngerne i regionen. Den fælles retning skal bl.a. beskrives i de regionale sundhedsaftaler, og Danske Regioner bakker op om, at de nuværende regionale sundhedsaftaler forlænges med et halvt år.

De praktiserende læger har en rigtig vigtig rolle i at skabe sammenhæng og være tovholder for patientens forløb på tværs af sektorer. Regionerne 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, så de i fællesskab med andre fagpersoner kan levere konkrete løsninger med høj faglig kvalitet til gavn for de fælles patienter. Regionerne har gode erfaringer med en tæt inddragelse af almen praksis i det tværsektorielle samarbejde.

Vi er i Danske Regioner åbne over for at se på forskellige muligheder for, at almen praksis mere formelt inddrages i klyngernes politiske niveau og i sundhedssamarbejdsudvalget. En mere formel inddragelse af de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) på dette niveau forudsætter, at praktiserende læger tager ansvar for det samlede sundhedsvæsen og vil samtidigt indebære, at almen praksis aktivt bidrager til at gennemføre den fælles sundhedsaftale og iværksætte konkrete løsninger, der skaber bedre sammenhæng for patienterne på tværs af sektorer. Derudover vil det være vigtigt, at almen praksis prioriterer deltagelse i klyngerne på fagligt strategisk niveau, hvor de praktiserende lægers bidrag til det fælles arbejde for patienterne er afgørende.

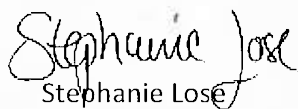
Danske Regioner finder det ligeledes vigtigt, at patient- og pårørendeperspektivet er integreret i det tværsektorielle samarbejde, og at repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalgene deltager i sundhedsklyngernes faglige arbejde. Regionerne har ligeledes gode erfaringer med at inddrage patienter og 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.

Sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg har et fælles populationsansvar, og regionerne er klar til at løfte dette. Bl.a. ligger det regionerne meget på sinde, at der skabes bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, og at indsatsen udvikles. Det gælder også for de borgere, der udover en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug, som nævnes i lovforslaget. 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. I forlængelse heraf vil klyngerne sikre et tæt samarbejde om indsatsen for patienterne.

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.

Danske Regioner opfordrer endvidere til, at den tværsektorielle samarbejdsstruktur i klyngerne ledsages af en national kvalitetsplan, der beskriver rammer og krav til kvaliteten i det nære sundhedsvæsen, som er det fundament, sundhedsklyngernes arbejde skal baseres på.

Venlig hilsen


Stephanie Jose


Ulla Astman



Til Sundhedsministeriet sum@sum.dk
cc. sist@sum.dk

Høringssvar - Lovforslag om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.

Sundhedsministeriet har sendt Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) i høring med frist den 17. marts. KL takker for muligheden for at afgive høringssvar. Høringssvaret er afgivet med forbehold for efterfølgende politisk behandling i KL's bestyrelse.

Overordnede bemærkninger

KL bakker op om lovforslaget, som vil formalisere og styrke samarbejdet om de borgere, som har forløb på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis. Det kan fx være ældre medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom eller borgere med psykisk sygdom.

KL ser forslaget som en tiltrængt prioritering af det nære sundhedsvæsen, hvilket sammen med andre nationale initiativer kan skabe grundlaget for en samlet omstilling af sundhedsvæsenet.

KL forventer, at den politiske prioritering af sundhedsområdet i klyngerne vil blive en drivende kraft for styrket kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. For KL er det vigtigt, at der i sundhedsklyngerne sikres et tydeligt lokalpolitisk rum til prioritering med udgangspunkt i klyngens population, altså de borgere, der bor i klyngen. Fokus for sundhedsklyngerne vil inden for dette rum være at skabe lokal innovation og udvikling ved bl.a. at afprøve nye løsninger/modeller for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed i tilbud til de borgere, som har forløb på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis.

Sundhedsklyngerne er først og fremmest et svar på behovet for øget sammenhæng mellem sektorerne i sundhedsvæsenet og. Den demografiske udvikling med flere ældre og flere borgere med kronisk og psykisk sygdom kræver – uagtet sundhedsklyngerne – en helt grundlæggende omlægning af behandling med fokus på forebyggelse, rehabilitering og egenomsorg. Derfor ser KL frem til, at regeringen fremlægger sit samlede udspil til en sundhedsaftale.

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.

Almen praksis og praksisplan

Almen praksis er en vigtig medspiller i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det er derfor også afgørende, at almen praksis inddrages i sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgenes arbejde. KL bakker

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 7

derfor op om, at almen praksis har faste pladser i sundhedsklyngernes fagligt strategiske niveau og løbende inddrages i de politiske drøftelser, hvor det er relevant i både sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

For kommunerne er det vigtigt – også i den nye organisering – at fastholde samme muligheder som i dag for dialog og medindflydelse ift. udviklingen af samarbejdet med almen praksis.

Praksisplanudvalgene, som med lovforslaget erstattes af sundhedssamarbejdsudvalgene. Praksisplanudvalgene har givet kommunerne muligheder for formaliseret at drøfte både strategisk og praktisk udvikling af samarbejdet med almen praksis og ikke kun når det snævert relaterer sig til sundhedsaftalen, men også ift. det daglige samarbejde med almen praksis og udviklingen heraf både strategisk og planlægningsmæssigt. Det har styrket og understøttet samarbejdet mellem sektorerne, og det er afgørende dette fastholdes i den nye organisering.

KL ønsker derfor, at det fremgår af lovgivningen, at sundhedssamarbejdsudvalget *drøfter udvikling af samarbejdet med sygehus, kommuner og almen praksis, herunder udviklingstiltag, kapacitet og lægedækning*. Ligesom *al strategi for og planlægning af tilrettelæggelsen af tværsektorielle forløb og øvrigt samarbejde mellem de tre sektorer* overgår til sundhedssamarbejdsudvalget. Forslag til tilrettet lovtekst fremgår af de tekstnære bemærkninger.

I høringsudgaven af lovforslaget står imidlertid, 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. KL anerkender, at regionsrådet fortsat har den endelige kompetence til at godkende en praksisplan.

Patient- og pårørendeinddragelse

Inddragelse af patienter og pårørende er ligeledes et vigtigt element i arbejdet på sundhedsområdet. KL bakker op om deres inddragelse i den nye struktur, med fokus på løbende politisk dialog i sundhedsklyngerne og inddragelse i relevante projekter.

KL bakker også op om, at der på det fagligt, strategiske niveau i sundhedsklyngerne gives en fast plads til en repræsentant fra Patientinddragelsesudvalget i regionen. For herved at skabe kontinuitet i samarbejdet.

KL ønsker dog, 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

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 7

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.

Ensartethed og lokal prioritering og udvikling

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. Et eksempel er, at borgere i den samme kommune har en berettiget forventning om at kunne få ensartede behandlingstilbud fra de tilknyttede hospitaler.

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. Borgerne skal opleve et samlet og koordineret sundhedsvæsen, hvor der ikke forskelsbehandles på hverken kommunalt eller regionalt niveau.

Sundhedssamarbejdsudvalget får en tydeligere rolle her, bl.a. ift. at udbrede indsatser afprøvet i en sundhedsklynge til hele regionen, eller endda til nationalt niveau dermed bringe den i drift.

Økonomi

Der prioriteres 80 mio. kr. til at understøtte opstart af sundhedsklyngernes arbejde i anden halvdel af 2022 (halvårseffekt). Midlerne er afsat med en 50/50 fordeling mellem kommuner og region, og er udmøntet via bloktilskuddet. Sundhedsklyngerne prioriterer midlerne i fællesskab med henblik på at udvikle og understøtte nye tilbud til klyngens borgere, der imødekommer lokale behov og sikrer mere sammenhængende patientforløb.

Af lovforslaget bør det fremgå:

- At de 80 mio. kr. er fælles midler til igangsættelse af nye projekter i regi af sundhedsklyngerne.
- At der ikke er tale om midler til drift eller midler til implementering, men midler til udvikling af konkrete projekter om samarbejdsformer og indsatser i sundhedsklyngerne.

Sundhedsklyngernes rolle som drivkraft for styrket samarbejde, sammenhæng og omstilling til det nære sundhedsvæsen kræver, at sundhedsklyngernes arbejde også fremadrettet prioriteres med fælles midler. For at understøtte sundhedsklyngernes arbejde og mulighederne for at igangsætte forsøg med nye løsningsmodeller for bedre sammenhæng mellem sektorerne ønsker KL, at midlerne som minimum permanentgøres med helårseffekt.

Ligeledes finder KL det vigtigt, at det i lovforslaget tydeliggøres mere, at virksomme indsatser udviklet i klyngerne potentielt kan opløftes til nationale aftaler om udbredelse.

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 7

KL forudsætter i øvrigt, at der fastlægges en økonomimodel for sundhedsklyngerne, som ikke indebærer betydelig byrdemæssige konsekvenser for kommunerne.

Brug af data i sundhedsklyngerne

KL finder det meget positivt, at der i lovforslaget er fokus på, at sundhedsklyngerne skal arbejde datadrevet. KL er enig i, at der skal udvikles relevante data for sundhedsklyngens population, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet kan understøtte det datadrevne fokus. Det er afgørende, at sundhedsklyngerne har adgang til relevante data og nøgletal, når de mødes første gang. Det skal være til brug for fx politikudvikling, planlægning og kvalitetsarbejde.

En anden forudsætning for, at sundhedsklyngerne kan skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen er, at der deles endnu flere relevante oplysninger i den digitale infrastruktur, når de fælles patienter får behandling eller indsatser på tværs af almen praksis, sygehuse og kommuner. KL mener derfor, at al relevant dokumentation omkring behandlingen af borgeren bør kunne deles uafhængigt af om registreringer følger af sundhedsloven eller serviceloven.

Som det er nu, er mulighederne for deling af behandlingsrelevante oplysningerne i regi af serviceloven meget begrænsede. Det betyder i praksis, som et blandt mange eksempler, 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.

Endvidere har KL følgende teksthæft bemærkninger:

- Lovteksten §203, stk. 4: det bør af lovteksten fremgå *"Fra Odense, Aarhus og Aalborg Kommune kan det være en rådmand, som repræsenterer kommunen på det politiske niveau. Fra Københavns Kommune vil repræsentanten være den ansvarshavende borgmester for sundhedsområdet."*
- Side 2-3. Det nævnes flere gange i teksten, at lovforslaget omhandler "sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer". Det er uklart hvad begrebet "de tilgrænsende sektorer" omfatter, og det bør uddybes nærmere.
- Side 2, afsnit 2+3/ side 4, afsnit 2/ side 7, afsnit 4/ side 21, afsnit 2+3/ side 25, afsnit 8: Det bemærkes, at *"borgere som udoover en psykisk lidelse også har et alkohol- eller stofmisbrug"* gentagende gange fremhæves som en målgruppe for sundhedsklyngernes arbejde, mens andre målgrupper er beskrevet i meget overordnede vendinger. KL anerkender fuldt ud, at borgere med dobbeltdiagnoser er relevante at drøfte i klyngerne, men

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 7

foreslår at de målgrupper som systematisk nævnes gennem lovforslaget holdes på det samme detaljeringsniveau. Dvs. ældre medicinske patienter, borgere med kronisk sygdom eller borgere med psykisk sygdom

- Side 3, afsnit 5: Det fremgår, at "*Flere borgere skal kunne få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet*". For så vidt angår rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud tilbydes disse i vid udstrækning allerede i nærmiljøet. Det afgørende her er at skabe sammenhæng mellem tilbud i kommunerne og tilbud fra hospitaler og almen praksis. Det skal ligeledes understreges, at en egentlig omstilling af behandling vil kræve, at staten skaber rammerne herfor i form af en kvalitetsplan, som led i den kommende sundhedsaftale
- Side 4, afsnit 3/side 7, afsnit 6/side 22, afsnit 3: KL bakker op om, at kommunerne kan indgå i to eller flere sundhedsklynger – både politiske og/eller administrativt, hvis de fx indgår i flere sygehuses optageområder. Det bør fremgå af lovforslaget, at det tilsvarende kan være nødvendigt for regionerne. Særligt psykiatriens optageområder adskiller sig fra de somatiske optageområder, herunder at der også er forskel på optageområder i børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien. Som følge heraf bør det fremgå, at der også kan være behov for at særligt psykiatrien lader sig repræsentere i to eller flere klynger.
- Side 4, afsnit 5: Det fremgår af aftalen mellem Danske Regioner, KL og regeringen, at det politiske niveau mødes to gange årligt og efter behov. Af lovforslaget fremgår, at det politiske niveau i sundhedsklyngerne mødes kvartalsvist. Det er en betydelig stigning i mødekadencen, og det foreslås, at det fastholdes, at sundhedsklyngerne som minimum mødes to gange årligt og efter behov. Det understreger, at politiske klyngers opgave er at sætte en politisk-strategisk politisk retning for arbejdet i sundhedsklyngen.
- Side 5, afsnit 1/side 8, afsnit 4: Lovforslaget lægger op til, at den nærmere sammensætning i det politiske niveau i sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg kan aftales lokalt. Det forudsættes, at denne mulighed for supplerung både gælder kommunale og regionale deltagere, idet der også vil være klynger, hvor kommunerne er i undertal.
- Side 5, afsnit 1: Det bør her fremgå, at sundhedsklyngerne giver input til både sundhedsaftaler og praksisplaner – ikke kun sundhedsaftaler.
- Side 6, afsnit 2: Det bør fremgå, hvem der rent faktisk indgår en underliggende aftale og lokalafale. Herunder bør det fremgå, hvilke muligheder kommunerne har for at indgå aftaler med almen praksis.
- Side 8, afsnit 2: Der forekommer at være fejl i de nævnte datoer. Den nuværende sundhedsaftaler udløber juli 2023. Forlængelsen af sundhedsaftalen må derfor være til 1. januar 2024. Ligeledes forkortes den efterfølgende sundhedsaftale, så den udløber juli 2027.
- Side 8, afsnit 3: Der er en række gentagelse i dette afsnit som bør gennemskrives.

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 7

- Side 9 afsnit 2: Det fremgår, at vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis skal revideres. KL ønsker, at deltage i arbejdet med revisionen.
- Side 15 (2.4.2.1), afsnit 1: Det fremgår at: *"Parterne er således enige om, at de digitale løsninger i et Samlet Patientoverblik og Sundhedsjournalen - sammen med en modernisering af MedCom beskeder - er fundamentet for i fremtiden at kunne dele endnu flere relevante data mellem de faglige medarbejdere på tværs af sektorer."* Dette bør præciseres således: *"Parterne er således enige om, at den digitale løsning i et Samlet Patientoverblik - sammen med en modernisering af MedCom beskeder - er fundamentet for i fremtiden at kunne dele endnu flere relevante data mellem de faglige medarbejdere på tværs af sektorer. Samtidig udvikles Sundhedsjournalen til at dele oplysninger regionerne imellem."*
- Side 17, afsnit 2: Det fremgår, at *"Sundhedsklyngerne vil skulle omfatte repræsentanter for regionen, kommuner og almen praksis..."*. Det bør tydeliggøres at det er på det fagligt strategiske niveau, at almen praksis har fast repræsentation.
- Side 21, afsnit 3: Det fremgår at *"Sundhedsklyngernes arbejde vil skulle beskrives nærmere i vejledning om sundhedsaftaler"*. Sundhedsklyngerne har en rolle ift. at give input til sundhedsaftaler samt understøtte implementeringen af tiltag rundet af sundhedsaftalerne. Sundhedsklyngerne har dog en række selvstændige opgaver ud over sundhedsaftalerne. Det forekommer derfor forkert at beskrive deres opgaver i vejledning om sundhedsaftaler. Enten skal vejledningen omdøbes, alternativt skal sundhedsklyngernes opgave beskrives i en selvstændig vejledning.
- Side 22, afsnit 2: Det fremgår af lovteksten, at kommunerne i sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklyngernes politiske niveau repræsenteres af borgmestre. Det bør fremgå af selve lovgivningen, og ikke kun af bemærkningerne, at det for København, Odense, Aalborg og Aarhus kan være en fagborgmester/ansvarshavende borgmester, der repræsenterer kommunen.
- Side 25, afsnit 3: Det fremgår, at der nedsættes *"et sundhedssamarbejdsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet"*. Sundhedssamarbejdsudvalget har vel i lighed med Sundhedskoordinationsudvalget, primært fokus på den tværsektorielle indsats – altså snitflader og overgangen mellem kommunale og regionale indsatser og regioner.
- Side 27, afsnit 2-4: Med henvisning til de ovenfor nævnte overvejelser om samarbejdet med almen praksis og praksisplanen foreslås det, at teksten i afsnit 2-4 erstattes med følgende:

Praksisplansudvalget erstattes som følge af Aftalen af sundhedssamarbejdsudvalget. Det fremgår af Aftalen, at den enkelte region i samarbejde med kommunerne vil sikre inddragelse af de praktiserende læger i den konkrete praksisplanlægning. Som i dag vil det

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 7

være regionsrådet, der har den endelige beslutning vedrørende praksisplanens udformning.

Regionsrådet har ansvar for at involvere kommunerne og repræsentanter for almen praksis i udarbejdelse og løbende opfølgning på praksisplanen. I den regionsrådet vedtager praksisplanen, forelægges planen for sundhedssamarbejdsudvalget.

Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter udviklingen af samarbejdet mellem sygehus, kommuner og almen praksis, herunder udviklingstiltag, kapacitet og lægedækning. Al strategi for og planlægning af tilrettelæggelsen af tværsektorielle forløb og øvrigt samarbejde mellem de tre sektorer overgår fremadrettet til sundhedssamarbejdsudvalget.

I forbindelse med at praksisplanudvalget nedlægges, vil der være behov for at revidere Sundhedsstyrelsens vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis samt nærmere beskrivelse af indholdet af praksisplanerne. Arbejdet med indhold af praksisplaner vil skulle ske i regi af en nedsat arbejdsgruppe med inddragelse af relevante interessenter.

Lovforslaget indebærer ikke ændringer for så vidt angår, at nye opgaver i medfør af sundhedsaftaler, herunder praksisplanen vil skulle udmøntes ved underliggende aftale med repræsentanter for de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak

Kontorchef, Center for Sundheds- og Socialpolitik

Dato: 15. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3189913

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 7



Til Sundhedsministeriet sum@sum.dk
cc. sist@sum.dk

Dato: 31. marts 2022

Sags ID: SAG-2022-00824
Dok. ID: 3202013

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 1

Supplerende høringssvar Sundhedsklynger

KL's bestyrelse har på møde den 29. marts 2022 godkendt det administrative høringssvar som blev afgivet den 15. marts 2022. Ud over de allerede afgivning bemærkninger ønsker KL at tilføje følgende:

Det fremgår af lovforslaget, at formandskabet i en sundhedsklynge varetages af to ligeværdige formænd, som vælges henholdsvis blandt regionsrådets repræsentanter og blandt borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser.

Det bør af lovfremgå at formandskabet i sundhedsklyngerne udgøres af **regionsrådsformanden og en af de deltagende borgmestre.**

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, Kontorchef center for Sundhed- og Socialpolitik



Høringssvar vedr. ændring af sundhedsloven mhp. etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejde.

Dato: 17. marts 2022

Sagsnr.: 2022-2435

Aktid: 4269382

Sundhedsministeriet har udsendt udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) i høring. Lovforslaget udmønter aftale mellem regeringen, KL og Danske Regioner om sammenhæng og nærhed af 11. juni 2021.

I aftalen, og dermed også i lovforslaget, foreslås det at nedlægge de regionale sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg, og erstatte disse af et Sundhedssamarbejdsudvalg. Hertil etableres sundhedsklynger, med både et politisk og praktisk/fagligt niveau.

I forlængelse af den ændrede organisering, herunder bl.a. sundhedsklyngernes arbejde, skal der indsamles og udstilles flere data fra særligt aktørerne i det nære sundhedsvæsen.

PLO's høringssvar indeholder tre elementer:

- Generelle bemærkninger til lovforslaget.
- PLO/praktiserende lægers repræsentation i politiske fora.
- Forhold og overvejelser som PLO ønsker at adressere i relation til repræsentation i politiske fora.

Generelle bemærkninger

Det er åbenlyst og vigtigt for PLO, at den primære sundhedssektor skal styrkes, så det fortsat vil være muligt at imødekomme størstedelen af befolkningens sundhedsmæssige behov geografisk nært og på lavest muligt omkostningsniveau. 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.

PLO/praktiserende lægers repræsentation i politiske fora

Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8477

Tlf. (dir.): +45 35 44 84 62

E-mail: plo@DADL.DK

E-mail: dar.plo@DADL.DK

www.plo.dk

Sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg erstattes af et Sundhedssamarbejdsudvalg. I Sundhedssamarbejdsudvalget er der tre regionale repræsentanter, herunder regionsrådsformanden, og én borgmester fra hver sundhedsklynge. Det fremgår af lovforslaget, at andet kan aftales mellem Regionsrådet og Kommunekontaktrådet, men det fremgår ikke hvilke aktører og med hvilken indflydelse, fx fast eller på ad-hoc-basis, det kan ske. PLO er dermed ikke tiltænkt en plads i dette udvalg, men kan inddrages såfremt region og kommuner finder det hensigtsmæssigt eller relevant.

Dette finder PLO problematisk, da det vil svække grundlaget for samarbejdet på det overordnede, politiske, niveau, idet der i dag drøftes problemstillinger af stor vigtighed for patientbehandlingen på dette niveau i forhold til at sætte konkret retning i sundhedsvæsenet, ligesom PLO finder at kunne bidrage med viden, når der ændres på opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet, og når der skal træffes konkrete praksisplanlægningsmæssige beslutninger, også så der senere kan indgås bindende aftaler med almen praksis.

Det er PLO's opfattelse, at uden et samarbejde på politisk niveau mellem region, kommuner og almen praksis er der en risiko for, at det fælles ejerskab i det nære sundhedsvæsen forsvinder. Det findes særligt vigtigt at alle tre parter medvirker til udviklingen af det nære- og sammenhængende sundhedsvæsen gennem et gensidigt forpligtende samarbejde i Sundhedssamarbejdsudvalget.

PLO vil derfor opfordre til, at lovforslaget ændres således, at PLO sikres fast repræsentation i de regionale Sundhedssamarbejdsudvalg.

Om sundhedsklyngernes politiske niveau fremgår det af lovforslaget, at dette aftales mellem regionsrådet og borgmestrene fra de deltagende kommunalbestyrelser i sundhedsklyngen, men at udgangspunktet er mindst to regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Repræsentanter fra almen praksis vil skulle inddrages i arbejdet i det politiske niveau i relevant omfang, herunder i forhold til omstilling af behandling i det primære sundhedsvæsen, der medfører nye opgaver for almen praksis samt i sundhedsklyngens input til sundhedsaftale, men dette er ikke formaliseret ifht konkret repræsentation.

PLO vil kraftigt opfordre til, at organiseringen af det politiske niveau i sundhedsklyngerne i lovforslaget ændres således, at PLO sikres fast repræsentation også i klyngernes politiske niveau. Dette da der gennem de senere år er udviklet et godt og konstruktivt samarbejde mellem de regionale PLO-organisationer og regionerne/kommunerne, hvor fælles løsninger på tværs af både sygehuse, kommunernes institutioner og de mange almenpraksis-klinikker sikrer rammer for fælles, langtidsholdbare løsninger. Det er vores faste overbevisning, at regioner og kommuner har brug for, at almen praksis repræsenteres ved beslutningsdygtige repræsentanter.

Forhold og overvejelser som PLO ønsker at adressere i relation til repræsentation i politiske fora

PLO er opmærksom på, at repræsentanter i de politiske fora har som opgave at bidrage med faglig og politisk rådgivning, med baggrund i praktiserende lægers viden og erfaringer med arbejdet i almen praksis og samarbejdet med såvel kommuner som sygehuse. Dette skal ske på en måde, der tager det nødvendige og relevante ansvar på hele almen praksis vegne. Dette betyder også, at der i arbejdet i de politiske fora ikke skal bruges til at fremme særlige, politiske interesser. Fokus skal være på sammenhæng i sundhedsvæsenet til gavn for patienterne og fx økonomiske forhold bør overlades i det øvrige, paritetiske system.

I anerkendelse heraf vil PLO som organisation sikre relevant og tilstrækkelig repræsentation både i Sundhedssamarbejdsudvalgene, i det politiske niveau i sundhedsklyngerne og det praktisk/fagligt niveau. Hertil vil PLO tydeliggøre for repræsentanterne, hvad deres rolle i disse fora er, så arbejdet bliver som tiltænkt, og ikke forstyrres af forhold der bør adresseres andetsteds, bl.a. mellem RLTN og PLO i regi af Overenskomst om almen praksis.

PLO håber med dette høringsvar at blive tænkt ind i Sundhedssamarbejdsudvalgene og sundhedsklyngernes politiske niveau som en formel deltager, og er i den forbindelse villig til at levere faglig og ansvarlig rådgivning og sparring med respekt for de politiske rammer for udvalgets og klyngernes arbejdsopgaver.

Med venlig hilsen

Jørgen Skadborg
Formand for Praktiserende Lægers Organisation

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Gør indsatsen for at hjælpe borgere med alkoholproblemer til en central opgave for sundhedsklyngerne og tænk forebyggelsen mere ind i arbejdet fra starten.

Alkohol & Samfund takker for at have fået tilsendt høringsudkastet til lovforslaget om ændring af sundhedsloven. I Alkohol & Samfund ser vi et stort behov for at sikre bedre samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om borgernes sundhed. Og vi finder generelt flere gode takter i forhold til etablering af sundhedsklynger med et stærkere politisk mandat og en forenkling det tværsektorielle samarbejde mellem aktørerne.

Vi tror dog ikke at en organisatorisk ændring alene vil skabe en styrket og koordineret forebyggelsesindsats samt et bedre samarbejde på tværs af sektorerne til gavn for borgerne. Og vi ser derfor frem til at følge arbejdet i sundhedsklyngerne i de kommende år. Vi har dog en række kommentarer til "Bemærkninger til lovforslaget" som vi mener har stor betydning for måde sundhedsklyngerne kommer i gang arbejdet og som derfor bør tilføjes i "Bemærkninger til lovforslaget".

Priorité borgere i eller med behov for alkoholbehandling på lige fod med borgere med dobbeltdiagnose i lovændringen

Til afsnit 2.1.2 side 4:

"Med lovforslaget foreslås for det første, at der etableres nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene, der skal 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, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug."

Alkohol & Samfund sætter pris på, at forslaget sætter fokus på borgere med kroniske sygdomme og borgere, der ud over en psykisk lidelse også har et alkoholmisbrug. Dog håber vi, at borgere der primært har et alkohol- eller stofmisbrug også bliver skrevet ind i lovforslaget.

I Danmark er 140.000 danskere afhængige af alkohol, mens kun 17.500 (19.200 i 2020) danskere er i alkoholbehandling. Hvert år bliver 29.000¹ patienter indlagt på hospital, hvor alkohol har været årsag til indlæggelsen. Men kun fem procent i den kommunale alkoholbehandling er henvist fra sygehusene. Samtidig er der årligt 53.000 ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, 2.900 dødsfald og 110.000 ekstra lægekontakter pga. alkohol².

Der går gennemsnitligt 10-12 år fra borgere erkender de har et alkoholproblem til de kommer i alkoholbehandling. Det hænger i høj grad sammen med, at der mangler samarbejde og koordination mellem kommune, region og almen praksis om alkoholproblemer. For eksempel er der ikke en

¹ <https://alkohologsamfund.dk/viden-om-alkohol/fakta-om-alkoholrelaterede-skader-og-indlaeggelser-i-sundhedsvaesenet>

² Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer, 2016

gængs elektronisk henvisningsvej som almen praksis kan benytte til at henvise borgere til alkoholbehandling, som der foreligger for hhv. rygning og motion. Her kan sundhedsklyngernes sundheds-samarbejdsudvalg på både politisk og fagligt strategisk niveau prioritere tidlig opsporing af borgere med alkoholproblemer samt det gode, tætte samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis. Både internt i den enkelte sundhedsklynge og på tværs i hele regionen, for at sikre ensartet praksis, der tager udgangspunkt i den enkelte regions populationsbehov. Og således mener vi, at sundhedsklyngerne har en bunden opgave, for at sikre at borgere med behov, får den rette hjælp til håndtering af deres alkoholproblem.

Til afsnit 2.2.2 side 7:

"Formålet med det foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg er at understøtte ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs i regionen, så den nye samarbejdsstruktur bidrager til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed".

I høringsforslaget fremgår det af afsnit 2.2.2 side 7, at lovforslaget skal bidrage til at sikre mere geografisk og social lighed i sundhed. Det støtter Alkohol & Samfund helhjertet op om, særligt hvis det bliver skrevet ind, hvordan de komplekse og sårbare borgere også bliver inddraget i patient- og pårørendeinddragelsen, som er beskrevet i forslaget på side 9-10. Alkohol & Samfund mener denne patientinddragelse er et væsentligt parameter for at sundhedsklyngerne kommer i mål med at mindske geografisk og social ulighed.

Fremhæv sundhedsklyngernes forpligtelser på forebyggelsesområdet

Alkohol & Samfund værdsætter, at lovforslaget specifikt nævner, at sundhedsklyngerne skal styrke forebyggelsen i det primære sundhedsvæsen, jf. foreslået ændring til § 203 stk. 3.

Forebyggelsen er imidlertid ikke klart skrevet frem med hverken indsatser, politisk prioritering eller andre strukturer i bemærkninger til lovforslaget. Her er der mulighed for at lovforslaget kan gøre en reel forskel for folkesundheden, ved at sætte fokus på nogle af de tværsektorielle knudepunkter, hvor kommunernes forebyggelse kan have gavn af et nært sundhedssamarbejde med både regioner og almen praksis i de kommende sundhedsklynger. Det være sig især på de forebyggelsesopgaver, som går på tværs af kommunegrænser og hvor ansvaret er fragmenteret, og altså kalder på et fælles populationsansvar.

Alkoholforebyggelsen blandt unge er et eksempel på et område, som kræver et fælles og mere strategisk sigte. Unges liv foregår ofte på tværs af kommunegrænser og involverer mange forskellige aktører som har et ansvar for de unges sundhed. Fx er ungdomsuddannelserne en central aktør. Alkoholforebyggelsen målrettet unge kan ikke blot løses i den enkelte kommune, men har behov for koordination og der skal sættes fælles regionale målsætninger indsatsen. Regionerne har stor viden om hvor mange unge og ældre, som kommer til skade i forbindelse med alkohol i forbindelse med akutfunktionernes virke, og dette kunne være et pejlemærke for indsatsen. Vi mener derfor, at der i "Bemærkninger til lovforslaget" bør tilføjes eksempler på konkrete forebyggelsesindsatser, som sundhedsklyngerne bør arbejde med. Et af de eksempler bør være alkoholforebyggelse målrettet unge.

Ida Fabricius Bruun

Direktør i Alkohol & Samfund

Mobil: 2980 7766

ifb@alkohologsamfund.dk / www.alkohologsamfund.dk

Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10
1216 København K

København, den 17. marts 2022

Vedr.: Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til udkast til forslag til ændringer af sundhedsloven om etablering af sundhedsklynger mm.

Alzheimerforeningen er enig med sundhedsministeriet i, at sundhedsvæsenet står over for betydelige udfordringer bl.a. som følge af den demografiske udvikling, der betyder flere patienter med kroniske sygdomme herunder de godt 85.000 patienter, der i dag har en demenssygdom. Vi skal i den forbindelse erindre ministeriet om, at på trods af de seneste års faldende incidensrater for demensdiagnoser vil antallet af patienter med demenssygdom frem til 2030 stige med 20-30.000 personer.¹

Lovforslaget om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg samt øget inddragelse og samarbejde med patienter og pårørende vil, som ministeriet fremhæver, være en del af løsningen. Alzheimerforeningen hilser derfor lovforslaget velkommen, men vil samtidig understrege, at forslag til strukturændringer ikke kan stå alene. Lovforslaget bør derfor følges op af andre initiativer, der kan understøtte lovforslagets intentioner.

Alzheimerforeningen skal i den forbindelse pege på følgende:

- **Det nære sundhedsvæsen skal have større fokus på plejehjem:**
I ministeriets generelle overvejelser (2.1.2) pointeres det, at udfordringerne for sundhedsvæsenet i de kommende år bl.a. kræver styrket samarbejde og en fortsat omstilling til det primære sundhedsvæsen, således at flere opgaver varetages lokalt og med høj kvalitet. Sundhedsministeriet nævner i den forbindelse en række konkrete steder – herunder patienternes hjem – hvor flere skal kunne få behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud. Hjem med tilhørende servicefunktioner – i daglig tale kaldet plejehjem – omtales dog ikke - hverken i lovteksten eller i bemærkningerne.

¹ The Lancet Health: Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 (2022) samt Alzheimer Europe: Estimating the prevalence of dementia in Europe (2020). Se også Nationalt Videnscenter for Demens: Ekspertforudser markant stigning i demens, nyhed 25. januar 2022

Patienter, der bor på plejehjem, udgør i dag en meget stor del af de behandlingskrævende patienter i sundhedsvæsenet, og de samlede udgifter til behandling, pleje- og omsorg til de mange patienter, der bor på plejehjem, er i dag større end de samlede udgifter til hospitalsindlæggelser af alle 70+ årige for alle sygdomme på samtlige sygehuse i Danmark.²

Det er derfor et problem, hvis behandling, pleje og omsorg til de godt 40.000 personer, der bor på plejehjem, hvor mellem 80-90 procent lider af en fremskreden og meget behandlingskrævende demenssygdom, ikke bliver en del af lovforslagets indsatsområde.

Dette er især et problem, fordi en del af behandlings, pleje- og omsorgsopgaverne på plejehjem rent lovgivningsmæssigt falder ind under servicelovens bestemmelser, mens andre falder ind under sundhedslovens. I praksis er det dog vanskeligt – for ikke at sige umuligt – at skelne, hvilket især er tydeligt på de kommunale midlertidige pladser, der benævnes under flere forskellige navne ift. deres formål, (akutpladser aflastningspladser, rehabiliteringspladser, korttidspladser mm.) og som oftest er en del af eller administreres i tilknytning til kommunale plejehjem samtidig med som betegnelserne indikerer, at de benyttes til mangeartede formål under sundhedsloven, som f.eks. patienter der udskrives fra sygehus, men ikke er i stand til at klare sig selv og har brug for yderligere opfølgende sundhedsfaglig behandling og pleje. Kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling, pleje og omsorg for disse sårbare patienter lider i dag under manglende samspil mellem de to sæt lovgivninger og er desværre flere steder yderst problematisk. Disse aflastningspladser er, som det er ministeriet bekendt, for de flestes vedkommende en del af – eller placeret på – kommunale plejehjem.

Alzheimerforeningen skal derfor foreslå, at der i forbindelse med lovbehandlingen i Folketinget og i den efterfølgende implementering 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.

- **Patient- og pårørendeinddragelse bør være en skal-opgave:**

En central del af lovforslaget og understreget i ministeriets bemærkninger er inddragelse af patienter og pårørendes perspektiv og erfaringer. Lovforslaget indeholder derfor bestemmelser om patient- og pårørenderepræsentanter på det faglige strategiske niveau og det understreges flere steder i bemærkningerne, at det politiske niveau i form af sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage patienter og pårørende i relevant omfang.

Alzheimerforeningen er enig med ministeriet og bakker derfor op om lovforslagets intentioner. Men det er samtidig Alzheimerforeningens erfaring, at hvis ikke det i lovtekster præciseres, at der er tale om en "skal-opgave", vil opgaven især på det kommunale område ofte ikke blive udført.

² Behandling, pleje og omsorg til patienter på plejehjem (primært patienter med demenssygdom) koster ca. 17 mia. kroner pr. år. Udgifter til hospitalsindlæggelser af 70+ årige for alle sygdomme koster ca. 16 mia. kr. pr. år. I 2030 vil udgifterne til plejehjem alt andet lige stige til godt 24 mia. kr. pr. år, mens udgifter til hospitalsindlæggelser af 70+ årige vil stige til 20 mia. kr. pr. år. Kilde: Alzheimerforeningen på baggrund af data fra Kommunernes Landsforening - En Reform af Sundhedsvæsenet Haster, november 2019

Alzheimerforeningen skal derfor forslå, at det i selve lovteksten – fx pkt. 1 stk. 4 – direkte anføres, at patienter og pårørende skal inddrages i det politiske niveau drøftelser, hvor dette er relevant.

- **Patient- og pårørende samarbejde kræver understøttende tiltag:**

Det er endvidere vigtigt at understrege, at ændring af en lovtekst med dertil hørende bemærkninger ikke i sig selv vil betyde hverken større inddragelse eller bedre samarbejde med patienter og pårørende. Der er udover de organisatoriske og strukturelle barrierer også en række andre barrierer og forhold, der vanskeliggør – eller direkte modarbejder – øget inddragelse og samarbejde med pårørende.

Der vil derfor være behov for yderligere tiltag – udover det rent lovgivningsmæssige – for at styrke patient- og pårørendesamarbejdet i de kommende sundhedsklynger. Der vil især være behov for tiltag der kan understøtte og styrke patienter og pårørendes muligheder for at kunne indgå som ligeværdige samarbejdspartnere på det strategisk faglige niveau og som ligeværdige dialogpartnere på det politiske niveau.

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.

- **Større fokus på patienter med kognitive funktionsnedsættelser:**

Ifølge bemærkningerne til lovforslaget skal de fem sundhedssamarbejdsudvalg bl.a. understøtte, at der skabes sammenhæng for bl.a. ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser herunder borgere som udover psykiske lidelser også har et alkohol- eller stofmisbrug.

Det er rosværdigt at disse patientgrupper specifikt nævnes, fordi det skaber et nødvendigt politisk fokus på særlig udsatte patientgrupper. Det er derfor i denne sammenhæng et problem, når andre sårbare og udsatte patientgrupper ikke medtages. Det gælder især patienter med nedsat kognitiv funktionsevne fx de godt 85.000 patienter med demenssygdom, der ofte udover deres demenssygdom, lider af en eller flere andre kroniske sygdomme.

Forskning viser, at patienter med demenssygdom ofte får en ringere behandling for andre kroniske sygdomme, end patienter uden demenssygdom. Det handler både om forebyggelse, udredning og diagnostik samt om den efterfølgende behandling.³ Der er derfor behov for en særlig opmærksomhed på disse patienter og endnu mere vigtigt, at der ska-

³ Se fx: Sundheds- og Ældreministeriet: Statusrapport på demensområdet i Danmark (2016) samt Sundheds- og ældreministeriet: National undersøgelse af forholdene på plejecentre (2016). Se også Chung et al: Incidence, morbidity, mortality and disparities in dementia: A population linked electronic health records study of 4.3million individuals, *Alzheimer's Dement.* 2022;1–13.

bes politisk fokus om at understøtte, at der skabes sammenhæng i behandlingen for netop disse patienter på tværs i sundhedsvæsenet.

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

Har ministeriet spørgsmål eller kommentarer til ovenstående bemærkninger står vi naturligvis til rådighed herfor.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Landsformand
Alzheimerforeningen



Nis Peter Nissen
Direktør
Alzheimerforeningen

Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Kopi: sist@sum.dk

Amgros I/S
Dampfærgevej 22
2100 København Ø
Danmark
T +45 88713000
F +45 88713008
Amgros@amgros.dk
www.amgros.dk

14. marts 2022

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven –
Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg
m.v.

Amgros er blevet opmærksom på høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v. Lovforslaget har til formål at udmønte Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) af 11. juni 2021 mellem regeringen, Danske Regioner og KL, hvis formål i sidste ende er at bidrage et mere effektivt og borgernært sundhedsvæsen.

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

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 – ikke mindst – om der er det rette hjemmelsgrundlag til stede for en uhindret vederlagsfri udlevering af medicin fra sygehusvæsenet til patienter på tværs af sektorgrænser.

I forlængelse heraf kan det oplyses, at sygehuspotekerne allerede har taget en række initiativer til at understøtte hjemmebehandling. Amgros finder det derfor vigtigt, at mindst én af repræsentanterne i det faglige strategiske niveau er i stand til at repræsentere det faglige tværgående samarbejde omkring medicinen.

Med venlig hilsen

Flemming Sonne

Til Sundhedsministeriet

Att. sum@sum.dk med kopi til Signe Struberga, sist@sum.dk

Høringssvar over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Bedre Psykiatri har læst høringsforslaget og har følgende bemærkninger:

Overordnet ser Bedre Psykiatri positivt på lovforslagets intentioner om at etablere nye formaliserede sundhedsklynger omkring hvert af landets akuthospitaler og forenkling og styrkelse af den nuværende politiske samarbejdsstruktur i hver region. 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. Endvidere finder Bedre Psykiatri det positivt, at borgere med psykiske lidelser og borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug fremhæves i lovudkastet som en målgruppe, der har særligt behov for kvalitet og kontinuitet, og hvor tilstrækkelig sammenhæng på tværs af sundhedsområdet og mellem sundhedssektoren er afgørende. Afslutningsvist er det positivt, at det i lovudkastet fremhæves, at de formaliserede sundhedsklynger også skal omfatte særskilte regionale repræsentanter på det psykiatriske område herunder på faglige strategiske niveau.

Generelt for Patient- og pårørendeinddragelse

Det fremgår af lovforslaget, at *det politiske niveau* vil skulle sikre politisk forankring af arbejdet. Repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle inddrages i relevant omfang, da patienternes perspektiv og erfaringer er et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs i sundhedsvæsenet. Det fremgår endvidere, at *det faglige strategiske niveau* også vil skulle bestå af repræsentanter for patienter og pårørende. Og ligeledes fremgår det af lovforslaget, at *Sundhedssamarbejdsudvalget* vil skulle inddrage repræsentanter fra blandt andet patienter og pårørende i sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter.

Bedre Psykiatri ønsker, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler om, at patient- og pårørendeinddragelse er forpligtende, systematisk, ensrettet og landsdækkende. Det er afgørende eftersom lovforslaget tager sigte på at sikre, at de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i højere grad end de eksisterende udvalg og fora vil skulle inddrage patient- og pårørendeperspektivet. Det bør stå klart for alle, at kvalitet i behandling afhænger af inddragelse af patienter og pårørendes viden og erfaringer. Det skal påhvile både sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg, at patient- og pårørendeinddragelse har et konkret og tydeliggjort mandat, en konkret stemme, reel indflydelse, beslutningskompetence og opgaver mv.

Bedre psykiatri finder det stærkt utilfredsstillende, at lovforslagets intentioner flere steder bærer præg af kunstig/pseudo og tilfældig inddragelse af repræsentanter for patienter og pårørende. På det politiske lægges fx op til i lovforslaget, at repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle inddrages i relevant omfang. Ligeledes at repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle inddrages i sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter. Desuden vil sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg skulle inddrage patientinddragelsesudvalget i deres drøftelser. Inddragelse af patientinddragelsesudvalget vil blive inviteret til dialogmøder om konkrete emner i sundhedsklyngernes politiske niveau eller hvis sundhedsklyngerne eller sundhedssamarbejdsudvalget nedsætter relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter. Sundhedssamarbejdsudvalget i regionen vil årligt skulle invitere patientinddragelsesudvalget til et møde, hvor forventningerne til samarbejde drøftes, og hvor repræsentanterne fra patientinddragelsesudvalget får mulighed for at give udtryk for forventninger og

forslag til samarbejdet. Desuden er der tale om høringsmuligheder om fx større politiske udspil eller sundhedsaftalen.

Bedre Psykiatri mener, at det ved lov bør sikres, at repræsentanter for patienter og pårørende har et konkret, tydeliggjort og ligeværdigt mandat, en konkret stemme, reel indflydelse, beslutningskompetence og opgaver mv. i sundhedsklyngerne og i sundhedssamarbejdsudvalget. Reel indflydelse bør indbefatte, at professionelle repræsentanter fra patienter og pårørende også skal kunne påvirke processer omkring fx igangsættelse af indsatser, opstilling af målsætninger, komme med input til nationale såvel som lokale tiltag og implementeringsstrategier samt have en stemme i drøftelse og beslutning vedrørende anvendelse af prioriterede midler, fælles retning, samarbejdsprojekter mv. Ligeledes at patient- og pårørenderepræsentationen har mulighed for at agere operationelt og handlekraftig med øvrige aktører i fx det faglige strategiske niveau.

Det følger desuden ikke klart af lovforslaget, hvorvidt fremtidig patient- og pårørenderepræsentation fortsat skal følge sammensætningen af patientinddragelsesudvalgene i hver region, hvor medlemmer udpeges af Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, Regionsældrerådet og Ældre Sagen. Det bør således tydeliggøres, hvorledes man fremadrettet bliver enige om, hvem der skal udpeges blandt organisationerne (og øvrige) og desuden hvordan man kvalificerer sig og bliver en repræsentant på vegne af andre organisationer og på tværs af sygdomsgrupper og pårørendegrupper. Bedre Psykiatri savner tydelige overvejelser og kriterier herom.

Der skal endvidere tilsikres, at patient- og pårørenderepræsentanter tilføres ressourcer, relevant uddannelse og bistand, eftersom de, på nuværende grundlag, agerer frivilligt modsat øvrige repræsentanter i sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. Det bør overordnet set klargøres, hvordan forudsætninger for bistand, ressourcer og økonomi (fx vederlag, dækning af transport og professionalisering af frivillige patient- og pårørenderepræsentanter mv.) samt forpligtelsen til reel patient- og pårørendeinddragelse indtænkes i praksis i kommende sundhedsklynger (fagligt og politisk) og i sundhedssamarbejdsudvalg.

Bedre Psykiatri henholder sig i øvrigt til Danske Patienters hørings svar samt Danske Patienters anbefalinger til inddragelse af brugerperspektivet i det nære sundhedsvæsen i relation til sundhedsklynger (nov. 2021).

Med venlig hilsen

Bedre Psykiatri

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

16-03-2022
BNW/412/00077

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Sundhedsministeriet har den 18. februar sendt ovennævnte lovudkast i høring med frist 17. marts. Lovudkastet vedrører etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg og har til formål at udmønte Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) af 11. juni 2021 mellem regeringen, Danske Regioner og KL.

Danmarks Apotekerforening er ikke på høringslisten, men da apotekerne er en del af det nære sundhedsvæsen og har samarbejde med mange af høringsparterne ønsker foreningen alligevel at kommentere forslaget. Apotekerforeningens kommentarer til forslaget følger nedenfor.

Vedrørende etablering af sundhedsklynger

Med lovforslaget foreslås det, at der etableres nye formaliserede sundhedsklynger omkring akutsygehusene, der skal skabe bedre forebyggelse af sygdom og sikre mere sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for bl.a. ældre medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme.

I de formaliserede sundhedsklynger vil der både skulle være en politisk dialog og et tæt fagligt strategisk samarbejde, som vil skulle omfatte repræsentanter for regionen, kommunerne og almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Medicin er en del af de fleste behandlingsforløb. 1,7 millioner borgere i Danmark bruger medicin mod en kronisk eller langvarig sygdom. Der er ofte flere behandlere og sektorer involveret, når borgerne får medicin, og medicinproblemer opstår ofte i sektorovergange.

I primærsektoren samles borgernes medicinske behandling på apoteket. Apotekerne udleverer og rådgiver om medicin og udfører også en række sundhedsydelser, herunder medicinsamtaler for kronikere og genordination af visse lægemidler. Apotekerne dosispakker også medicin – en ydelse, der koordineres med både den praktiserende læge, kommunen og regionen, som giver tilskud til både medicin og pakning.

Apotekerforeningen kan være bekymret 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. Når borgerne udskrives fra sygehus kommer de for eksempel ofte på apoteket for at hente ny medicin, før de konsulterer den praktiserende læge.

Apotekerforeningen opfordrer derfor til, at der i tilknytning til sundhedsklyngerne etableres fora for tværsektorielt samarbejde om medicinsikkerhed, der inddrager apotekerne. Her skal parterne have mulighed for at koordinere opgaver og sikre et godt samarbejde om borgernes medicin.

Vedrørende etablering af sundhedssamarbejdsudvalg

Med lovforslaget lægges der op til at forenkle den nuværende politiske samarbejdsstruktur således, at de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg, som i dag findes i hver region, erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg i hver region.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle stå for at koordinere og sætte retningen for arbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger. Herunder fælles rammer og retning for det tværsektorielle samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis. Sundhedssamarbejdsudvalget vil bl.a. også skulle udarbejde udkast til sundhedsaftaler og følge op på sundhedsaftalens mål.

Apotekerne er i dag repræsenteret i samarbejdsudvalg og andre koordinerende udvalg i flere regioner. Her mødes repræsentanter fra regionsrådet, regionens administration og repræsentanter fra apotekssektoren for at drøfte aktuelle udfordringer og opgaver, der involverer begge parter. Ligeledes har flere kommuner et godt samarbejde med de lokale apoteker, også formaliseret i samarbejdsudvalg. Apotekernes samarbejde med regionerne og kommuner omhandler bl.a. dosispakning af medicin, undervisning i medicinbåndtering, rygeafvænning og anden forebyggelsesaktivitet, udlevering af visse typer vederlagsfri medicin, tilskudsafregning og udvikling af FMK og andre elektroniske løsninger.

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.

Vedrørende patient- og pårørendeinddragelse

De foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg vil i højere grad end de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg skulle inddrage repræsentanter for patienter og pårørende. Dette skal ske ved årligt at invitere til dialogmøde i sundhedssamarbejdsudvalget, foruden møder om konkrete relevante emner i sundhedsklyngerne ligesom repræsentanter for patientinddragelsesudvalget eller andre repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle tilbydes to faste pladser i sundhedsklyngerne.

Apotekerforeningen har ingen bemærkninger til denne del af lovforslaget.

Med venlig hilsen

Dan Rosenberg Asmussen



DANSK CARDIOLOGISK SELSKAB
DANISH SOCIETY OF CARDIOLOGY

14.03.2022

Til Sundhedsministeriet (CC Signe Struberga)

Vedrørende "Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v."

Dansk Cardiologisk Selskab har med interesse gennemlæst lovforslaget og høringsbrevet.

Overordnet finder DCS det 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.

Vi har dog et par overordnede bemærkninger:

- 1) Der er, i lovforslaget, meget fokus på den politiske styring og repræsentation i sundhedsklyngerne, men ikke ret meget om hvordan den skal udmøntes fagligt.

Der har tidligere været faglig kritik af beslutningen om f.eks. flytte hjerterehabilitering fra sygehuse til kommuner - og i det foreliggende lovforslag foreslås klyngerne som en naturlig "bufferzone" der skal harmonisere kvaliteten og sikre ensartede tilbud til alle.

Dette vil imidlertid forudsætte at der forefindes faglig kompetence til varetagelse af disse opgaver, som ikke allerede er låst (eller mangler) andre steder. Det er nok ikke noget man kan forholde sig til i et lovforslag, men måske en relevant bekymring i forhold til udmøntningen af loven - ellers mener vi, at der er risiko for at klyngerne reduceres til et politisk organ ledet af regionspolitikere og borgmestre, der sidder og forholder sig til kvalitetsdata.

Altså – fagligt input fra hospitalsspecialisterne og sparring hermed, bør indtænkes i formuleringerne og det bør berøres, hvem man påtænker, skal udføre arbejdet.

Bestyrelse/Board

President:

Steen Dalby Kristensen
Århus Universitetshospital
Palle Juul-Jensens Blvd. 99
8200 Århus
steendk@dadlnet.dk

Lægelig sekretær/

Secretary:

Jacob Thorsted Sørensen
Århus Universitetshospital
jacobthorsted@gmail.com

Medlemmer/ Members:

Michael Rahbek Schmidt
Rigshospitalet

Hans-Henrik Tilsted
Rigshospitalet

Christian Juul Terkelsen
Århus Universitetshospital

Dan Høfsten
Rigshospitalet

Ulla Davidsen
Bispebjerg Hospital

Svend Eggert Jensen
Ålborg Universitetshospital

Ilan Raymond
Amager Hospital

Claus Kjær Pedersen
Regionshospital Horsens

Sekretariat/Sekretariat:

Vognmagergade 7, 3. sal
1120 København K
Telefon 31 37 88 54
E-mail: DCS@cardio.dk

- 2) Der er i DCS en bekymring for, at de efterspurgte lægekrafter til arbejdet i klyngerne, klart overstiger udbuddet. Uanset om de skal tages fra almen praksis eller sygehuse.

Således vil arbejdet i sundhedsklyngerne kunne udvande tilstedeværelsen af (special-) lægekompetencer (og sygeplejekompetencer) i almen praksis og på hospitalerne. Det er yderst vigtigt, at der pågår en vedvarende, faglig dialog og evaluering omkring, hvilke forløb der kan udlægges til klyngerne og hvilken faglighed, som kan løfte opgaverne forbundet hermed.

DCS har i flere år ønsket større hospitalsenheder for at øge tilstedeværelsen af speciallægekompetencer i såvel dagtid som i vagt. Dette for at sikre ensartet, høj kvalitet i behandlingen af hjertepatienter. En udtynding af lægeressourcerne centralt (til fordel for mindre specialiserede opfølgingsforløb decentralt) vil kunne forringe behandlingen på landets akutsygehuse – uanset disses specialiseringsgrad iht. specialeplanen.

På vegne af DCS' bestyrelse

Med venlig hilsen



Steen Dalby Kristensen
Formand, Dansk Cardiologisk Selskab



Jacob Thorsted Sørensen
Faglig Sekretær, Dansk Cardiologisk Selskab

Høringssvar fra Dansk Selskab for Geriatri

Dansk Selskab for Geriatri (ældre medicin) er overordnet enig i behovet for etablering af tværsektorielle fora (sundhedsklynger), hvor tværsektorielle tiltag i behandling, rehabiliteringen og plejen af den ældre patient kan udvikles.

Etableringen af 21 sundhedsklynger omkring de 21 akut sygehuse kan potentielt danne grobund for øget kvalitet i behandlingen og samarbejdet på tværs af sektorer til gavn for den ældre population.

I lovforslaget er det ikke nærmere defineret, hvem der skal sidde i sundhedsklyngernes på det faglige strategiske niveau. Der er foreslået repræsentanter fra regionen, kommunerne i regionen, almen praksis samt patient og pårørende. Vi savner her repræsentanter fra sekundærsektoren, da den opgaveflytning, der lægges op til, vil kræve adgang til specialister udover almen praktiserende læger. Specielt mener vi at det vil være vigtigt at få geriatrien med fordi:

- I geriatrien har vi i en lang årrække haft tradition for etablering af tværsektorielle indsatser til gavn for den ældre patient og har derfor en stor erfaring, som der kan trækkes på. Vi har viden om, hvad der skaber kvalitet for den ældre patient, de pårørende og ikke mindst effektivitet i samfundet i forhold til at tackle den kommende population af ældre patienter med flere konkurrerende lidelser, aldersbetingede tab og kognitive udfordringer.
- Behandling, pleje og rehabilitering af ældre kræver viden og faglighed på højt niveau. Populationen er kendetegnet ved komplekse sygdomsbilleder, atypiske præsentationer af akut sygdom, samt behov for vurdering, der tager udgangspunkt i den enkelte. Der er betydelige faldgruber i forhold til behandlingen og plejen af den ældre patient, som man nemt kan komme til at overse, hvis viden og erfaring ikke er på plads. Dette kan betyde forringet kvalitet og behandling af vores ældre i det danske samfund.

Vi ser det som vores opgave, at stå garant for, at den ældre patient sikres samme kvalitet i behandlingen af akut sygdom, som alle borgere i Danmark har krav på.

Derfor, når der skal etableres sundhedsklynger rundt omkring akutsygehusene, hvor en stor del af arbejdet kommer til at fokusere på tværsektorielle tiltag for den ældre patient, forventer vi, at der kommer til at sidde sundhedsfagligt personale fra sygehusenes ældre medicinske/geriatriiske afdelinger i disse sundhedsklynger.

På vegne af Bestyrelsen i Dansk Selskab for Geriatri

Anette Tanderup

Læge, ph. D

Geriatrik afdeling Svendborg Odense Universitets Hospital

Anette.Tanderup@rsyd.dk

21250520

Den 17. marts 2022
SIOS

Sundhedsministeriet
Att.: Signe Struberga

DI-Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

DI deler til fulde visionen om at "overgange mellem sygehus, kommune og almen praksis ikke bør kunne mærkes hos den enkelte borger". DI deler analysen af, at det gode samarbejde om det samlede patientforløb kan bidrage til at sikre bedre sammenhæng for patienten, bedre kvalitet i behandlingen – særligt i det nære, og bedre brug af sundhedsvæsenets ressourcer. DI støtter dermed hensigten bag oprettelsen af sundhedsklynger for netop at sikre bedre samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter.

Det er dog DI's holdning, at lovforslaget mangler inddragelse af en central part, nemlig life science industrien og den øvrige leverandørside. Det offentlige sygehusvæsen og den private life science industri er ofte hinandens forudsætninger, når det kommer til udvikling af nye, innovative løsninger. Sundhedsinnovation er en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen, og har til alle tider været det.

Det er derfor DI's overbevisning, at det er afgørende at life science industrien og leverandørerne til sundhedsvæsenet, inddrages i arbejdet med at udvikle og fremtidssikre sundhedsvæsenet. Her har life science industrien også et vigtigt bidrag uanset om det handler om at sikre bedre sammenhæng og nærhed for borgeren, om at frigøre ressourcer til patientbehandling eller at udvikle nye behandlingsformer.

Skal Danmark fastholde og udbygge sin position som sundhedsnation kræver det altså et fokus på innovation. Vi skal ikke blot innovere for innovationens skyld, men for patienternes. Innovation og udvikling af nye sundhedsprodukter skal være en strategisk satsning i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Så vi sikrer, at sundhedsvæsenet indretning altid matcher patienternes behov.

Offentlige-private partnerskaber er en oplagt arena til at skabe innovation. DI har tidligere i sit sundhedsudspil *'Et sundere Danmark – i en sundere verden'* peget på at

rammerne for offentligt-privat samarbejde i sundhedsvæsenet bør styrkes samt, at der skal etableres innovationscentre i regi af sundhedsklyngerne.

Det har vi senest udbygget med et forslag om, at sundhedsklyngerne skal danne rammerne om udvikling af globale sundhedsfyrtårne, der stilles mere frie i deres lokale løsninger på sundhedsmæssige udfordringer. Her skal læger, sygeplejersker, plejehjems personale og forskere på tværs af sektorerne samarbejde med life science virksomheder om bedre forebyggelse, tidligere opsporing og diagnostik, bedre behandling, rehabilitering og ældrepleje. Hvert fyrtårn har et specifikt sygdoms- eller behandlingsmæssigt fokus.

Der findes allerede gode eksempler på den form for offentlig-privat samarbejde om sundhedsinnovation, såsom Erhvervsfyrtårn Life Science i Region Hovedstaden og udvikling af ny digital model for visitation til høreapparatbehandling i Region Nordjylland.

I arbejdet med innovation kan det være hensigtsmæssigt indledningsvist at foretage analyser, der kan behovsafdække på de pågældende områder. Udvælgelse og igangsættelse af de offentligt-privatfunderede fyrtårnsprojekter i sundhedsklyngerne kan derfor med fordel tage udgangspunkt i identifikation af potentialerne for forskellige områder. Dermed kan man sikre prioritering, og at ressourcerne kanaliseres de rette steder hen. Samtidig vil det bidrage til at sætte retning for industriens innovation så den målrettes den reelle efterspørgsel. Derved opnår man de største potentialer for både det offentlige sundhedsvæsen og life science sektoren generelt. Ingen succesfuld innovation er sket under isolerede forhold, og det er derfor vigtigt, at det sker i samarbejde for, at man ultimativt får skabt de bedste løsninger til gavn for patienterne.

Det er ligeledes vigtigt at holde sig for øje, at arbejdet med innovation ikke er i modstrid med målsætningen om en ensartet høj kvalitet på tværs af sektorer og geografi. Nationale kvalitetsstandarder og -planer skal bidrage til at højne kvaliteten i patientbehandlingen i hele landet. Men måden hvorpå den enkelte region, kommune eller praktiserende læge opfylder kvalitetsstandarderne (f.eks. fysisk eller digital konsultation; brug af digital beslutningsstøtte eller ej; behandling i eget hjem, sundhedshus eller hospital; sundhedsapp eller medicin) bør ikke begrænses af en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen. Kvalitet skal måles på effekten af behandlingen på patientens sundhed og trivsel. Ikke at alle borgere får nøjagtigt den samme behandling. Patienter er forskellige og behandlingen skal være tilpasset den enkelte. Differentierede behandlingstilbud er også nødvendigt, hvis vi skal mindske uligheden i sundhed. Innovation er afgørende for at (videre)udvikle disse behandlingstilbud.

DI har konkret med forslaget lagt op til, at der i udgangspunktet afsættes 200 mio. kr. årligt til offentligt-private sundhedsfyrtårne med fokus på udvikling af bedre forebyggelse, diagnostik og behandling indenfor specifikke sygdomsområder, hvor Danmark allerede har eller kan få en global førerposition. Danmark har potentielt globale styrkepositioner indenfor innovative behandlinger af f.eks. diabetes, kræft, høretab, hjernesygdomme, hudsygdomme, blære-, tarm- og urologiske tilstande. Fyrtårnene skal engagere offentlige og private parter og have fokus på skalering både nationalt og internationalt.

Fyrtårnsprojekterne i regi af sundhedsklyngerne kan samtidig agere konkrete eksempler for good practice for offentligt-privat samarbejde i den større fortælling om Danmark som udstillingsvindue for fremtidens sundhedsløsninger, hvilket flugter med regeringens og et flertal af folketingets partiers ambition fra Life Science Strategien.

Life science industrien bør kort fortalt være en del af det tætte strategiske samarbejde i sundhedsklyngerne.

DI står til rådighed for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen

Simone Overby Sloth
Konsulent, DI Life Science

d. 17. marts 2022

Høringssvar fra Dansk Kiropraktor Forening til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) takker for muligheden for at komme med høringssvar til ændring af sundhedsloven.

Som beskrevet i vedlagte høringsbrev, står sundhedsvæsenet over for betydelige udfordringer som følge af den demografiske udvikling – herunder en større andel patienter med kroniske sygdomme.

Muskel- og skeletlidelser (herunder flere kroniske sygdomme eksempelvis slidgigt, leddegigt og knogleskørhed) rammer mere end halvdelen af befolkningen og medfører samfundsmæssige omkostninger i form af produktionstab og behandling for omkring 17,2 mia. kr. årligt. Hertil kommer overførsler som sygedagpenge og førtidspension med en årlig omkostning på 10,5 mia. kr. (Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2021). Det er netop disse borgere, der henvender sig hos praksissektoren, herunder kiropraktorerne.

Kiropraktoren fungerer som en fremskudt specialist i primærsektoren, langt fra de omkostnings-tunge sygehuse. Et eksempel er behandling diskusprolaps, der koster ca. 4-6.000 kr. i overenskomstaftalte prolapsforløb hos en kiropraktor, mens en operation, som kun de færreste har brug for, koster mellem 40.000 og 100.000 kr. alt afhængig af indgrebet.

Dansk Kiropraktor Forening bemærker, at ændringerne i sundhedsloven har til formål at sikre et bedre samarbejde mellem region, kommune og almen praksis, så flere opgaver af høj kvalitet kan varetages i borgernes nærmiljø, og at der derved kan frigøres ressourcer på sygehusene.

Det er ikke 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.

Vi undrer os i den forbindelse over, at almen praksis nævnes 71 gange i lovforslaget, mens ingen af de andre faggrupper i praksissektoren nævnes.

Med venlig hilsen,



Michael Christensen,
Formand for Dansk Kiropraktor Forening

***Vedrørende: Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven
– Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.***

Dansk Kirurgisk Selskab har gennemlæst lovforslaget, og 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 tilretter det foreslåede § 203 stk 4 fra det foreslåede:

Stk. 4. Sundhedsklyngen udgøres af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau består af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Til nedenstående forslag:

Stk. 4. Sundhedsklyngen udgøres af et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau. Det politiske niveau består af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Repræsentanter for regionen, herunder det psykiatriske område, bør have sundhedsfaglig baggrund og virke.

På vegne af Dansk Kirurgisk Selskab

Jonas Sanberg Ljungdalh
Faglig sekretær, Dansk Kirurgisk Selskab.

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

København, den 17. marts 2022

Høring af Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsministeriets høring af Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.). I høringssvaret fremsættes fire opmærksomhedspunkter, som vi fra Dansk Psykolog Forenings side finder afgørende i forhold til lovforslaget.

Dansk Psykolog Forening repræsenterer 11.700 psykologer, som bidrager bredt på tværs af sundhedsvæsenet. Omtrent halvdelen af medlemmerne varetager opgaver i det offentlige sundhedsvæsen. I kommunerne er ansat godt 2.700 psykologer, ca. 2.000 psykologer er ansat i regionerne og dertil er der knap 900 psykologer i praksissektoren. Størstedelen af de kommunalt ansatte psykologer er ansat i Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) og størstedelen af de regionalt ansatte psykologer er ansat i psykiatrien, hvor de er den hastigst voksende medarbejdergruppe. I praksissektoren behandler psykologerne på den offentlige tilskudsordning årligt omkring 77.500 klienter med moderate eller lette psykiske lidelser.

I Dansk Psykolog Forening ønsker vi at fremhæve fire opmærksomhedspunkter:

- Mere behandling i det nære sundhedsvæsen: Dansk Psykolog Forening ser positivt på at styrke forebyggelsen til borgere, herunder borgere med psykiske lidelser og borgere med både psykiske lidelser og et samtidigt alkohol- eller stofmisbrug – særligt i lyset af den stigende andel danskere der udvikler lidelser som angst, depression og stress. I Dansk Psykolog Forening er vi optagede af det nære sundhedsvæsen, både hvad angår et styrket samarbejde om forebyggelse af mistrivsel blandt børn og unge og styrket forebyggelse af psykiske lidelser hos voksne. 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.
- Fælles populationsansvar: 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.
- Manqlende finansiering: Sundhedsklyngerne understøttes med midler til udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer og indsatser. Dansk Psykolog Forening mener, at der fortsat udestår en varig løsning for finansiering af de udfordringer, som det samlede sundhedsvæsen står overfor 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 kassetækning i klyngerne mellem regioner og kommuner.

- Nationale kvalitetsstandarder: Sundhedsklyngerne skal gerne tilvejebringe en høj ensartet kvalitet på tværs af landet og derfor skal nye modeller for bedre patientforløb i klyngerne understøttes af nationale kvalitetsstandarder for forskellige forebyggelses- og behandlingsområder. Der er i dag eksempelvis stor geografisk variation i forhold til den forebyggende indsats og det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse og behandling af psykiske lidelser blandt børn og unge. Det kræver nationale kvalitetsstandarder at sikre et ensartet kvalitetsløft af forebyggelses- og behandlingsindsatsen overfor psykiske lidelser blandt andre behandlingsområder.

Med venlig hilsen
Dansk Psykolog Forening

Dea Seidenfaden
Fungerende formand, Dansk Psykolog Forening



Høringssvar om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Dansk Psykoterapeutforening ser overordnet positivt på udkastet til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.).

Det er positivt med et øget samarbejde mellem region, kommune og praksis. DPFO er også tilfredse med, at målet blandt andet er at styrke den tidlige og forebyggende indsats så tæt på borgeren som muligt. Efter Dansk Psykoterapeutforenings opfattelse bør forpligtelsen til at styrke tidlig borgernær forebyggelse fremhæves mere i lovforslaget, ligesom det er vigtigt, at lovændringen i praksis kommer til at støtte implementeringen af den kommende psykiatriplan.

DPFO ser også positivt på, at patientinddragelsesudvalget skal bruges mere aktivt og konsekvent af både sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalget.

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 deltager. 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.

I dag er der en tilbøjelighed til, at de ansatte, der i særlig grad lyttes til i sundhedsvæsenet, hovedsageligt er læger og i nogen grad sygeplejersker, hvilket hverken sikrer en tilstrækkelig bred afdækning af problemstillingerne eller en tilstrækkelig bred validering af løsningerne.

Dette er særligt vigtigt i denne forbindelse, da et af hovedformålet med lovændringen er at få flere af sundhedssystemets løsninger varetaget lokalt i nærmiljøet, i kommunerne, i hjemmet og virtuelt, hvorfor det ikke kun er læger, der kommer til at arbejde med løsningerne for borgerne.

På vegne af Dansk Psykoterapeutforening



Pia Clementsen, formand



Vibeke Lubanski, sekretariatschef



DASAMS
Dansk Samfundsmedicinsk Selskab

Til Sundhedsministeriet

17.03.2022

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Indledningsvis skal Dansk Selskab for Samfundsmedicin (DASAMS) konstatere, at forslaget er udsendt til høring i en meget omfangsrig kreds af interessenter, knap hundrede i henhold til høringslisten. DASAMS konstaterer endvidere, at høringslisten omfatter 8 lægevidenskabelige selskaber heriblandt dog ikke vores Selskab. I forbindelse hermed skal selskabet gøre opmærksom på, at vi er det lægevidenskabelige specialebærende selskab for læger, der varetager administrative medicinske opgaver vedr. bl.a. organisation af sundhedsvæsenet og socialmedicinske indsatser bl.a. i styrelser, regioner og kommunale institutioner. Selskabet finder det således ønskeligt, at man i relation til relevante lovforslag mv. overvejer fremtidigt at sætte selskabet på høringslisten.

For så vidt angår det pågældende lovforslag har DASAMS følgende bemærkninger.

Selskabet konstaterer, at man med lovforslaget tilstræber en forenkling og forbedring af indsatsen ved formalisering af sundhedsklynger relateret til de 21 akutsygehuse i form af politisk dialog og tæt fagligt strategisk samarbejde. Selskabet finder intentioner herom gode og væsentlige især i relation til behovet for en forbedret indsats med henblik på at mindske den eksisterende ulighed i sundhed. Samtidig finder vi det dog udfordrende med en del af de i høringsbrevet nævnte forventninger om overflytning af arbejdsopgaver og frigørelser af ressourcer i en tid med bl.a. begrænsede personaleressourcer i alle sektorerne. Selskabet finder således, at man bør sikre den mest effektive og kvalitets sikre udnyttelse af de eksisterende faglige personalemæssige ressourcer til gavn for patienterne.

Selskabet er enig i at sundhedsvæsenet står over for store og betydelige udfordringer. En særlig og desværre gammelkendt, men fortsat aktuel udfordring er problemet med sektorovergange. Sammenhængen i patientforløbene mellem sygehusvæsenet og overgangen til relevante tilbud i kommunerne opleves stadig som en udfordring for patienter med behov for opfølgende indsats i det kommunale system og i visse tilfælde også i relation til almen praksis. Omvendt efterspørger man i det kommunale system også øget faglig bistand fra sygehusvæsenet.

Selskabet vil herudover pege på, at behovet for at sikre kvalitet og sammenhæng i hele patientforløb ikke alene vedrører særlige patientgrupper fx. ældre eller kronisk syge men alle patienter med behov for ydelser og kvalificerede tilbud på tværs af regioner, kommuner og almen praksis. Det kan fx. også dreje sig om

ynge patienter, patienter med midlertidige optrænings- eller rehabiliteringsbehov, samt andre med funktionspåvirkning pga. helbredsproblemer, handicap eller andre komplekse livsomstændigheder.

DASAMS finder det i forbindelse hermed positivt og vigtigt, at man specifikt nævner det psykiatriske område og misbrugsområdet hvor der er store behov for såvel kapacitetsopbygning som udvikling af kvaliteten af tilbuddene og forbedring af samarbejdet om patienter i de forskellige sektorer.

For så vidt angår praksissektoren savner selskabet overvejelser i relation til tilbuddene i relation til visse sygdomsområder, som især varetages i speciallægepraksis i stort omfang, som øjenlæge og øre-næse-halslæge. Her er der ofte lange ventelister og ventetider for patienter mhp. at få foretaget relevante vurderinger og behandlinger. Det fremgår ikke, om der har været overvejelser om denne sektors rolle i forhold til klyngesamarbejde.

Selskabet 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.

Afsluttende konstaterer Selskabet, 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.

Selskabet har den principielle opfattelse at man bør søge evidens også for effekten af organisatoriske tiltag og skal derfor anbefale at der sikres ressourcer hertil.

På Selskabets vegne

Marianne Jespersen

Speciallæge i Samfundsmedicin

Næstformand i DASAMS

17. marts 2022

Til Sundhedsministeriet

Dansk Selskab for Almen Medicins (DSAM) høringssvar vedrørende udkast til Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

DSAM takker for invitation til deltagelse i høring om udkast til lovforslag om etablering af 21 sundhedsklynger. DSAM har følgende overordnede forslag og bemærkninger i relation til lovslaget fire hovedpunkter.

2.1 Etablering af Sundhedsklynger

- DSAM mener, at PLO skal repræsenteres i ledelsen af de 21 sundhedsklynger på *det politiske niveau*.

2.2 Etablering af sundhedssamarbejdsudvalg og nedlæggelse af sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg

- DSAM mener, at PLO skal være fast repræsenteret i samarbejdsudvalget, og såfremt PLO ikke repræsenteres i samarbejdsudvalget, mener DSAM ikke, at der kan være tale om samarbejde med almen praksis.

2.3 Patient- og pårørendeinddragelse

- DSAM støtter patient- og pårørendeinddragelse som foreslået i nærværende lovudkast.

2.4 Deling af data

- DSAM mener, at det i lovudkastet skal gøres klart, at det alene er hensigten, at strukturerede 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. Helt som det også fremgår af tidligere ministersvar.
- DSAM mener også, at det i lovudkastet skal gøres klart, at det ikke er hensigten, at brødteksten fra psykiatriske patientjournaler, psykologer eller misbrugscentre mm. skal stilles til rådighed i den fælles digitale infrastruktur (og derved i sundhedsklyngerne).

I det efterfølgende uddybes og begrundes DSAM's bemærkninger:

2.1 Etablering af Sundhedsklynger

DSAM vurderer, at etablering af 21 sundhedsklynger har potentiale til at sikre bedre samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis og måske endda kan frigøre ressourcer til patientbehandling på sygehus. For at sundhedsklyngerne kan blive en succes, kræver det et tæt og løbende samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Samtidig ser DSAM en fare for, at etableringen af denne nye struktur i en årrække kan føre til nedgang i effektivitet, forværring af arbejdsmiljø og nedsat patientsikkerhed. Hvis dette skal undgås, vil det kræve enorm omtanke, nøje planlægning og endda en smule held. DSAM vurderer, at denne omstrukturering i sundhedsvæsenet, så det primære sundhedsvæsen oprustes, så der kan spares i det sekundære sundhedsvæsen, er ganske nødvendig, men at projektet dog er oplagt risikabelt.

Denne risiko bliver med nærværende lovforslag om etablering af 21 sundhedsklynger endda forstærket, fordi der ikke lagt op til, at Praktiserende Lægers Organisation (PLO) skal sidde med fast på *det politiske niveau* sammen med regioner og kommuner.

Det fremgår af nærværende lovforslags bemærkninger på side 4, at det politiske niveau skal *"sætte retning for sundhedsklyngen, herunder igangsætte indsatser med omstilling til det primære sundhedsvæsen samt implementere og komme med input til sundhedsaftale efter sundhedslovens § 205"*, hvor det af sundhedslovens § 205 fremgår, at det er regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, som indgår sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Det fremgår ligeledes af lovbemærkninger på side 5, at *"repræsentanter fra praksissektoren, herunder almen praksis, vil skulle inddrages i arbejdet i det politiske niveau i relevant omfang, herunder ift. omstilling af behandling til det primære sundhedsvæsen, der medfører nye opgaver for almen praksis samt sundhedsklyngens input til sundhedsaftale."*

DSAM mener ikke, at man med nærværende lovforslag har fundet rette balance mellem ønsket om, at det politiske niveau på den ene side skal sætte retning mod omstilling til det primære sundhedsvæsen, og på den anden side skal arbejde efter sundhedslovens § 20. Den balance opnås bedre, hvis almen praksis får fast plads på det politiske niveau sammen med regioner og kommuner, men dog under forudsætning af at måtte forlade lokalet, når der eksempelvis skal besluttet om anvendelsen af prioriterede midler og lignende.

Uden fast forankring af almen praksis på politisk niveau er faren, at sygehuse og det kommunale sundhedsvæsen ikke struktureres, så primær sektor understøttes bedst muligt. Her er løbende og faste inputs fra almen praksis' perspektiv essentielle, for ellers bliver det svært at få primær sektor, og specielt almen praksis, til at rumme og løfte en voksende opgaveportefølje. Hvis ikke almen praksis sidder fast repræsenteret på det politiske niveau, er faren stor, for at for mange planer og tiltag, som i realiteten er vildskud, får luft under vingerne for siden at støde på grund, fordi det planlagte ikke kan lade sig gøre i almen praksis.

I sundhedsklyngerne vil man på det *faglige strategiske niveau* skulle tage hånd om borgere for at sikre konkrete løsninger og for at sikre sammenhæng, kvalitet og nærhed. Det faglige strategiske niveau vil skulle bestå af repræsentanter for regionen, kommunerne, almen praksis samt patienter og pårørende. Hvis ikke andet aftales, vil det faglige strategiske niveau skulle bestå af tre repræsentanter fra regionen, herunder det psykiatriske område, en repræsentant for hver af de deltagende

kommuner, to repræsentanter for almen praksis og to repræsentanter for patienter og pårørende. DSAM vurderer, at det ikke er tilstrækkeligt, at almen praksis deltager fast på dette underordnede niveau.

2.2 Etablering af sundhedssamarbejdsudvalg og nedlæggelse af sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg

DSAM støtter, at den nuværende politiske samarbejdsstruktur forenkles, ved at de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg, som findes i hver region, erstattes af et sundhedssamarbejdsudvalg.

Planen er, at dette Sundhedssamarbejdsudvalg skal bestå af tre repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, og en borgmester fra hver sundhedsklynge, og at sundhedssamarbejdsudvalget skal kunne inddrage repræsentanter for almen praksis og repræsentanter for patienter og pårørende i deres drøftelser, når det er relevant.

DSAM mener, at et samarbejdsudvalg ikke vil være balanceret, med mindre almen praksis er fast repræsenteret ved f.eks. PLO's deltagelse.

2.3 Patient- og pårørendeinddragelse

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.

2.4 Deling af data

Lovforslagets bemærkninger indeholder et afsnit om deling af data, som er relevant i sundhedsklyngernes arbejde. Lovforslaget indeholder strengt taget ikke ændringer af det juridiske grundlag for deling af data. Det fremgår af bemærkningerne, at den fælles digitale infrastruktur skal være en krumtap for datadeling i sundhedsklyngerne, og derved kan en lang række muligheder for datadeling, som i dag ikke er udmøntet, komme i spil.

Tilliden og trygheden i læge-patientforholdet er en forudsætning for alt lægearbejde. Derfor er alle danske patienter, på basis af tavshedspligten, sikret retten til et fortroligt og tillidsfuldt læge-patientforhold. Nærværende lovforslag om sundhedsklynger kan underminere læge-patientforholdet, fordi datadelingen i den fælles digitale infrastruktur, og derved sundhedsklyngerne, kan blive så omfattende, at tavshedspligten reelt ophæves.

Den praktiserende læge står ved indgangen til sundhedsvæsenet, og mange henvendelser drejer sig om forhold, der ikke er af helbredsmæssig karakter, og dermed ikke af interesse for det øvrige sundhedsvæsen. Det er eksempelvis ting af betydning for lægepatientrelation, familiære og sociale forhold med betydning for planlægning af indsatsen i praksis. Det er vigtigt, at patienten kan være tryg ved, at disse oplysninger forbliver der, hvor de skal bruges, og ikke deles bredt.

Dansk Selskab for Almen Medicin har længe gjort sig overvejelser vedrørende den fælles digitale infrastruktur. Disse bekymringer blev blandt andet italesat, da DSAM i oktober 2018 afgav høringssvar¹ vedrørende *Lov om ændring af sundhedsloven (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedr. børnevaccination)*. Et hovedelement i dette lovforslag var den fælles digitale infrastruktur. I januar 2020 afgav DSAM høringssvar² til *Udkast til bekendtgørelse om ikrafttræden af § 1, nr. 16, i lov om ændring af sundhedsloven samt udkast til bekendtgørelse om drift m.v. af den fælles digitale infrastruktur*. Endelig har DSAM 17. februar 2022 afgivet høringssvar³ vedrørende udkast til *Bekendtgørelse om drift m.v. af den fælles digitale infrastruktur*.

En rød tråd igennem alle høringssvar har været DSAM's stærke bekymring angående ministerens mulighed for egenhændigt i den fælles digitale infrastruktur at kunne samle hele den danske befolknings fortrolige helbredsoplysninger i en slags "superjournal" med meget bred adgang for nærmest alle ansatte i det danske sundhedsvæsen. Den bekymring har DSAM fortsat, og bemærkninger til dette lovforslag gør ikke bekymringen mindre.

I lovbemærkninger til nærværende lovforslag kan man blandt på side 13 for eksempel læse, "*Det følger bl.a. af forarbejderne til bestemmelsen, at alle systemer, der bruges til at dele oplysninger i sundhedsvæsenet, vil kunne tilknyttes den fælles digitale infrastruktur som kildesystemer efter den foreslåede bemyndigelsesbestemmelse*".

Bekymringen styrkes af, at det er sundhedsministeren alene, som sætter grænser for, hvor mange sundhedsoplysninger der kan samles i den fælles digitale infrastruktur, og at der derved findes potentiale for ophobning af en meget stor mængde sundhedsoplysninger samlet under Sundhedsdatastyrelsens suveræne dataansvar. Det mener DSAM fortsat er et problem. Det illustreres blandt andet ved bilag 1 til *Bekendtgørelse om drift m.v. af den fælles digitale infrastruktur*, der sætter nuværende grænser for de oplysninger, som kan samles i den fælles digitale infrastruktur, men som siden kan udvides af ministeren via nyt bilag til bekendtgørelsen, helt udenom nødvendig parlamentarisk debat og kontrol.

I DSAM mener vi ikke, at brødteksten i den praktiserende læges elektroniske patientjournal under nogen omstændigheder skal stilles til rådighed i den fælles digitale infrastruktur. I den forbindelse vil DSAM gøre opmærksom på, at dette, jævnfør forarbejdet til L127 *Lov om ændring af sundhedsloven (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedr. børnevaccination)*, netop ikke er hensigten med den fælles digitale infrastruktur. Af ministersvar til L127 spørgsmål 37 fremgår således, at "*Det er derfor alene hensigten at fastsætte regler om, at praksissektoren skal indberette strukturerede oplysninger, der er relevante for det samlede patientforløb*".⁴

DSAM vurderer ligeledes i relation til tavshedspligten, at brødteksten fra eksempelvis psykiatriske patientjournaler, psykologer eller misbrugscentre mm. ikke bør ophobes i den fælles digitale infrastruktur.

¹ https://www.dsam.dk/files/329/h105_2018_hoeringssvar.pdf

² https://www.dsam.dk/files/361/h113_2019_hoeringssvar.pdf

³ https://www.dsam.dk/files/402/h08_2022_hoeringssvar.pdf

⁴ <https://www.ft.dk/samling/20181/lovforslag/L127/spm/37/svar/1555158/2013583.pdf>

I den forbindelse finder DSAM det stærkt bekymrende at læse forarbejdet til L127 *Lov om ændring af sundhedsloven (Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet og påmindelser til forældre vedr. børnevaccination)*, hvor man om indberetningspligten til den fælles digitale infrastruktur af ministerens svar til L127 spørgsmål 50 kan læse, "Jeg kan bekræfte, at journalteksten fra sygehusjournaler, og herunder journaler fra psykiatrien, efter lovforslagets § 195, stk. 3, kan omfattes af indberetningspligten".⁵

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand, DSAM

⁵ <https://www.ft.dk/samling/20181/lovforslag/L127/spm/50/svar/1558818/2020026.pdf>

Fra: Ole Kirk <Ole.Kirk@regionh.dk>

Sendt: 11. marts 2022 15:47

Til: Marie P. Krabbe <mpk@DADL.DK>; DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>; Signe Struberga <SIST@SUM.DK>

Cc: bestyrelsen@infmed.dk

Emne: VS: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Kære Signe Struberga,
Kære Marie,

Mange tak for det tilsendte, som Dansk Selskab for Infektionsmedicin ingen kommentarer har til.

Mange hilsner

Ole

Ole Kirk
Formand for Dansk Selskab for Infektionsmedicin
Uddannelsesansvarlig overlæge, dr. med.
Adjungeret professor, Syddansk Universitet
Post-graduat klinisk lektor, Københavns Universitet
Afdeling for Infektionssygdomme 8632
Hjertecenteret
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Tel: +45 35 45 14 94 eller +45 23 22 88 41

Fax: +45 35 45 57 58

Fra: Marie P. Krabbe <mpk@DADL.DK>

Sendt: 11. marts 2022 15:37

Emne: VS: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Til de specialebærende selskaber inkl. sekretariater

Kære alle

Jeg er blevet opmærksom på, at kun en håndfuld selskaber er anført på høringslisten.

Derfor får I den nu herfra (også).

Såfremt man har kommentarer, foreslår jeg, at man sender dem direkte til ministeriet gerne med undertegnede cc.

Mh. Marie

Marie Pinholt Krabbe
Sekretariatschef
Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)
Kristianiagade 12, 2100 København Ø
Tlf. 35 44 84 06 - Mobil 23 71 33 40



Bestyrelsen marts 2022

Høring over Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

DSKO takker for denne høring og har følgende kommentarer:

Det bifaldes at der er fokus på det sammenhængende patientforløb, samt at lighed/ulighed i sundhed prioriteres.

Ad punkt 2.1.2.

Det fremstår ikke klart hvad der menes med *repræsentanter fra regionen*. Er der tale om sundhedsfagligt personale eller regionspolitikere?

Det bemærkes at der foreligger en klar beskrivelse af den politiske opbygning, samt af patient og pårørende. Praksislæger er nævnt, men det fremgår ikke at der skal deltage læger og sygeplejersker fra hospitalssiden.

DSKO anbefaler at for at sundhedsklyngerne og arbejdet i sundhedssamarbejdsudvalgene skal forankres i den daglige klinik, skal der et stort fokus på at inddrage den kliniske ekspertise fra hospitalsvæsnet i udvalgene.

DSKO anbefaler at det beskrives 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.

DSKO mener at hvis der skal fremkomme et relevant samarbejde på tværs af sektorer, er det af allerstørste vigtighed at alle sektorer er repræsenteret. Endvidere mener vi at tværfaglighed (sygeplejersker, læger mm) er essentiel inden for dette felt og vi mener at dette klart bør fremgå af ovennævnte forslag.


Venlig hilsen

Lotte Engell-Nørregård, formand for Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Dansk Selskab for Patientsikkerheds hørings- svar til forslag til lov om ændring af sundhedslo- ven – etablering af sundhedsklynger og sund- hedssamarbejdsudvalg m.v.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (herefter PS!) takker for muligheden for at afgive svar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven – etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Lovforslaget indbefatter, at:

- Etablering af sundhedsklynger
- Etablering af sundhedssamarbejdsudvalg og nedlæggelse af sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg
- Inddragelse af patientinddragelsesudvalget eller andre repræsentanter for patient og pårørende i drøftelser i sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger

Helt overordnet støtter PS! 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. Patienter har i dag komplekse behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Dette kalder på en høj grad af koordinering og samarbejde. Det er Dansk Selskab for Patientsikkerheds 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.

PS! har følgende kommentarer til forslaget om lovændring.

Etablering af sundhedsklynger – Hvordan understøttes samarbejde organisatorisk og kompetencemæssigt?

PS! er enig i præmissen om at flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme kræver et styrket samarbejde og sammenhæng og en gradvis omstilling til det primære sundhedsvæsen, således at flere opgaver kan varetages lokalt og med høj kvalitet.

Med en ny formaliseret struktur for samarbejde mellem sundhedsvæsenets sektorer lægges der op til øget samarbejde og flere nye tværsektorielle og sammenhængende indsatser og initiativer på tværs af sektorer.

I lovforslaget står det dog ikke beskrevet, hvordan de nye indsatser og samarbejder skal understøttes organisatorisk og kompetencemæssigt.

Vi ved fra andre tværsektorielle projekter, at det tager tid og ressourcer at udvikle tværsektorielle samarbejder og kompetencer, der gavner borgerne, netop fordi aktører, der ikke tidligere har samarbejdet, skal lære hinanden at kende, udvikle nye arbejdsgange og processer og

tilegne sig nye kompetencer i at arbejde på tværs. De tværsektorielle samarbejder kommer ikke af sig selv, men kræver målrettede investeringer og ressourceallokering.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har tidligere udarbejdet 9 anbefalinger til Det Nationale Kvalitetsprogram, hvor der stilles skarpt på forbedringer, der kan understøtte endnu bedre resultater for borgere og patienter, herunder sammenhæng og tværsektorielt samarbejde. Anbefaling 6 stiller bl.a. skarpt på, at der i det nuværende kvalitetsarbejde ikke er en klar strategi for at understøtte medarbejdernes forbedringskompetencer på tværs af sundhedsvæsenet. Det anbefales 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.**

Overvågning af kvaliteten og patientsikkerheden

I lovforslaget står det heller ikke beskrevet, hvordan sundhedsklyngerne skal overvåge kvaliteten af behandlingen og hvilke data, der skal danne grundlag for de fælles indsatser og initiativer, der igangsættes lokalt.

Når der skal igangsættes effektive indsatser i sundhedsvæsenet er det vigtigt at vi har et datagrundlag at handle ud fra. På nuværende tidspunkt er der i f.eks. det Nationale Kvalitetsprogram ikke mål og indikatorer, der afspejler kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde. Det er vigtigt at sundhedsklyngerne har indikatorer og data, der har fokus på kvaliteten af samarbejdet mellem sektorerne for at kunne vurdere, hvor det giver mest mening at igangsætte indsatser. Her kunne der f.eks. etableres fælles mål og indikatorer, der går på tværs af sektorer. Det kunne f.eks. være medicinfejl i overgange.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed opfordrer til, at der internt i de enkelte sundhedsklynger hurtigst muligt igangsættes et arbejde for at etablerer meningsfulde indikatorer for kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde og for patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet. Fælles indikatorer for kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde vil også give borgerne et bedre indblik i kvaliteten på tværs af region, kommune og almen praksis. Det kunne overvejes at gøre dette til en del af den kommende kvalitetsplan eller inkludere det i en opdatering af det nuværende Nationale Kvalitetsprogram. Når dette er sagt er det selvfølgelig stadig vigtigt at de enkelte sundhedsklynger kan handle på forskellige, lokale udfordringer, men det ændrer ikke på at der skal være et solidt datagrundlag for at vurdere kvaliteten på tværs.

Anbefaling 7 i Dansk Selskab for Patientsikkerheds anbefalinger til Det Nationale Kvalitetsprogram er at målene og indikatorerne i kvalitetsprogrammet i højere grad skal sætte fokus på kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde. Det vil kunne hjælpe sundhedsklyngerne med at være mere målrettede i deres indsatser og initiativer.

Hvordan involveres patienter og pårørende?

I lovforslaget er det beskrevet, at hver sundhedsklynge vil skulle fungere på to niveauer – et politisk niveau og et fagligt strategisk niveau.

For det politiske niveau står det nævnt at repræsentanter for patienter og pårørende vil skulle inddrages i relevant omfang, da patienternes perspektiv og erfaringer er et central element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb. PS! 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, anbefaler PS! at patienter og pårørende altid er en del af den politiske dialog. Patienter og pårørende kan pege på processer, der giver værdi, men også på processer og behandlinger, der ikke giver værdi.

PSI står til rådighed for yderligere input, hvis det ønskes. Vedlagt er anbefalinger til Det Nationale Kvalitetsprogram.

På vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Jens Reventlov

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
15. marts, 2022

Anbefalinger til forbedring af Det Nationale Kvalitetsprogram (Godkendt version, juni, 2021)

Baggrund og proces:

Det Nationale Kvalitetsprogram er under evaluering, og Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse har besluttet, at der skal udarbejdes anbefalinger til, hvordan Det Nationale Kvalitetsprogram kan forbedres og i højere grad inkludere principper, der kan styrke arbejdet med patientsikkerhed og sikre et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Det er bestyrelsens vurdering, at selskabet som en uafhængig organisation og katalysator for patientsikkerhed og kvalitet i det danske sundhedsvæsen, bør stille skarpt på, hvordan kvalitetsprogrammet i endnu højere grad kan understøtte en forbedrings- og patientsikkerhedskultur, hvor sundhedsvæsenet kontinuerligt søger at minimere patientskade og løbende lærer af fejl, taler åbent om dem og arbejder systematisk med at forhindre at de sker igen.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har på baggrund af et 12-12-seminar i august, drøftelser med selskabets bestyrelse, selskabets strategiske samarbejdspartner Institute for Healthcare Improvement og med Patientsikkerhedsrådet udarbejdet et sæt anbefalinger til forbedringer af Det Nationale Kvalitetsprogram

Anbefalingerne er efterfølgende sendt i høring hos selskabets bestyrelsesorganisationer, hos de inviterede gæster til 12-12-seminaret, til Patientsikkerhedsrådet og til Temagruppen for Kvalitet. Anbefalingerne er tiltrådt af Dansk Selskab for Patientsikkerheds bestyrelse d. 4. juni, 2021.

Hvorfor har vi et kvalitetsprogram?

Danske Regioner, Regeringen og KL lancerede i 2015 Det Nationale Kvalitetsprogram. Det Nationale Kvalitetsprogram består af:

- 8 nationale mål for sundhedsvæsenet,
- lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder
- et nationalt ledelsesprogram
- værdibaseret styring
- et systematisk arbejde med at styrke patient- og pårørendeinddragelse.
- samt et større fokus på systematisk dataunderstøttelse, der skulle bidrage til at skabe et mere datadrevet og patientcentreret sundhedsvæsen.

Formålet med Det Nationale Kvalitetsprogram var at skabe større værdi for patienten ved at understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen med fokus på de resultater, der har betydning for patienten. Samtidig skulle programmet understøtte, at der leveres mest sundhed for pengene.

Da kvalitetsprogrammet blev lanceret blev det også præciseret, at kvalitetsprogrammet ikke et 'færdigt produkt', men et program, der løbende skal udvikles og konkretiseres af de relevante parter, så der hele tiden sikres en moderne ramme for udviklingen af sundhedsvæsenet.

Kvalitetsprogrammet er således et program, der løbende skal udvikles og konkretiseres af sundhedsvæsenets parter, så det hele tiden modsvarer sundhedsvæsenets udfordringer og problemer. Anbefalingerne her er et udtryk for dette.

Hvad skal en forbedring af kvalitetsprogrammet bidrage til?

Der er igennem de seneste 20 år sket store forandringer og forbedringer i sundhedsvæsenet og der er igangsat mange tiltag for at højne og sikre kvaliteten og patientsikkerheden.

Der er med kvalitetsprogrammet, der blev lanceret i 2015, skabt en visionær ramme for kvalitetsarbejdet i Danmark, der har medført et nyt styringsparadigme i kvalitetsarbejdet væk fra akkreditering, proceskrav og regelstyring. Der er med kvalitetsprogrammet med de 8 nationale mål skabt en åben ramme for kvalitets- og forbedringsarbejdet, hvor man lokalt kan finde frem til, hvordan man opnår de gode løsninger og resultater for patienter og borgere.

Når man kigger på indikatorerne for de nationale mål går udviklingen generelt også den rigtige vej. Der ses f.eks. en generel forbedring af middellevetid, øget patientinddragelse og kræftoverlevelse¹. Det er positivt. Men på trods af en positiv udvikling, så kan udviklingen gå hurtigere. Sundhedsvæsenet skal i endnu højere grad udvikle sig til at blive endnu mere personcentreret, sikkert, effektivt og samarbejdende på tværs af enheder og sektorer.

I sundhedsvæsenet er der stadig kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer. Patienter og borgere bliver stadig udsat for fejl og skader i sundhedsvæsenet, de oplever stadig mangelfuld behandling, overbehandling og ineffektive processer og manglende sammenhæng i forløbene. Og de bliver stadig ikke systematisk inddraget i egen behandling.

Der er lommer af excellent praksis, men resultater og forbedringer bliver ikke systematisk spredt til det øvrige sundhedsvæsen. Der er samtidig store forskelle i kvalitets- og forbedringskulturen, når der kigges rundt i sundhedsvæsenet.

Samtidig står sundhedsvæsenet overfor en række nye udfordringer, der ikke i samme omfang var aktuelle i 2015, der kan ændre betingelserne for kvalitets-, forbedrings- og patientsikkerhedsarbejdet.

Sundhedsvæsenet oplever flere steder mangel på kvalificeret arbejdskraft, flere steder rapporteres der om et presset arbejdsmiljø og der er også udfordringer i forhold til patientsikkerhedskulturen i sundhedsvæsenet, hvor sundhedspersoner flere steder ikke oplever psykologisk tryghed i forhold til at tale om fejl.

Samtidig har coronakrisen måske for altid ændret det danske samfund og har også medført teknologiske udviklinger, der har ændret mulighederne for at tilbyde pleje, omsorg og behandling i sundhedsvæsenet.

Der stilles med disse anbefalinger skarpt på forbedringer af det nuværende kvalitetsprogram, der kan understøtte endnu bedre resultater for borgere og patienter. Anbefalingerne skal ses som inspiration til, hvordan der kan arbejdes videre med at videreudvikle og forbedre kvalitetsprogrammet.

¹ <https://www.regioner.dk/media/11507/majopdatering-til-hjemmeside1.pdf>

Overordnet formål med anbefalingerne:

Kvalitetsprogrammet skal løbende udvikles og konkretiseres af sundhedsvæsenets parter, så det hele tiden modsvarer sundhedsvæsenets udfordringer og problemer. Anbefalingerne her er et udtryk for en række perspektiver på, hvordan det nationale kvalitetsprogram som en overordnet ramme for kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen i højere grad kan:

- fremme en forbedrings- og patientsikkerhedskultur i alle dele af sundhedsvæsenet
- fremme kvalitet og patientsikkerhed i et mere sammenhængende sundhedsvæsen.
- Understøtte anvendelsen af "realistic medicine" – det vil sige at yde pleje og behandling, som giver ægte værdi for patienterne, og at begrænse overbehandling, unødige indgreb og medicin, som patienterne ikke har gavn af²

Der skelnes mellem overordnede anbefalinger til kvalitetsprogrammet. De overordnede anbefalinger skal ses som pejlemærker og inspiration for, hvordan der kan arbejdes videre med at videreudvikle og forbedre det nationale kvalitetsprogram for at bringe kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet til et nyt og forbedret niveau.

Dertil kommer en række specifikke og konkrete anbefalinger til det eksisterende kvalitetsprogram, der beskriver anbefalinger til her og nu forbedringer.

Her følger en oversigt over de samlede anbefalinger.

Overordnede anbefalinger:

1. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at have patientsikkerhed som et selvstændigt mål og der bør overvejes nye indikatorer for patientsikkerhed
2. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at have fokus på nye kvalitetsdimensioner – Kvalitet starter ved personalet
3. Kvalitetsprogrammet skal have fokus på at mindske ulighed i sundhed
4. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at oprette et nationalt kvalitetsforum
5. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at skabe en overordnet, national ramme for de ledelsesmæssige kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet
6. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at udvikle en national plan for udviklingen af forbedringskompetencer på tværs af sundhedsvæsenet

Konkrete anbefalinger til forbedringer:

7. Målene og indikatorerne i kvalitetsprogrammet skal i højere grad sætte fokus på kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde, i kommunerne og i almen praksis.
8. Kvalitetsprogrammet skal i endnu højere grad arbejde systematisk med PRO-data fra borgere og pårørende i udviklingen af forbedring af kvalitet og med brugen af nye teknologiske løsninger til at indsamle feedback.

² <https://patientsikkerhed.dk/skotland-har-kurs-mere-realistisk-sundhedsvaesen/>

9. Kvalitetsprogrammet skal løbende evaluere på sine indsatser for at se effekten – Vi skal vide, hvad der virker og hvad der ikke virker!
Kvalitetsprogrammet skal have en evaluerings- og forskningsstrategi

Overordnede anbefalinger

De overordnede anbefalinger skal ses som pejlemærker og inspiration for, hvordan der kan arbejdes med at videreudvikle og forbedre det nationale kvalitetsprogram for at bringe kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet til et nyt og forbedret niveau.

1. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at have patientsikkerhed som et selvstændigt mål og der bør overvejes nye indikatorer for patientsikkerhed

Kvalitetsprogrammet har forbedret overlevelse og patientsikkerhed som et overordnet mål. Kvalitetsprogrammet skal have et mere eksplicit fokus på patientsikkerhed.

I andre lande ses der f.eks. et meget stærkt fokus på nationalt plan for at styrke patientsikkerheden. I Portugal er der f.eks. udarbejdet en national patientsikkerhedsplan med 9 nationale patientsikkerhedsmål.³

I den portugisiske patientsikkerhedsplan er der f.eks. fokus på følgende patientsikkerhedsmål:

- At forbedre den kirurgisk sikkerhed
- At forbedre medicinsikkerheden
- At reducere forekomsten af fald
- At reducere forekomsten af tryksår
- At reducere forekomsten af infektioner.

Patientsikkerhed bør være et selvstændigt og overordnet mål med underliggende indikatorer. Det vil også være med til at afspejle betydningen af patientsikkerheden for sundhedsvæsenet. Der bør desuden overvejes nye patientsikkerhedsindikatorer, der indgår under patientsikkerhed som mål.

I en dansk kontekst ses der stadig store problemer med f.eks. medicinsikkerhed og infektioner. Der er enighed om at de nationale mål i højere grad også bør have fokus på indikatorer, der ser på patientsikkerheden. Det kunne f.eks. være at der løbende måles på medicinsikkerheden, herunder forekomsten af obstipation og blødninger.

Patientsikkerhedskulturmålinger kunne også indgå som en indikator for det nationale mål om patientsikkerhed. Patientsikkerhedskulturen er reel indikator for niveauet af patientsikkerhed. Det kunne f.eks. være en årlig måling, som det ses med LUP'en.

Her er det naturligvis vigtigt at overveje, hvordan indikatorerne for patientsikkerhed bliver designet på tværs af patientforløb og på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet, så det dækker såvel sygehus, kommunerne og i almen praksis. Det er vigtigt, at nye indikatorer giver mening i de organisatoriske enheder, de skal omfatte.

Det er også vigtigt at målene og indikatorerne afspejler den virkelighed som sundhedsvæsenet møder. Samfund, sundhedsvæsen og teknologi udvikler sig og ændrer også den opgave og de udfordringer, som sundhedsvæsenet møder. Fremadrettet vil langt mere behandling foregå i hjemmet og via nye tekniske

³ [Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](http://Direção-Geral da Saúde (dgs.pt))

løsninger. Dette medfører også nye patientsikkerhedsrisici og det skal også afspejle sig i kvalitetsprogrammet.

Kvalitetsprogrammet bør således undersøge mulighederne for at have patientsikkerhed som et selvstændigt mål og der bør ses på nye indikatorer for måling af patientsikkerhed, der også er tilpasset den kontekst som sundhedsvæsenet møder i dag og i fremtiden.

I udformningen af disse anbefalinger er der en bevidsthed om at det samlede antal mål og indikatorer skal være overskueligt for sundhedsvæsenet. Der er derfor et behov for at man løbende evaluerer om de gældende mål og indikatorer er relevante for den virkelighed som sundhedsvæsenet møder. Kvalitetsprogrammet bør derfor løbende se på om der skal ske en justering af de eksisterende mål og indikatorer.

2. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at have fokus på nye kvalitetsdimensioner – Kvalitet starter ved personalet

I kvalitetsprogrammet er det beskrevet, at ambitionen med kvalitetsprogrammet bl.a. er at forbedre den patientoplevede kvalitet, at forbedre sundheden hos befolkningen og at skabe mere sundhed for pengene.

Forudsætningen for disse ambitioner er, at medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet har et godt arbejdsmiljø – både fysisk og psykisk.

Coronakrisen og den bratte omstilling af samfund og sundhedsvæsen har vist, at medarbejdernes sikkerhed og arbejdsmiljø er forudsætningen for at sikre kvalitet og sikkerhed i pleje og behandling af borgerne.

Vi ved, at udbændthed og stress er et stigende problem, der har konsekvenser for jobtilfredshed og kan føre til kvalitetssvigt. Vi har i store dele af det danske sundhedsvæsen også store udfordringer med at rekruttere og fastholde kvalificeret arbejdskraft, der igen kan påvirke kvaliteten. Vi ved omvendt at tilfredse og glade medarbejdere også bidrager til bedre kvalitet og sikkerhed.

Kvalitetsprogrammet skal have som et af sine mål at forbedre personalets arbejdsmiljø – både fysisk og psykisk.

Det bør undersøges, hvordan personalets trivsel som et selvstændigt kvalitetsmål kan indgå i kvalitetsprogrammet. Medarbejdernes trivsel og psykologiske sundhed er en nødvendighed, når kvaliteten og borgernes og patienternes sikkerhed skal være i top. Personalets arbejdsmiljø – fysisk og psykisk – bør være et selvstændigt nationalt mål.

Der bør således være indikatorer, der kan afspejle arbejdsmiljøet i sundhedsvæsenet. Det kunne f.eks. være, at der måles systematisk på den eksisterende patientsikkerhedskultur, på voldsepisoder, på arbejdsskader, på arbejdsglæde mv.

3. Kvalitetsprogrammet skal have fokus på at mindske ulighed i sundhed

Det er væsentligt, at kvaliteten i det danske sundhedsvæsen løftes for alle. Vi ved at køn, etnicitet, økonomi, uddannelsesniveau, pårørende og geografi bl.a. er afgørende for borgernes sundhed. Uligheden i sundhed kommer til udtryk igennem hele sygdomsforløbet: Diagnosticering, behandling, overlevelse og rehabilitering, hvor der er forskelle i kvaliteten afhængigt af bl.a. din indkomst, din uddannelse og hvor i landet du bor.

På nuværende tidspunkt mangler der ensretning, kontinuitet og systematik i indsatsen for at mindske ulighed i sundhed i det danske sundhedsvæsen. Der er et behov for at der sættes et nationalt fokus på udfordringerne og der er behov for en systematisk monitorering på ulighed i sundhed i det danske sundhedsvæsen.

Der er brug for en langt mere ambitiøs tilgang til arbejdet med den sociale ulighed i sundhed – og en mere ambitiøs brug af den data, som allerede indsamles i dag.

Kvalitetsprogrammet bør have social ulighed i sundhed som et overordnet mål. Det vil være med til at sætte et større fokus på området og vil skabe et større incitament til forbedring og sammentænkning af indsatser.

4. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at oprette et nationalt kvalitetsforum

Der er i kvalitetsarbejdet et behov for at koordinere større kvalitetsinitiativer på tværs af sundhedsvæsenets sektorer – både nationalt, regionalt og kommunalt. Det danske sundhedsvæsen skaber mange flotte resultater på tværs af sundhedsvæsenet, men initiativerne er sporadiske og bidrager ikke i tilstrækkelig grad til kvalitetsforbedring på tværs af sundhedsvæsenet.

Det foreslås, at der undersøges mulighederne for at oprette et nationalt kvalitetsforum i regi af kvalitetsprogrammet, der drøfter og beslutter igangsættelsen og prioriteringen af større nationale kvalitetsinitiativer, der kan arbejdes med på tværs af sundhedsvæsenet.

Der er opfattelsen, at der er et behov for, at der skal ske en større styring og koordinering af hvilke nationale kvalitetsinitiativer, der arbejdes med på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Dette for at understøtte en ensartet og høj kvalitet på tværs af landet og for at der ikke sker overlap og dobbeltarbejde imellem sundhedsvæsenets aktører, der forhindrer fremgang og er spild af ressourcer. En stærkere struktur og organisering af nationale kvalitetsinitiativer kan også bidrage til at understøtte identifikationen og spredningen af best practice.

Repræsentanter fra både stat, regioner, kommuner, almen praksis skal bl.a. indgå i det nationale kvalitetsforum. Borgerne skal have en central plads i planlægningen og prioriteringen af de nationale kvalitetsinitiativer, og dermed i forummet. Der skal desuden inddrages, og evt. være repræsentation fra faglige selskaber, understøttende enheder og forskningsinstitutioner.

Kommunerne skal desuden have en ligeså fremtrædende rolle i planlægningen og prioriteringen af nationale kvalitetsinitiativer som regionerne. Kommunerne har en stor rolle i leveringen af pleje og omsorg til borgerne.

5. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at skabe en overordnet, national ramme for de ledelsesmæssige kompetencer i sundhedsvæsenet

Kvalitetsprogrammet har sat et vigtigt fokus på ledelsens rolle i udviklingen af kvalitet og patientsikkerhed. Det gøres bl.a. via det nationale lederprogram.

Ledelse er en vigtig komponent i det fremadrettede forbedrings- og kvalitetsarbejde i det danske sundhedsvæsen. Det danske sundhedsvæsen bør i endnu højere grad

understøtte dette. Det er veldokumenteret, at ledelse har betydning for patient outcome, tilfredshed, medarbejdertrivsel. Det er opfattelsen, at kvalitetsprogrammet er et oplagt ramme for at understøtte god ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet og der er enighed om at kvalitetsprogrammet i højere grad skal tage stilling til, hvilke kompetencer, der forventes at lederne har i sundhedsvæsenet, der kan fremme kvalitets- og forbedringsarbejdet. Der er enighed om at ledere i alle dele af sundhedsvæsenet skal understøtte:

- At der arbejdes systematisk og proaktivt med data og forbedringer
- En åben forbedringskultur, hvor der tales åbent om de fejl og skader
- Psykologisk tryghed og et sikkert arbejdsmiljø for de ansatte
- At der arbejdes systematisk med patient- og pårørendeinddragelse

Det er anbefalingen, at der i regi af kvalitetsprogrammet undersøges mulighederne for at skabe en overordnet fælles national ramme, der definerer de ledelsesmæssige kompetencer, der er nødvendige for at understøtte en forbedring af kvalitet og forbedringer på tværs af sundhedsvæsenet.

Der er behov for at få etableret en fælles ramme for forventningerne til ledere på alle niveauer og på tværs af hele sundhedsvæsenet. I denne ramme er det også vigtigt også at indtænke, hvordan lederne på tværs af sundhedsvæsenet kan understøtte det tværsektorielle samarbejde, der stadig er en stor udfordring i det danske sundhedsvæsen.

Her kunne der indledningsvis ses på konkrete eksempler på, hvordan man lokalt i det danske sundhedsvæsen har opbygget ledelseskompeter systematisk.

Med en national ramme kan der stilles krav til alle typer af lederuddannelser om de kompetencer, der forventes at lederne besidder forskellige steder i sundhedsvæsenet og på forskellige niveauer.

6. Kvalitetsprogrammet skal undersøge mulighederne for at udvikle en national plan for udviklingen af forbedringskompetencer på tværs af sundhedsvæsenet

Forbedringskapaciteten i kvalitetsprogrammet er på nuværende tidspunkt utilstrækkelig. I publikationen "Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsområdet 2015-2018" står det at der skal udvikles en forbedringskultur, *hvor kvalitetsforbedringer er naturligt indlejret i det daglige arbejde*. En forbedringskultur ikke opstår af sig selv. Der skal målrettede initiativer til.

Uddannelse, kompetenceudvikling og læring er en forudsætning for udviklingen af kvalitetsprogrammet og for udvikling af en forbedringskultur, som er en af kvalitetsprogrammets ambitioner.

Der er på nuværende tidspunkt ikke en klar strategi i kvalitetsprogrammet for at understøtte medarbejdernes forbedringskompetencer på tværs af sundhedsvæsenet. Det er perspektivet, at forbedringsmetoder og forbedringskompetencer stadig ikke anvendes systematisk på tværs af sundhedsvæsenet.

Erfaringer fra forbedringsprojektet som f.eks. I sikre hænder, Sikker Psykiatri, Patientsikkert Sygehus viser, at forbedringskompetencer skal forankres på tværs af organisationen – fra top til bund. Det nuværende kvalitetsprogram indeholder ikke på

nuværende tidspunkt en klar strategi for, hvordan medarbejdere tilegner sig, udvikler og anvender forbedringskompetencer i deres daglige arbejde på alle niveauer af organisationen.

Der er på nuværende tidspunkt stor forskel på kvalitetskulturen, når man kigger rundt i sundhedsvæsenet.

Kvalitetsprogrammet bør indeholde en klar national plan for, hvordan sundhedsvæsenet kan udvikle sine forbedringskompetencer. Det er anbefalingen, at der undersøges mulighederne for at udarbejde en fælles plan for, hvordan forskellige dele af sundhedsvæsenet indenfor en årrække kan opbygge sine forbedringskompetencer. Der bør desuden arbejdes med en klar plan for, hvordan det sikres at sundhedsprofessionelle, der arbejder med patient- og borgerkontakt uddannes i systematisk borger- og pårørendeinddragelse.

Den nationale plan for udviklingen af forbedringskompetencer bør tage udgangspunkt i at personalet arbejder med lokale problemstillinger, der tager udgangspunkt i deres egen hverdag. Dette vil også være med til at skabe et lokalt ejerskab til den nationale plan og vil være med til understøtte lokale forbedringer.

Der kan med fordel kigges på, hvordan andre kommuner og regioner systematisk har arbejdet med at udbrede forbedringsmodellen og forbedringskompetencerne internt i deres organisationer.

Frederiksberg Kommune er f.eks. i gang med at udbrede forbedringsmetoderne til ikke bare den sundhedsmæssige forvaltning, men også i social- og beskæftigelsesforvaltningen.

Det bør overvejes om det kan sammentænkes med de lokale sundhedsaftaler, så man udnytter den etablerede kapacitet i regioner og på hospitaler til at understøtte kommunernes og almen praksis arbejde med at udvikle forbedringskompetencer.

Konkrete anbefalinger til forbedringer:

Konkrete anbefalinger til det eksisterende kvalitetsprogram, der beskriver anbefalinger til her og nu forbedringer.

7. Målene og indikatorerne i kvalitetsprogrammet skal i højere grad sætte fokus på kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde, i kommunerne og i almen praksis

Det er helt afgørende at kvalitetsprogrammet understøtter udvikling af patientsikkerhed og kvalitetsudvikling i alle dele af sundhedsvæsenet. Der mangler på nuværende tidspunkt mål og indikatorer i kvalitetsprogrammet, der belyser kvaliteten dels i det tværsektorielle samarbejde, dels i kommunerne og dels i almen praksis.

Kvalitetsprogrammet skal fokusere på hele patientforløbet og hele sundhedsvæsenet. På nuværende tidspunkt afspejler målene og indikatorerne i de nationale mål f.eks. ikke vigtige problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde og indikerer ikke om der er positiv udvikling i sammenhængen i sundhedsvæsenet. Indikatorerne i kvalitetsprogrammet skal også have fokus på kvaliteten af samarbejdet mellem sektorerne. Her kunne der f.eks. etableres fælles mål og indikatorer, der går på tværs af alle sektorer. Det kunne f.eks. være medicinfejl i overgange.

Der er også behov for flere mål og indikatorer, der belyser almen praksis og kommunernes indsats. Der arbejdes i øjeblikket i det nationale kvalitetsprogram med at udvikle indikatorer målrettet almen praksis⁴. Der er bl.a. arbejde i gang i forhold til indikatoren:

- Indløste recepter på antibiotika i almen praksis

Men der er ikke nok mål og indikatorer, der viser kvaliteten i almen praksis. Der måles f.eks. ikke i det nationale kvalitetsprogram på patienttilfredsheden i almen praksis. Der er således et stort behov for at udvikle både mål og indikatorer for kvaliteten i almen praksis. Målene og indikatorerne skal belyse de mange aspekter, der er i arbejdet med patientbehandlingen i almen praksis. Der mangler desuden mål og indikatorer i kvalitetsprogrammet, der belyser kommunernes indsats.

Kommunerne har en stigende rolle i forhold til rehabilitering, sygepleje og behandling. Indikatorerne i kvalitetsprogrammet skal i højere grad favne de udfordringer, som det kommunale sundhedsvæsen ser ind i med flere ældre og kroniske syge borgere og et sundhedsvæsen, der i højere grad kommer til at foregå i det nære sundhedsvæsen.

Flere mål og indikatorer for kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde, i almen praksis og i kommunerne vil også kunne understøtte et større ejerskab til arbejdet med kvalitet hos kommuner, i almen praksis og på kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde.

Der er en bevidsthed om at det samlede antal mål og indikatorer skal være overskueligt for sundhedsvæsenet, men der er ikke nok data til at vurdere niveauet og udviklingen af kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde, i almen praksis og i kommunerne.

Det foreslås, at der igangsættes et målrettet arbejde for at udvikle meningsfulde mål og indikatorer for kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde, for almen praksis og for kommunerne, så der kan fås en klarere indikation på udviklingen i kvaliteten og patientsikkerheden. Det bør desuden overvejes om kvalitetsprogrammet kan inkludere flere mål indikatorer, der måler på udviklingen i den overordnede folkesundhed.

8. Kvalitetsprogrammet skal i endnu højere grad arbejde systematisk med PRO-data fra borgere og pårørende i udviklingen af forbedring af kvalitet og med brugen af nye teknologiske løsninger til at indsamle feedback

Kvalitetsprogrammet skal i endnu højere grad understøtte patientinddragelse og øget brugerstyring. I kvalitetsprogrammet er det beskrevet, at udgangspunktet for behandling og pleje skal være patienternes behov og livssituation og at sætte patienten i centrum for behandlingen kræver viden om, hvad der er vigtigt for patienten⁵. Patienter og pårørende kan have særlige forudsætninger for at prioritere og vurdere dele af sundhedsvæsenets ydelser og forløbet i sundhedsvæsenet, fordi de oplever hele patientforløbet. I sundhedsvæsenet gennemføres der såkaldte

⁴ https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2019/Nationale-maal-for-sundhedsvaesenet-2019/Nationale-Maal-2019-pub.pdf

⁵ https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsomraadet/Nationalt%20kvalitetsprogram%20for%20sundhedsomr%C3%A5det%20-%20april%202015.pdf

patientrapporterede oplysninger (PRO)undersøgelser, hvor patienterne vurderer helbredsresultatet løbende og efter deres behandling i sundhedsvæsenet. Der oprettes løbende PRO-undersøgelser på sygdomsområder. Men udviklingen går for langsomt og der arbejdes ikke systematisk med PRO-undersøgelserne på tværs af sundhedsvæsenet. PRO-data kan give værdifuld viden og data om, hvad der virker og ikke virker i behandlingsforløb direkte fra patienterne og kan være et godt dialog redskab til at skabe en mere patientcentreret behandling.

Kvalitetsprogrammet skal arbejde endnu mere systematisk og hurtigere med PRO-data for forskellige sygdomsområder. Udviklingen med PRO-data for de forskellige sygdomsområder skal gå hurtigere og der skal være en national strategi for, hvordan sundhedsvæsenet bruger PRO-data i patient- og borgerbehandlingen, til kvalitetsopfølgning og -udvikling og til patient- og pårørendeinddragelse. På den måde kan PRO-data være med til at understøtte en endnu højere grad af patientinddragelse og brugerstyring.

Ved en større brug af PRO-data vil der også være et behov for at sundhedsvæsenet arbejder systematisk med at sikre, at borgernes valg, ønsker og præferencer rent faktisk implementeres i praksis.

Nye teknologier bør i højere grad indgå som et værktøj til at indsamle data og feedback til sundhedsvæsenet. Nye teknologier og nye medier kan være med til at samle data af hele patientens forløb. Det bør kvalitetsprogrammet understøtte.

Der bør således også arbejdes endnu mere målrettet med telemedicinske initiativer, der kan indsamle data fra patienter, borgere og pårørende. Coronakrisen har vist, at sundhedsvæsenet hurtigt kan omstille sin behandling- og pleje til digitale løsninger og platforme. Der er et momentum i forhold til at udnytte mulighederne i digitale værktøjer.

Der er behov for, at kvalitetsindsatser ikke alene kan igangsættes, hvis de er knyttet op på data fra kliniske databaser, da mange store kvalitetsbrist vedrørende medicin, infektioner, diagnoser mv ikke er rummet i databaserne i tilstrækkeligt omfang.

9. Kvalitetsprogrammet skal løbende evaluere på sine indsatser for at se effekten – vi skal vide, hvad der virker og hvad der ikke virker!

Kvalitetsprogrammet skal have en evaluerings- og forskningsstrategi

Kvalitetsprogrammet skal løbende se på effekten af sine initiativer. Det er vigtigt at sundhedsvæsenet ved, hvad der virker og hvad der ikke virker.

Kvalitetsprogrammet og de kvalitetsinitiativer, der bliver iværksat, skal evalueres og vi skal vide, hvad initiativerne betyder for borgerne og i den lokale kontekst, de bliver udført. Mange af de kvalitetsinitiativer, der er iværksat, er aldrig evalueret, og der mangler decideret forskning på området. Dette indebærer, at vi reelt ikke ved, om initiativer har effekt. Sundhedsvæsenet risikerer derved at bruge ressourcer på initiativer, der ikke fører til forbedret kvalitet og dermed heller ikke til mere sundhed for patienterne. Der således et behov for mere evidensbaseret viden om hvilke metoder og tilgange, der virker og under hvilke forudsætninger.

Kvalitetsprogrammet og dets indsatser bør løbende evalueres for at se deres effekt på kvaliteten og patientsikkerheden. Der bør desuden ses på en forskningsmæssig

evaluering af større kvalitetsinitiativer. Det er således anbefalingen, at kvalitetsprogrammet også indeholder en klar evaluerings- og forskningsstrategi.

I evaluerings- og forskningsstrategien er det desuden vigtigt at kunne formidle og dele resultater, så gode erfaringer og resultater systematisk deles eller kan fremsøges af andre.

Juni, 2021

Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
kopi til sist@sum.dk

København den 16/3 2022

Høringssvar fra DASYS vedr. Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har sendt anbefalingerne til DASYS' medlemmer og råd, og vi har følgende kommentarer i samarbejde med Fagligt Selskab for Geriatiske Sygeplejersker.

Generelt

Lovforslaget synes grundigt og gennearbejdet, og der er ingen tvivl om, at sundhedsvæsenet står over for en stor udfordring, og derfor bydes et formaliseret samarbejde på tværs af sektioner velkomment.

Dog er det ikke 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 der i sundhedsklyngens faglige strategiske niveau er sygeplejersker repræsenteret fra såvel region som kommuner, hvis klyngen skal kunne leve op til sit formål.

Sygeplejersker er den primære medarbejdergruppe, der i dag rent praktisk håndterer og koordinerer patienternes overgange mellem de forskellige sektorer og de bliver derved en gennemgående ressource. Skal sundhedsklyngerne lykkes, kræver det en stærk sygeplejefaglig forankring.

Specifikt

S. 33, bilag 1, stk. 3:

Lovforslaget er formuleret uklart, og i stk. 3 fremgår det, at sygeplejen i alle aspekter er vigtig. Vi mener, at sygeplejens andel skal fremgå af det skriftlige, og at det ikke er forebyggelse...kvalitet OG omstilling, men I omstilling – en ret væsentligt specificering.

Desuden foreslår vi for yderligere specificering at supplere teksten med områder som *sundhedsfremme* og *sundhedsfaglig kvalitet*.

Sundhedsklyngen skal løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, **sundhedsfremme, sundhedsfaglig kvalitet og kompetencer** i omstilling til det primære sundhedsvæsen.



Afslutningsvist

Lovforslaget bydes velkommen, der er behov for et stærkt tværsektorielt samarbejde, dog savnes en tydeligere diskussion om kompetencer og særligt de sygeplejefaglige. Sygeplejen nævnes to gange i dokumentet, hvilket er ærgerligt, da sygeplejefaglige kompetencer er afgørende for implementeringen af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål, står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS

Pernille Olsbro
Bestyrelsesmedlem

Sundhedsministeriet
cc. Signe Struberga
sum@sum.dk, sist@sum.dk

Dansk
Sygeplejeråd



Den 16. marts 2022

Høringssvar vedr. etablering af sundhedsklynger og sundheds-samarbejdsudvalg m.v.

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar ved forslag til lov om ændring af sundhedsloven – vedr. etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

Dansk Sygeplejeråd bakker op om etableringen af sundhedsklynger. Hvis de skal blive en succes og bidrage til at styrke sammenhængene på tværs af sundhedsvæsenet, skal de sikres de nødvendige rammer – herunder bygge på en solid tværfaglig ledelsesstruktur.

Vi har otte input, der yderligere kan styrke etableringen af sundhedsklynger.

1) Sygeplejen bør repræsenteres i det fagligt strategiske samarbejde

Vi ser det som væsentligt, at sundhedsklyngerne både har en politisk samarbejdsstruktur såvel som en faglig, strategisk samarbejdsstruktur.

Lovforslaget giver ikke svar på, hvem der skal indgå i samarbejdet på det fagligt strategisk niveau. Det fremgår, at samarbejdsstrukturen skal bestå af repræsentanter fra de involverede sektorer samt patienter/pårørende, men det "faglige" i det fagligt, strategiske niveau er ikke uddybet.

Vi anbefaler, at det præciseres, at samarbejdet skal inddrage alle relevante faggrupper. Det er vigtigt, at også sygeplejen får en stærk stemme, og at sygeplejersker bliver en del af det fagligt strategiske samarbejde, fordi de bærer en væsentlig del af de opgaver, der er omfattet af samarbejdet.

Sygeplejen er essentiel for sammenhængen mellem det, der foregår i kommunerne og på sygehusene. De er samtidig en væsentlig

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55
Fax: +45 33 15 24 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

forudsætning for et godt samarbejde med almen praksis, når patientforløbene bliver endnu mere komplekse.

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.

2) *Den faglige samarbejdsstruktur bør udvides til at gælde alle niveauer, også de operationelle*

Både det politiske og det strategiske niveau for samarbejde er afgørende vigtige for at sikre legitimitet og de rette rammer for det tværsektorielle samarbejde.

Samarbejdsstrukturen er alene beskrevet på det strategiske niveau. Det bør udvides med forpligtelse til at udvikle og understøtte samarbejdsstrukturer på alle niveauer, også de operationelle, da det er det daglige, smidige samarbejde omkring de konkrete patientforløb, der gør en forskel.

Samtidig bør lovgivningen understøtte muligheden for fælles ledelse og samdrift af tværgående funktioner.

3) *Økonomiske barrierer for et godt samarbejde bør minimeres gennem en større fælles økonomi*

Adskilt økonomi og silotænkning kan være en barriere for et godt samarbejde. Det beskrives dog ikke nærmere i lovteksten. Vi finder det nødvendigt med en tydeligere beskrivelse og forpligtelse.

Det er godt, at der med økonomiaftalen for 2022 blev afsat fælles penge. De nuværende 80 millioner er dog et lavt beløb, og det bør udvides betragteligt i de kommende år. Penge må ikke stå i vejen for handlekraft og de rigtige løsninger for borgeren/patienten.

4) *Der skal være reel mulighed for den nødvendige datadeling*

Som det fremgår af lovforslaget, er den fælles digitale infrastruktur en væsentlig forudsætning for, at sundhedsklyngerne kan bidrage til at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer. Lovforslaget forudsætter, at der allerede i dag eksisterer vide muligheder for at udveksle data på tværs.

Vi vil gøre tydeligt 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.

5) *Almen praksis' rolle i samarbejdet bør præciseres*

Sundhedsklyngerne skal understøtte omstillingen til det primære sundhedsvæsen, hvor flere opgaver forventes at skulle løses i det nære sundhedsvæsen eller i borgerens eget hjem. Sundhedsklyngerne er en god start i forhold til at koordinere det, men det er 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.

6) *Nærhospitalernes placering i sundhedsklyngerne*

Regeringen har foreslået etablering af nærhospitaler flere steder i Danmark, som beskrives som fremskudte funktioner for et akutsygehus, men samtidig vil det også have kommunale funktioner og medarbejdere.

Det bør præciseres i lovforslaget, hvordan koblingen er mellem sundhedsklynger og nærhospitaler, herunder behandlingsansvaret for patienten på tværs af nærhospitaler og almen praksis – herunder i forhold til understøttelse af de sundhedsfaglige indsatser i kommunerne.

7) *Beskrivelse af samarbejdet, når det går på tværs af klyngerne*

Sundhedsklyngerne bygges op omkring akuthospitalerne, og det beskrives, at kommuner kan indgå i flere sundhedsklynger.

Det forudsætter, at der er ensartede kvalitetsstandarder i alle kommuner, så der ikke bliver for store forskelle på aftalerne i de enkelte sundhedsklynger. Det vil samtidig give en større ensartethed, som vil give øget lighed i sundhed.

Lovforslaget giver samtidig ikke svar på, hvordan der sikres den nødvendige koordination i patientforløb, der går på tværs af det højt specialiserede sygehusvæsen. Nogle typer patientforløb kan involvere flere sygehuse, men ikke flere kommuner.

Derfor anbefales det, at lovforslaget skærper sin beskrivelse af denne type forløb.

8) *En Chief Nurse Officer i Sundhedsstyrelsen vil yderligere understøtte intentionen med lovforslaget*

Vi anerkender, at koordination, sammenhæng og øget kvalitet i borgernes nærmiljø er væsentlige formål med lovforslaget.

Vi anbefaler, at der sættes øget fokus på koordination, sammenhæng og kvalitet på tværs af hele sundhedsvæsenet – og ikke bare i 21 sundhedsklynger.

Konkret foreslår vi indførelsen af en Chief Nurse Officer i Danmark – ligesom man har i flere andre lande. Funktionen anbefales af WHO, og i Danmark vil det kunne opnås ved at ansætte en ledende sygeplejerske som del af Sundhedsstyrelsens direktion.

Med venlig hilsen



Grete Christensen
Formand

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

14. marts 2022

Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.).

Danske Bioanalytikere vil gerne takke for at modtage høringen.

Danske Bioanalytikere anerkender de udfordringer, som regeringen lægger til grund for den ønskede ændring af sundhedsloven; herunder den demografiske udvikling med en forventet øget andel af ældre borgere i fremtiden.

Danske Bioanalytikere anerkender tilsvarende potentialet i at give flere borgere behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud i nærmiljøet (konkret i praksissektoren, i regi af kommunerne og i hjemmet) mhp. at sikre sundhedsfaglig hjælp tættere på borgerne samt frigøre ressourcer til patientbehandlingen på sygehuse.

Danske Bioanalytikere er således også enig i, at en række af de sundhedsydelser, der i dag ydes i hospitalsregi med fordel kan flyttes ud i det mere borgernære sundhedsvæsen, og at et øget formaliseret samarbejde på tværs af sektorer potentielt kan styrke sammenhæng, service og patientsikkerhed for borgerne.

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 mener Danske Bioanalytikere imidlertid, at nedenstående syv tiltag bør inkluderes i høringsudkastet:

- 1) Inddragelse af bioanalytikere på det fagligt strategiske niveau i sundhedsklyngerne.
 - o Dette 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

Sekretariatet
Peter Bangs Vej 7A, 3 etage
2000 Frederiksberg
Tlf: 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

både det strategiske og praktiske arbejde på tværs af sektorerne, så optimal ressourceudnyttelse og patientsikkerhed sikres.

- 2) At bioanalytikere tildeles forbeholdt virksomhed for kvalitetssikring af blodprøvetagning.
 - Dette for at sikre, at de efterspurgte blodprøver upåagtet af sektormæssig og geografisk placering altid tages korrekt og i en kvalitet, hvor prøvesvaret ikke risikerer at danne grundlag for fejldiagnoser.
- 3) At der i hver sundhedsklynge arbejdes for at sikre optimal deling/udveksling af relevante patientdata på tværs af sektorer indenfor lovens rammer.
- 4) At der etableres et nationalt center for kvalitetssikring af patientnært analyseudstyr (et nationalt "POCT-center").
 - Dette for at sikre lige adgang til rådgivning på fagligt højt og evidensbaseret niveau i forhold til indkøb, oplæring i, brug af og løbende kvalitetssikring af patientnært analyseudstyr på tværs af sundhedsklynger.
 - Et nationalt POCT-center vil kunne sikre samme høje analysekvalitet og patientsikkerhed upåagtet af borgernes bopæl og herigennem minimere risikoen for fejldiagnoser.
- 5) En øget investering i diagnostik i det nære sundhedsvæsen.
 - Dette mhp. at begrænse hospitalsindlæggelse samt styrke patientsikkerheden.
- 6) En udvidelse af målgruppen for specialuddannelsen i borgernær sygepleje.
 - Dette således at uddannelsen ikke kun er forbeholdt sygeplejersker, men alle sundhedsfaglige grupper, som der med udspillet til ændring af sundhedsloven i højere grad vil blive brug for i det borgernære sundhedsvæsen.
- 7) Øget optag af studerende på de sundhedsfaglige uddannelser, hvor der forventes (fortsatte) rekrutteringsudfordringer i fremtiden.
 - Dette for at sikre, at der uddannes nok, relevant sundhedsfagligt personale til at imødekomme den forventede efterspørgsel i fremtiden.

Danske Bioanalytikere står naturligvis til rådighed for en uddybning af ovenstående.

Ventlig hilsen

Martina Jürs, formand
Danske Bioanalytikere



Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.).

Nedenfor følger Danske Fysioterapeuters bemærkninger til forslaget.

Generelle bemærkninger

Danske Fysioterapeuter støtter det overordnede formål med lovforslaget, nemlig at sikre bedre samarbejde om borgernes sundhed mellem sektorerne samt varetagelse af opgaver af høj kvalitet tæt på borgeren.

I den forbindelse skal det dog bemærkes, at strukturer ikke alene kan løse udfordringerne med den demografiske udfordring, flere borgere med kronisk sygdom og multisygdom samt mangel på sundhedspersonale. Der skal flere ressourcer til. Det gælder både fælles midler til arbejdet i sundhedsklyngerne, så disse ikke bliver en kamplads 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.

Videre bemærkes det, at det er helt centralt for succesen med både sundhedsklyngerne og de nye sundhedssamarbejdsudvalg, at der sker en reel og tæt involvering af de sundhedsprofessionelle i både kommuner, regioner og i praksissektoren, når der træffes beslutninger. Det kunne oplagt være praktiserende læger, men også fysioterapeuter, sygeplejersker, SOSU-assistenten osv. Hele formålet er at skabe rammerne for et bedre samarbejde, bedre kvalitet og større sammenhæng på tværs af sektorer, til gavn for borgerne. For at opnå det kræves det, at alle har ejerskab til beslutningerne, og det kan kun ske ved en reel involvering – herunder af fagfolk. Det bør fremgå tydeligere, end tilfældet er med det nuværende udkast til lovforslag.

Sundhedsklynger

Repræsentation og involvering

Formålet med sundhedsklyngerne er at sikre bedre forebyggelse af sygdom og sikre mere sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for blandt andet ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser.

I alle tilfælde er der tale om patienter, der ser en masse forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet. Sammenhæng er derfor helt central for et godt patientforløb. Der skal altså skabes rammer, hvor alle faggrupper kan spille ind med deres faglighed i et sammenhængende forløb, der både giver mening for patienten og i den kliniske hverdag. Et sådan forløb vil være svært at skrue sammen uden reel inddragelse af de forskellige faggrupper.

Som lovforslaget ser ud nu, er det, det politiske niveau, der skal sætte retning for arbejdet i klyngerne. Her skal politikerne selvfølgelig sidde, men det er bekymrende, at der ikke er indskrevet en tydeligere pligt til tæt inddragelse af de fagprofessionelle og faglige organisationer, når beslutninger skal træffes. Danske Fysioterapeuter opfordrer til, at dette genovervejes og at en pligt til involvering lovfæstes.

Ligeledes er det bekymrende, at der på det faglige strategiske niveau i sundhedsklyngerne ingen garantier er for at faggrupperne på sundhedsområdet – herunder fysioterapeuter – sikres en form for repræsentation. Hovedopgaven er blandt andet, at sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og øget nærhed for blandt andet borgere med kronisk sygdom. Fysioterapis gavnlige effekt på en lang række kroniske sygdomme er velkendt og fysioterapeuter er eksperter på rehabilitering og forebyggelse og spiller derfor en central rolle i mange patientforløb, uagtet hvad patienten fejler og i hvilken sektor, forløbet foregår. Fysioterapeuter har både indblik og kompetencer til at koordinere sammenhængende patientforløb og vil altså kunne bringe vigtige perspektiver ind i sundhedsklyngernes arbejde.

Danske Fysioterapeuter opfordrer således til, at der tænkes i bredere repræsentation på det faglige strategiske niveau i sundhedsklyngerne.

Økonomi

Danske Fysioterapeuter mener, at for at formålet med sundhedsklyngerne kan opfyldes, er der behov for tilstrækkelig fælles økonomi. Alternativt er risikoen, at sundhedsklyngerne bliver en kampplads om ressourcer og opgaver. Dette vil ikke være fordrende. I den forbindelse må der stilles spørgsmålstejn ved om de 80 millioner, der er afsat til dette i den politiske aftale er tilstrækkeligt.

Videre skal det påpeges, at der skal følge penge med til de opgaver, der skal løses i det nære sundhedsvæsen og dermed aflaste sygehusene.

Danske Fysioterapeuter opfordrer derfor til, at der sikres en tilstrækkelig finansiering af sundhedsvæsenet.

Sundhedssamarbejdsudvalg

Som en del af lovforslaget etableres et sundhedssamarbejdsudvalg som erstatning for de nuværende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg.

Danske Fysioterapeuter antager i den forbindelse, at udarbejdelsen af praksisplan for fysioterapi i samarbejdsudvalget for fysioterapi ikke berøres af etableringen af sundhedssamarbejdsudvalget.

Det fremgår af lovforslaget og bemærkningerne hertil, at Sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle stå for at koordinere og sætte retning for arbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger og herunder understøtte ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs. Det fremgår videre, at drøftelser og beslutninger i sundhedssamarbejdsudvalget vil være retningsgivende for sundhedsklyngernes mere patient- og borgernære drøftelser og beslutninger.

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. Det fremgår godt nok i bemærkningerne til lovforslaget, at sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle inddrage repræsentanter fra praksissektoren, herunder almen praksis, i sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse af relevante dagsordenspunkter. Danske Fysioterapeuter finder ikke dette forpligtende nok.

Danske Fysioterapeuter opfordrer derfor til, at der sker en bred inddragelse af sundhedsprofessionelle i udvalgets arbejde, og at en pligt hertil lovfæstes.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed for yderligere.

Med venlig hilsen

Brian Errebo Jensen

Konst. Formand

Danske Fysioterapeuter

Att. Sundhedsministeriet
sum@sum.dk cc. sist@sum.dk

Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup, Danmark
Tlf.: +45 3675 1777
dh@handicap.dk
www.handicap.dk

15. marts 2022 /
jba_handicap
Sag 17-2022-00206
Dok. 571784

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Danske Handicaporganisationer takker for muligheden for afgive høringssvar om lovforslag om oprettelse af sundhedsklynger.

Danske Handicaporganisationer mener overordnet, at det er positivt og særdeles nødvendigt med tiltag, som sigter mod at styrke sammenhængen og kvaliteten i sundhedsvæsenet – og som kan bidrage til at borgerens vej gennem sundhedsvæsenet bliver forbedret.

Vi deler til fulde intentionen, som fremgår af bemærkningerne til lovforslaget om, at overgangen mellem sygehus, kommune og almen praksis ikke bør kunne mærkes hos den enkelte borger.

Vi tror dog 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.

Etablering af sundhedsklynger

Danske Handicaporganisationer finder det positivt at der etableres en struktur som lægger op til et mere formaliseret og styrket samarbejde mellem kommuner og regioner på både politisk og fagligt strategisk niveau. Herunder er det vigtigt at både almen praksis samt patient og pårørendeorganisationer inddrages i arbejdet på både det politiske og fagligt strategiske niveau, når det er relevant. På den baggrund kan vi 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.

Vi bemærker dog at den foreslåede model, for at skulle fungere i praksis og gøre en forskel kræver, at der i sekretariatsbetjeningen 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 måske være en fordel, at få beskrevet yderligere i hvilket omfang og hvordan patientinddragelses skal foregå særligt på det politiske niveau.

Patient- og pårørendeinddragelse

Vi er glade for at man med lovforslaget ønsker at styrke patient – og pårørendeinddragelsen. Ud fra lovforslaget er det dog uklart, hvordan man i praksis forestiller sig det skal foregå og vi er overordnet bekymrede for, om den nuværende struktur med de 5 patientinddragelsesudvalg i regionerne vil kunne løfte arbejdet

med patientinddragelse i 21 klyngesamarbejder, særligt hvad angår de to faste pladser på det fagligt strategiske niveau.

Vores vurdering er, 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 den styrkede inddragelse på både det politiske niveau og med to faste pladser på det fagligt strategiske niveau. Helt konkret bør patientinddragelsesudvalgene som minimum udvides i forhold til antallet af medlemmer, hvis opgaven skal løftes.

Derudover er en lokal forankring nødvendig, hvis klyngesamarbejdet skal styrke sammenhængen mellem kommuner og regioner i klyngerne og sikre at behandling og indsatser hænger sammen for borgeren. I den sammenhæng kunne man med fordel indtænke den eksisterende struktur, der findes på kommuneniveau med de kommunale handicapråd. En mulighed kunne være at inddrage dem i relevante sammenhænge, og således bruge dem til at løfte opgaven i klyngesamarbejdet, hvad angår repræsentation fra patientperspektivet i de kommuner, som er repræsenteret i klyngerne.

Overordnet set anser vi etablering af sundhedsklynger, som et godt skridt i forhold til at skabe rammerne, for at kunne styrke sammenhæng mellem sektorer og skabe bedre forløb for patienterne. Ligesom vi anser det som helt afgørende i den sammenhæng, at patienter og pårørende inddrages løbende.

På den baggrund kan vi bakke op om lovforslaget om etablering af sundhedsklynger og vi ser frem til at se yderligere forslag og tiltag, som kan bidrage til at styrke kvalitet og sammenhæng for patienterne.

Med venlig hilsen



Thorkild Olesen
Formand

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail: sum@sum.dk, cc.: sist@sum.dk

Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på det fremsendte materiale om etableringen af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg m.v. Vi er overordnet set glade for, at regeringen, Danske Regioner og KL er gået sammen om en aftale, som har til formål at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer. Vi er dog også bekymrede 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. Den bekymring består, også efter høringsmaterialet er læst igennem.

Der er også positive takter at spore. Blandt andet er der lagt op til, at inddragelse af patienter og pårørende skal opprioriteres i de nye samarbejdsfora. Patienter og pårørende bidrager med et vigtigt og anderledes perspektiv i udviklingen af sundhedsvæsenet end sundhedsprofessionelle og beslutningstagere. Inddragelse af brugerperspektivet bidrager dermed til bedre løsninger, og det er positivt, at dette prioriteres i den nye struktur. Vi håber dog, at der i den endelige lovtæst og med en kommende ændring af bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg bliver indføjet tiltag, som sikrer de nødvendige ressourcer og kompetencer til at understøtte meningsfuld inddragelse af brugerperspektivet i sundhedsklyngerne. Ellers risikerer man, at den ønskede øgede brugerinddragelse bliver overflødig og spild af tid – både for brugerrepræsentanterne og for de øvrige medlemmer af klyngerne.

Nedenfor følger vores mere specifikke kommentarer til lovforslaget.

2.1 Etablering af sundhedsklynger

Flere steder, bl.a. på side 4 og 5 i høringsmaterialet, fremgår det, at sundhedsklyngerne skal sikre modeller for bedre patientforløb "*med fokus på styrket kvalitet og øget nærhed*". Her er det væsentligt at pointere, at øget nærhed ikke nødvendigvis er ensbetydende med hverken styrket kvalitet, bedre behandlingsforløb eller øget patienttilfredshed. For mange patienter vil det formentlig være positivt, at deres behandling rykkes til en fysisk lokation tættere på hjemmet, så de kan spare transporttid, så det er lettere for deres pårørende at deltage og lignende. Men det er vigtigt, at bestræbelserne på at sikre mere nærhed ikke sker på bekostning af specialisering og den faglige kvalitet. Undersøgelser peger på, at det vigtigste for patienter i mødet med sundhedsvæsenet er, at den behandling man modtager, er af høj faglig kvalitet. Det er således ikke i patienternes – eller i sundhedsvæsenets – interesse at forholdet mellem kvalitet, sammenhæng og nærhed gøres til et nulsumsspil, hvor ønsket om mere

Dato:

17. marts 2022

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:

ik@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/4

nærhed kan legitimere afspecialisering og tab i kvalitet. Dertil kommer, at nogle sygdomsområder er for komplekse og specialiserede til at bliver varetaget lokalt og uden tilstedeværelse af specialiserede kompetencer. Derfor skal man være varsom med at ønske mere nærhed for nærhedens skyld.

Side 2/4

Det politiske niveau i sundhedsklyngerne består af to regionsrådsmedlemmer og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser i klyngen. Repræsentanter for patienter og pårørende samt repræsentanter for praksissektoren har dermed ikke fast sæde i den politiske del af klyngesamarbejdet, men skal inddrages i "*relevant omfang*". Danske Patienter finder denne organisering af klyngernes politiske niveau meget fornuftig. Repræsentanter fra fx Danske Patienter og PLO er vigtige interessenter, men de er ikke demokratisk valgte og har dermed ikke et mandat i befolkningen. Derfor mener vi ikke, at de bør sidde med i et udvalg, hvor der blandt andet skal træffes politisk beslutning om prioritering af midler. Vi anerkender fuldt ud, at det er vigtigt for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter, at praksissektoren inddrages tæt i de beslutninger, der træffes om opgavefordeling, fælles patienter m.v. Derfor er det også positivt, at det står beskrevet, at repræsentanter for praksissektoren, herunder almen praksis, skal inddrages i relevant omfang, herunder i beslutninger der medfører nye opgaver for almen praksis.

Samtidig finder vi det positivt, at både patient-/pårørenderepræsentanter og repræsentanter for almen praksis tildeles to faste sæder på det fagligt strategiske niveau.

Det foreslås, at regionsrådet og de deltagende kommunalbestyrelser vil skulle samarbejde om at sekretariatsbetjene sundhedsklyngerne (s. 5). Vi tror, at det kan medvirke til en større samhørighed på tværs af sektorerne, og vi bakker derfor op om dette forslag. Vi savner imidlertid flere initiativer, som kan skabe et tættere og mindre gnidningsfrit samarbejde mellem regioner og kommuner. Danske Patienter anbefaler i den forbindelse, at der eksplicit gives mulighed for, at der afsættes fælles midler fra centralt hold – for eksempel 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 incitamenter bliver bestemmende for opgaveløsningen, og at uoverensstemmelser om økonomi bliver en barriere for at skabe de sømløse overgange, der ønskes med lovforslaget.

2.3 Patient- og pårørendeinddragelse

Danske Patienter er glade for, at man med lovforslaget ønsker at sikre, at de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i højere grad end de eksisterende sundhedssamarbejdsudvalg og praksisplanudvalg skal inddrage patientinddragelsesudvalget (og evt. andre repræsentanter for patienter og pårørende) i deres drøftelser. Det er også glædeligt, at de gavnlige effekter ved både individuel og organisatorisk brugerinddragelse fremhæves i lovforslaget.

Modellen for inddragelse af patient- og pårørenderepræsentanter er ikke beskrevet særligt fyldestgørende. Derfor er det svært at danne sig et overblik over, hvordan man forestiller sig, at den foreslåede ordning skal implementeres og hvordan det vil bidrage til det erklærede mål om mere inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet. Vigtigere endnu er det svært at tegne sig et billede af, hvordan man forestiller sig, at ordningen vil

bidrage til bedre og mere kvalificeret inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet. Gode organisatoriske rammer omkring patientinddragelsesudvalget og kompetent facilitering af brugerinddragelse i klyngerne er en forudsætning for, at patient- og pårørendeperspektivet bliver afspejlet i den måde, sundhedsvæsenet udvikles og organiseres. Derfor anbefaler vi, 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 til at understøtte en systematisk og reel inddragelse – herunder bl.a. at der tilknyttes personale med kompetencer i at facilitere inddragelsesprocesser, at der etableres uddannelsesprogram for brugerrepræsentanter og at anvendelsen af brugernes viden dokumenteres løbende.

Det fremgår af materialet, at repræsentanter for patientinddragelsesudvalget skal inviteres til dialogmøder om konkrete emner med klyngernes politiske niveau, inviteres til deltagelse i relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter, og tilbydes to faste pladser i sundhedsklyngernes faglige strategiske niveau. Derudover fremgår det, at klyngerne kan inddrage andre repræsentanter for patienter og pårørende end medlemmer af patientinddragelsesudvalget, når dette er relevant. Disse forslag læner sig tæt op ad de anbefalinger om inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet i sundhedsklyngerne, som Danske Patienter præsenterede i november 2021, og vi finder derfor, at forslagene er gode og relevante. Vi anbefaler dog følgende tilføjelser og justeringer – enten i nærværende lovforslag eller i den foreslåede ændring af bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg:

- **Antallet af medlemmer i patientinddragelsesudvalget øges fra 8 til minimum 10 og gerne 12.** Hvert patientinddragelsesudvalg skal forventeligt dække 4-5 klynger, og dermed vil arbejdsmængden øges i forhold til i dag. Derudover er erfaringerne fra patientinddragelsesudvalgene, at den nuværende konstruktion med 8 medlemmer er sårbar, da repræsentanterne ofte er patienter og ældre, som af og til kan være forhindrede i at deltage i arbejdet på grund af deres helbred.
- **Patientinddragelsesudvalget skal have mulighed for foretræde for klyngernes politiske niveau og sundhedssamarbejdsudvalgene.** For at sikre, at patientinddragelsesudvalgene ikke blot bliver høringspart på sager, som politikerne finder det vigtigt at løfte, bør patientinddragelsesudvalget kunne præsentere emner for de politiske udvalg, som er vigtige for patienter og pårørende, og som ikke allerede er dagsordenssat.

2.4 Deling af data

Danske Patienter bakker op om parternes intention om at understøtte klyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgenes arbejde med relevante data, herunder forløbsbaserede populationsdata og tværsektoriel dataadgang. Manglende indblik i data fra andre behandlere og sektorer udgør i dag en stor barriere for sammenhængende forløb og sømløse overgange.

Vi skal i den forbindelse bemærke, at det er veldokumenteret, at patienter gerne vil dele data med de sundhedsfaglige aktører, der er involveret i deres forløb, og at patienter også gerne vil stille anonymiserede data til rådighed for bl.a. læring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Set fra et

patientperspektiv er det dermed positivt, hvis man arbejder i retning af mere datadeling og bedre udnyttelse af aggregerede data.

Danske Patienter ser frem til at følge lovforslaget og bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg i den næste tid. Vi stiller os meget gerne til rådighed for videre dialog om hvordan man i praksis kan sikre den efterspurgte gennemslagskraft af øget brugerinddragelse.

Side 4/4

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør



VI HJÆLPER HINANDEN

Danske Seniorer
Griffenfeldsgade 58
2200 København N
Tlf.: 35 37 24 22
CVR: 10 78 87 14

Arbejdernes Landsbank
Konto-nr.: 5301 0273256

info@danske-seniorer.dk
www.danske-seniorer.dk

Medlemsservice:
Tlf.: 75 34 12 17
medlemsservice@danske-seniorer.dk

Sundhedsministeriet
sum@sum.dk
C.c. sist@sum.dk

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Sundhedsministeriet har med skrivelse af 18. februar 2022 anmodet om eventuelle kommentarer til ovenstående lovforslag.

Sundhedsklynger

Det nye i lovforslaget på dette punkt er formel etablering af sundhedsklynger. Der har i nogle år været klyngesamarbejder i forbindelse med de 21 akutsygehuse, så man må kunne trække på erfaringer herfra, når de nye klynger skal sammensættes og begynde at arbejde. Det vil kunne give en række fordele, at sundhedsklyngerne nu får en formel kompetence, ligesom der vil kunne skabes større ensartethed på tværs af akutsygehuse. Der er dog også den fare 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.

Sundhedssamarbejdsudvalg

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.

Patient- og pårørendeinddragelse

Der er i lovforslaget lagt op til en øget patient- og pårørendeinddragelse. I sundhedsklyngerne skal der således være formentlig 2 repræsentanter for patienter og pårørende på det fagligt strategiske niveau, og på det politiske niveau skal der etableres dialogmøder om konkrete emner. 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.

Hvad mangler?

I bemærkningerne til lovforslaget står: "Sundhedsvæsenet står over for en betydelig udfordring som følge af den demografiske udvikling, der medfører flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme

og øget behandlingsbehov.” Danske Seniorer er helt enig heri og må samtidig med beklagelse konstatere, at dette lovforslag ikke for alvor tager fat på disse problemer.

Lovforslaget behandler samarbejdet mellem regioner, kommuner og til dels almen praksis. Der mangler forbindelsen til sygepleje i kommunerne og ældreplejen, herunder tilbuddene efter servicelovens kapitel 16 om personlig hjælp, omsorg og pleje.

Selvom ældreområdet nu er udskilt fra sundhedsministeriet må det være muligt, at de to ressort for henholdsvis ældre- og sundhedsområdet arbejder sammen om et fælles udspil, der for alvor tager fat på de problemer, der er forbundet med den demografiske udvikling, og som dette lovforslag angiveligt skulle tage fat på. Danske Seniorer håber derfor på, at loven om sundhedsklynger kan blive en byggesten i det videre arbejde hen imod en helhedsløsning.

Med venlig hilsen

Katrine Lester
Direktør



Sundhedsministeriet
Email: sum@sum.dk
cc: sist@sum.dk

09. marts 2022

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540
E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Høring: Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Danske Tandplejere takker for muligheden for at komme med bemærkninger til ovennævnte høring.

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. Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, som tandplejerne udfører, spiller en helt central rolle i forbedring af danskernes sundhed.

Danske Tandplejere er enig i, at det tværfaglige arbejde bør styrkes, og der bør være øget fokus på smidige overgange mellem sektorer. Danske Tandplejere appellerer til, at man ikke glemmer at have borgens tandsundhed for øje i den sammenhæng.

Sygdomme i tænder og mund optræder oftest sammen med andre sygdomme. Der er således sammenhæng mellem parodontitis (inflammatorisk sygdom i tændernes støttevæv) og en række alvorlige sygdomme, som fx diabetes, leddegigt og hjerte-kar-sygdomme. Samtidig kan flere patientgrupper med en kronisk sygdom, fx diabetes, risikere at få et meget alvorligt forløb med parodontitis (tidl. kaldet parodontose).

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 gælder fx ældre medicinske patienter og patienter med kroniske lidelser, men også patienter i antibiotisk behandling og kemobehandling. Det er derfor vigtigt med forebyggende tandpleje overfor disse borgere både før, under og efter indlæggelse.

Studier viser, at fokus på mundhygiejne i forbindelse med indlæggelse kan føre til en nedbringelse af antallet af indlæggelsesdage. Det er derfor helt centralt, at tandpleje og god mundhygiejne prioriteres hos indlagte patienter. Dertil bør der følges op med, at hver patient får udarbejdet en mundplejeplan ved udskrivning fra hospital/sygehus og dermed ved overgang fra region til kommune. Dette bør indtænkes i det videre arbejde med etablering af sundhedsklynger og det tilhørende sundhedssamarbejde.

Det er Danske Tandplejeres klare 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. Det er afgørende for borgere i længere sygdomsforløb, at sundhedsindsatsen er helhedsorienteret, og derfor bør den forebyggende tandpleje også indtænkes.



Danske Tandplejere foreslår, i naturlig forlængelse heraf, at tandplejerfagligheden bliver repræsenteret i de nedsatte sundhedsklynger, hvor der i vedlagte høringsmateriale lægges op til deltagelse af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter og pårørende.

Danske Tandplejere står gerne til rådighed, hvis ovenstående ønskes uddybet, eller der er behov for yderligere information.

Venlig hilsen

Elisabeth Gregersen

Formand, Danske Tandplejere

Den 17. marts 2022

Høringssvar vedr. forslag til ændring af sundhedsloven (etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.)

Danske Ældreråd kvitterer hermed for muligheden for at afgive høringssvar. Vi finder det overordnet positivt, at der etableres 21 forpligtende sundhedsklynger, og at den politisk og administrative struktur forenkles med etableringen af sundhedssamarbejdsudvalg. Ligeledes hæfter vi os ved, at forslaget lægger op til et tæt og forpligtende samarbejde mellem det somatiske og det psykiatriske område.

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.

Sundhedsklynger skal bidrage til at flytte behandling tættere på borgerne

Danske Ældreråd finder, at ambitionen om, at mere behandling flytter tættere på borgeren er god og vigtig. Det er samtidig godt, at forslaget understreger, at sundhedsområdet i lige så høj grad er forankret hos kommunerne og i almen praksis som hos regionerne. Vi 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.

Sundhedssamarbejdsudvalg skal skabe bedre forløbsprogrammer og tværsektorielle forløb

Danske Ældreråd vurderer, at det er helt afgørende for sammenhængskraften i vores sundhedsvæsen, at der er et stærkt, tæt og forpligtende samarbejde mellem kommuner, regioner og almen praksis. Derfor undrer det os, og vi finder det bekymrende, at almen praksis ikke har en fast plads i sundhedssamarbejdsudvalget – vi anbefaler at almen praksis får plads i udvalget.

Patient- og pårørendeinddragelse skal styrkes

Vi er i Danske Ældreråd meget tilfredse med intentionen om at styrke den organisatoriske borgerinddragelse på sundhedsområdet, og at de foreslåede sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg i højere grad end de eksisterende udvalg vil skulle inddrage patient- og pårørenderepræsentanter i deres drøftelser. Vi konstaterer ligeledes med tilfredshed, at de nuværende patientinddragelsesudvalg fastholdes.

Sundhedsloven skal definere rammer for systematisk borgerinddragelse

Danske Ældreråd finder dog, at rammerne for borgerinddragelsen ikke i lovforslagets nuværende form er konkret nok og anbefaler derfor, at krav til systematisk borgerinddragelse skrives ind i sundhedsloven, samt at der formuleres en fast model for borgerinddragelse. Det skal ikke i så høj grad være op til det enkelte sundhedssamarbejdsudvalg at definere rammerne for borgerinddragelsen.

Vi anbefaler i forlængelse heraf at definere inddragelsen bredere end patienter og pårørende, således at det formuleres som borgerinddragelse. Der er behov for perspektiver fra både mennesker, der allerede er patienter eller pårørende i sundhedsvæsenet og fra borgere, som potentielt kan blive det. Dette kan medvirke til et styrket fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i den nye politiske struktur.

Borgerinddragelse starter på det politiske niveau

Danske Ældreråd mener, at det er helt centralt, at der i sundhedsklyngerne finder borgerinddragelse sted på politisk niveau, således at borgerne høres og involveres, inden der træffes politisk beslutning. Danske Ældreråd foreslår således, at sundhedsklyngerne tydeligt forpligtes til systematisk dialog med borgerrepræsentanter på det politiske niveau. Dette kan med fordel imødekommes ved at etablere et borgerinddragelsesorgan på klyngeniveau, der skal fungere som dialogpartner og høringspart for klyngens politiske niveau.

Lokale løsninger kræver lokal forankring

For at indfri intentionen om, at sundhedsklyngerne skal prioritere indsatser, der imødekommer lokale behov, finder Danske Ældreråd det afgørende, at borgerrepræsentanter i de enkelte klynger udvælges på baggrund af et geografisk kriterium. Ældrerådene i kommunerne er som demokratisk valgte organer talerør for ældre i hver enkelt kommune. Eftersom ældreområdet er uløseligt forbundet til sundhedsområdet, og der med et stigende antal ældre vil være et stigende behov for at sikre effektiv behandling af høj kvalitet til gruppen af ældre, foreslår Danske Ældreråd, at der i borgerinddragelsesorganet som minimum indgår én ældrerådsrepræsentant fra én af kommunerne i klyngen. Danske Ældreråd bidrager gerne til udpegningen af repræsentanter.

Borgerinddragelse kræver ressourcer og kompetencer

For at involvering og inddragelse af borgerne har bedst mulige betingelser og får reel betydning er det centralt, at såvel borgere som politikere og embedsmænd klædes på til at skabe de gode rammer for inddragelsesprocesserne. 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.

Inger Møller Nielsen
Formand

Trine Toftgaard Lund
Direktør



Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt til: sum@sum.dk og sist@sum.dk
Cc: jm@jm.dk

14. marts 2022

J.nr. 2022-11-0799
Dok.nr. 449046
Sagsbehandler
Sara Koch Jørgensen

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Ved e-mail af 18. februar 2022 har Sundhedsministeriet anmodet om Datatilsynets eventuelle bemærkninger til ovenstående udkast til lovforslag.

Datatilsynet bemærker indledningsvis, at det fremgår af lovforslagets almindelige bemærkninger, pkt. 2.4.2, at "Nærværende lovforslag indeholder ikke ændringer ift. deling af data, men beskriver gældende ret [...]". Datatilsynet har forstået lovforslaget således, at der ikke med lovforslaget bliver skabt hjemmel til at dele flere data, end det er tilfældet i dag.

Det følger dog af 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. Datatilsynet bemærker hertil, 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 ses at forholde 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 helbredsoplysninger, der sker som følge af udkastet til lovforslaget.

Kopi af dette brev sendes dags dato til Justitsministeriets lovafdeling til orientering.

Med venlig hilsen

Sara Jørgensen

Datatilsynet
Carl Jacobsens Vej 35
2500 Valby
T 3319 3200
dt@datatilsynet.dk
datatilsynet.dk
CVR 11883729

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Journalnr.	
Jurist	Merethe Laursen
Telefon	22 68 23 05
E-mail	merethe.laursen@dukh.dk
Dato: 11. marts 2022	

Sagsnr.: 2113001

Høring over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejde m.v.

Tak for høringsmateriale.

Den Uvildige Konsulentordning på Handicapområdet (DUKH) har følgende bemærkninger:

Den fremsendte høring er ikke inden for DUKHs rådgivningsområde og vi har derfor ikke bemærkninger af retssikkerhedsmæssig karakter.

Med venlig hilsen

Merethe Laursen
Specialkonsulent/Jurist



Høringssvar

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

Det Etiske Råd takker for modtagelsen af ovennævnte i høring.

I sin helhed finder Det Etiske Råd udmøntningen af Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) for rigtig og betimelig.

Som det påpeges i bemærkningerne til lovforslaget, er der en række træk ved den aktuelle udvikling, som udfordrer organiseringen af sundhedsvæsenet:

- den demografiske udvikling medfører flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme og dermed et øget behandlingsbehov.
- Tilstrækkelig sammenhæng på tværs af sundhedsområdet og mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer kan være en udfordring.
- Der er behov for at tænke indsatsen bedre sammen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Det er således relevant særligt at fremhæve ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere, som ud over en psykisk lidelse har et alkohol- eller stofmisbrug.

Ambitionen om, at overgange mellem sygehus, kommune og almen praksis ikke bør kunne mærkes hos den enkelte borger er omfattende i sin formulering, men ikke mindre rigtig af den grund. En yderligere ambition, som rådet finder det rigtigt at inkludere i denne sammenhæng, er sikringen af en større geografisk og social lighed i sundhed.

Det Etiske Råd finder disse ambitioner væsentlige, da de ligger i tråd med en række udfordringer for det danske sundhedsvæsen, som rådet har identificeret i sin seneste redegørelse 'Omsorg i sundhedsvæsenet'.¹ Heri forholder Det Etiske

¹ [DER Omsorg-i-sundhedsvæsenet 2022 Redegørelse.pdf \(etiskraad.dk\)](#)

Råd sig blandt andet til spørgsmål om organiseringen af sundhedsvæsenet, om inddragelsen af patienter og om kontinuitet i behandlingen.

En hovedpointe i rådets redegørelse lyder, at øget specialisering har medført skarpere arbejdsdeling mellem sygehuse, så patienter behandles på flere forskellige sygehuse. Behandlingsforløb bliver mere fragmenterede i kraft af samme specialisering med den konsekvens, at den enkelte patient kan opleve forøget aktivitet i form af kontroller og check i samme forløb. I stedet for ét langt indlæggelsesforløb tilbydes i dag ambulant forundersøgelse, dagkirurgi, evt. kort indlæggelse, så ambulant kontrol, derefter genoptræning. Dette har medført, at særligt hospitaler i dag er store enheder præget af et stort antal forskellige faggrupper med forskellige sygdoms- og omsorgsbegreber, som håndterer et væld af forskellige kontakter på en baggrund af korte liggetider. Sådanne omlægninger har skabt store produktivitetsstigninger, men de har også skabt komplicerede forløb for patienter og personale idet informationsmængden er øget, muligheden for kommunikationsforstyrrelser er øget og koordineringsudfordringer er taget til.

Specialisering på landets hospitaler har skabt øget kvalitet i behandlingen. Homogenisering og standardisering af personers problemer tillader, at en række behandlingsydelser kan leveres i kommunalt regi frem for på sygehuse – alt sammen til gevinst for patienters oplevelse af nærhed. Almen praksis er det sted hvor relationsarbejdet og populationsansvaret for alvor har mulighed for at træde i karakter. Det er almen praksis, der oftere kender det enkelte menneske, og ikke kun personens diagnose eller problem, og som derfor for alvor tillader observationer og indsatser i øjenhøjde med patienter. Med henblik på nærhed og sammenhæng er kommunerne geografisk set nærmere på borgerne og har et andet kendskab til befolkningssammensætningen – men det er almen praksis der har populationsansvaret som fagligt kendetegn, og som er fokuseret på den individuelle patientrelation.

Det Etske Råds arbejde med relationer og omsorg set i lyset af sundhedsvæsenets organisering, har tydeliggjort, at effektiv behandling og relationsarbejde, som fx omsorgsudøvelse, ikke er hinandens modsætninger, om end der kan opstå spændinger i relationen mellem de to. Eller formuleret på en anden måde: sundhedsvæsenet har som et vigtigt formål at levere en effektiv og faglig korrekt behandling, men dette formål må aldrig stå i modsætning til en omsorgsfuld behandling. Sker dette, risikeres ikke alene omsorgen. Behandlingen står også i fare for at blive mindre effektiv. Særligt i lange kliniske forløb, der fx omhandler diabetes eller KOL, er der så meget brug for patientens involvering og medinddragelse, at omsorg, empati og tryghed ikke kan adskilles fra det kliniske problem.

Mens sundhedsvæsenets høje specialiseringsniveau sikrer kvalitet i udredning og behandling giver det dog udfordringer for sammenhæng og nærhed, for den kan

give problemer med skift mellem sektorer, med kommunikation og med patienters oplevelse af den røde tråd i behandlingen.

Det er derfor afgørende, at man ikke taber blikket for patienten i et forløbsperspektiv. Kontinuitet, er i høj grad en organisatorisk problemstilling, som handler om at sikre *system* i omsorgen for patienter. Omsorgen kan siges at have to udtryk i tid, det er et *punkt*, i form af en indlæggelse, men det er også et *forløb*. Den omsorg, som udfoldes i forbindelse med mødet, er velbeskrevet og passer til en almindelig forestilling om omsorg og behandling (omsorg ved konsultationen, ved sygesengen). Men lige så vigtigt er den omsorg som strækker sig over tid, som involverer flere specialer og sektorer og derfor mange møder. Her handler det ikke alene om, at hvert møde med en sundhedsperson er vellykket, men at forløbet er. At drage omsorg for patienters forløb, handler om 'systemets' evne til at tænke i sammenhænge og nærhed. Det handler om fornemmelsen af, at *sundhedsvæsenet*, og ikke blot de enkelte sundhedspersoner man møder netop denne dag, interesserer sig for sine patienter.

Med dette in mente har Det Etske Råd følgende bemærkninger til lovforslaget:

1) Sundhedsklyngernes virke

Det Etske Råds arbejde med konsekvenserne af specialisering, øget aktivitetsniveau og produktivitetsfokus indikerer, at der er brug for tiltag der skaber balance i sundhedsvæsenets organisering, således at interessen for nærhed, relationsarbejde og varetagelsen af det fælles populationsansvar stimuleres.

Rådet ønsker i den forbindelse, at tilslutte sig beskrivelsen af sundhedsklyngerne som " drivkraft for nogle af de forandringer i sundhedsvæsenet, som er nødvendige for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og sikre, at patienterne oplever sammenhæng, kvalitet og kontinuitet i deres forløb". På tilsvarende vis vil rådet også gerne understrege betydningen af, "at det strategiske faglige niveau er operationelt og handlekraftigt", som det siges.

Hvis sundhedsklyngerne skal medvirke til at den samlede kæde af behandlings-, rehabiliterings-, forebyggelses- og plejetilbud rykkes nærmere nærmiljøet skal de være et *innovativt* samarbejde, hvor der arbejdes med nye, praktiske løsninger der kan medvirke til at ambitionerne om nærhed, sammenhæng og kvalitet kan realiseres. Det er i den forbindelse 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.

2) Patienternes inddragelse

Det Ethiske Råd støtter de formuleringer, som fremhæver patienternes og de pårørendes perspektiv og erfaringer, som værende et centralt element i udviklingen af mere sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsområdet og mellem forskellige sektorer.

Det Ethiske Råd vil gerne understrege, at patientinddragelse rummer et element af 'egenomsorg', som kan være af særlig betydning i kroniske eller langvarige sygdomsforløb. Her er patienters evne til at være sin egen omsorgsudøver afhængig af sundhedsvæsenets tilbud om støtte til egenomsorg i form af patientuddannelse og andre tilbud, der øger patientens kompetencer og selvtilid til at kunne håndtere egne helbredsproblemer og indgå i egen løbende helbreds kontrol. Deltagelse i egen pleje har da også vist sig at have en række positive effekter. Det afbøder fx stress og angst, motiverer til at efterleve anvist behandling mens forøget kommunikation øger kvaliteten af pleje.

Sundhedsklyngernes fokus på at styrke samarbejde, sammenhænge og en omstilling til det primære sundhedsvæsen, således at flere opgaver kan varetages lokalt og med en homogen og høj kvalitet, fokuserer 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'.

Patientinddragelse udgør generelt en *aktivering* af patienten, som dog kun udgør den ene side af nærhed og omsorg. For patienter handler det ikke kun om at få et råderum, men, også om at blive set med behov, som man ikke selv kan artikulere. Egenomsorg og behandling på nære og lokale præmisser bør derfor tage højde for de, der ikke kan formulere behandling og omsorg som et krav, men ikke desto mindre har brug for den. For dem er det ikke kun vigtigt, at institutioner er åbne for partnerskaber, for hvad patienter og brugere ønsker og beder om, men at de er indrettede, så de *af sig selv* udøver omsorg – at institutioner er 'omsorgsspontane'.

Rådet finder, at dette kræver en øget bevidsthed i den kommunale sektor om hvad det indebærer at tilbyde behandling. En væsentlig klyngeopgave bliver således, at få en behandlingstilgang eller selvforståelse etableret i kommunerne. Og at behandling, involverer et til tider neutralt blik på patienten som 'en sundhedsopgave', der ikke påvirkes af de mellemværender der på andre områder måtte være mellem patienten og kommunen. For sårbare grupper, er det vigtigt at blive *behandlet* som patient (i ordets dobbelte forstand).

Det Ethiske Råd finder det væsentligt, at patienter får indflydelse på organiseringen af sundhedsvæsenet, sådan som der også lægges op til i kommentarerne til lovforslaget. Rådet har i den forbindelse forståelse for, at patienter ikke har fået en formel plads i sundhedssamarbejdsudvalgene, men mener til gengæld, at det

bør fremhæves, at det påhviler sundhedssamarbejdsudvalgene at tilrettelægge mekanismer, som sikrer at de til hver en tid indkaldes når det er relevant. Rådet opfordrer til, at der udarbejdes mere substantielle bemærkninger om hvorledes det sikres, at de inddrages i hvad der er relevant for *dem*, og ikke blot for udvalgets behandling af emner.

Rådet ønsker også at gøre opmærksom på, at det samme bør gælde for almen praksis, hvis faglige bidrag og generelle indsigt i det samlede sundhedsvæsen må siges at være meget væsentlige, hvis det ofte omtalte generelle løft af populationsansvaret skal sikres. Lidt karikeret rådgives regionspolitikere i høj grad af læger på hospitalerne, mens kommunalpolitikere bliver det af sygeplejersker m.v. Det er vigtigt, at den faglige rådgivning som læger med speciale i almen medicin tilbyder, indgår som grundlag for de politiske beslutninger.

3) Den datadrevne tilgang

Arbejdet i regi af sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger forventes at være 'datadrevet'. Der "skal udvikles relevante, herunder forløbsbaserede, data for populationen, der sammen med de Nationale Mål for Sundhedsvæsenet kan understøtte et datadrevet fokus". Der tales om en "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".

Der er ingen tvivl om, at databaserede tilgange til sundhed og særligt forebyggelse, er essentielle med henblik på at se ting på afstand, finde mønstre og variationer, forstå forskelle og hvad der kan være deres årsag – men der er også mulighed for, at et forøget fokus på datadrevne kilder til mønstre i en given population, kan skubbe til værdien af og interessen for andre observationer.

Der er således omkostninger forbundet med en kvantificerende og datadrevet tilgang til øget nærhed. Spørgsmålet er derfor, om dette er den rette tilgang til nærhed, omsorg og relationsarbejde, eller om det datadrevne fokus også risikerer at forandre relationsarbejdet?

Patienter har et helt selvfølgeligt krav på, at der er sikkerhed for effekten af behandlinger, ligesom de har brug for, at der kastes et fagligt og effektorienteret blik på sundhedsvæsenet tilbud, på deres vegne. Patienter har dog 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. Hvis der fx skal foretages målinger af hjemmeplejen frem for på et hospital, vindes en række goder i forhold til nærhed og ressourceforbrug. Og sådanne ydelser på kommunalt niveau skal selvfølgelig følge ens standarder, og ikke afhænge af lokale traditioner

eller personalets egen dømmekraft. Desto vigtigere er det, at der gives et større fagligt råderum for personalet, på de områder der *ikke* har medicinsk-faglige årsager til at kræve høj standardisering og dokumentationskrav, således at både den medicinsk-faglige del og den relations- og omsorgsorienterede del af sundhedsydelser forbedres i kommunalt regi.

Den 15. marts 2022

Til Sundhedsministeriet

Høringssvar over forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.

Ved præsentationen af Sundhedsprofilen for 2021 den 10. marts 2022 slog Søren Brostrøm fra Sundhedsstyrelsen fast, at den mentale sundhed i øjeblikket er den største sundhedsmæssige udfordring i Danmark. Det gælder i særlig grad unge, hvor den mentale trivsel er udfordret i hidtil uset grad. Søren Brostrøm slog endvidere fast, at der er et stort potentiale for flere partnerskaber mellem kommune og regioner på den ene side og civilsamfundet på den anden side.

Den kommende formand for Danske Regioner, Anders Kühnau, slog ved samme lejlighed fast, at sundhedsklyngerne skal være bedre til at finde lokale løsninger på de sundhedsmæssige udfordringer.

Det Sociale Netværk / headspace Danmark har siden 2009 arbejdet på at finde lokale løsninger på de stadig større mentale udfordringer for den enkelte dansker, herunder helt særligt børn og unge.

Med headspace har vi etableret rådgivningscentre i 28 kommuner, hvor unge kommer ind fra gaden og får hjælp og rådgivning omkring f.eks. kærestesorger, misbrug, problemer i skolen, ensomhed, tristhed, familieproblemer mv. Indsatsen i headspace hviler på partnerskaber med de 28 kommuner og med tre af fem regioner. Det betyder i praksis, at der fysisk er fremskudte kommunale medarbejdere i alle headspace-centre og tilsvarende fremskudte regionale medarbejdere i headspace-centrene i Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden. Dertil er der etableret en national chat og en national videorådgivning.

De fremskudte kommunale og regionale medarbejdere medvirker til, at unge hurtigere får den rette hjælp, herunder bliver brobygget til kommunale og regionale tilbud. En af civilsamfundets store forcer er evnen til at opfange børn og unge, som enten ikke passer ind i de kommunale og regionale tilbud eller af forskellige årsager ikke ønsker at benytte disse tilbud. I omkring hver femte samtale brobygger headspace børn og unge til andre tilbud, herunder kommunale og regionale tilbud. Og tilsvarende brobygger kommuner og regioner børn og unge til indsatsen i headspace.

headspace er kun et af mange flere civilsamfundstilbud, som hver dag over hele landet hjælper de mest sårbare og syge borgere i samfundet med en bred vifte af forebyggende og rådgivningsmæssige tiltag. Borgere, som ofte ikke har andre steder at søge hjælp. De nye sundhedsklynger giver derfor kun mening, hvis civilsamfundet tænkes ind fra starten og ikke blot inviteres til årlige dialogmøder eller lign. Generelt bør samarbejdet med civilsamfundet være et "skal" og ikke som i dag et "kan".

Inddragelse af det lokale civilsamfund vil også trække i retning af lokale løsninger på lokale udfordringer. Ikke mindst vil en inddragelse af civilsamfundet være et stort skulderklap til de tusindvis af frivillige, som hver dag gør en stor forskel over hele landet for sårbare og syge borgere.

I det lys har Det Sociale Netværk / headspace Danmark følgende bemærkninger til lovforslaget.



Det Sociale Netværk

Et initiativ under
Det Sociale Netværk

headspace

Det er 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.

Venlig hilsen

Trine Hammershøj
Direktør for Det Sociale Netværk / headspace Danmark



Sundhedsministeriet

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 15. marts 2022
Side 1
Ref.: JBJ
E-mail: jbj@etf.dk

Høringssvar vedr. lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Ergoterapeutforeningen takker for at være høringspart i forhold til lovforslaget om etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

På det overordnede plan kan vi i Ergoterapeutforeningen bakke op om lovforslagets mål om at etablere sundhedsklynger omkring akutsygehusene. 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.

Struktur gør det ikke alene

Hvis sundhedsklyngerne skal opnå den ønskede virkning, er det dog 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.

Vi har flere eksempler fra praksis på dette og fremhæver her tre:

Et eksempel er **hjælpemiddelområdet**, hvor snitfladen mellem hjælpemidler, som kommunerne er ansvarlige for at tildele efter serviceloven, og behandlingsredskaber, som er regionernes ansvar efter sundhedsloven, i årevis har givet anledning til problemer. Det eksisterende afgrænsningscirkulære, der burde afklare tvivlstilfældene, opleves ikke som brugbart i praksis, og i mange tilfælde ender kommuner og regioner med at skubbe ansvaret mellem sig, så borgerne risikerer at falde mellem to stole.

Et andet eksempel er **genoptræningsområdet**, hvor det er sygehusets opgave at udarbejde en genoptræningsplan, som kommunen tilrettelægger genoptræningsforløbet efter. Men bl.a. som følge af kortere og kortere indlæggelser når der ikke altid at ske en vurdering af patientens genoptræningsbehov på sygehusene, og hvis der ikke laves en genoptræningsplan, får patienten ingen patientrettighed til genoptræning. Det kan særligt være til skade for borgere, der fx kan være kognitivt påvirket, og hvor behovet overses eller borgeren ikke selv har ressourcerne til at sikre sig den nødvendige genoptræning og rehabilitering.

Et tredje eksempel er **psykiatrien**, hvor Sundhedsstyrelsen i deres faglige oplæg til 10-årsplanen beskriver, hvordan mange mennesker med psykiske lidelser oplever, at der ikke er sammenhæng i det tilbud, de får. Dette skyldes bl.a. manglende samarbejde mellem den regionale behandlingspsykiatri, socialpsykiatrien og træningsindsatser i kommunerne. Det rammer særligt de mest syge og udsatte, der som konsekvens af den manglende sammenhæng ikke får de indsatser, de har brug for.

Når det fremgår af lovforslagets bemærkninger, at overgange mellem sygehus, kommune og almen praksis ikke bør kunne mærkes hos den enkelte borger, er ovenstående områder derfor nogle, som sundhedsklyngerne bør forpligtes til at have særlig opmærksomhed på og samarbejde om.

Sundhedsklyngerne bør bidrage til forskning i den nære sundhed

Viden om effekten af sundhedsindsatserne i kommunerne er en nødvendighed for at kunne sikre den tilstrækkelige kvalitet i dem, men denne viden mangler i høj grad i dag. Sundhedsstyrelsen har derfor netop lanceret en forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen, der skal give viden om de sundhedsindsatser, der finder sted tæt på borgerne.

I Ergoterapeutforeningen mener vi, 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.

Vigtigt med tværfaglig repræsentation i sundhedsklyngerne

Det fremgår af lovforslaget, at sundhedsklyngerne på det fagligt strategiske niveau vil skulle bestå af repræsentanter for region, kommuner, almen praksis samt patienter og pårørende.

I Ergoterapeutforeningen finder vi det positivt, at patient- og pårørendeinddragelse er tænkt ind i sundhedsklyngernes arbejde. Vi mener dog herudover, at det er vigtigt at sikre, at det faglige strategisk niveau både har et behandlende og rehabiliterende fokus. Derfor anbefaler vi en tværfaglig sammensætning, som favner både lægelige, sygeplejefaglige samt fysio- og ergoterapeutiske kompetencer.

Ergoterapeutforeningen står gerne til rådighed for en uddybning dette hørings-svar.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
Formand for Ergoterapeutforeningen

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

15. marts 2022

Høringssvar vedr. Forslag til lov om ændring af sundhedsloven

3F ser gode perspektiver i etableringen af sundhedsklynger. Vi mener, at sundhedsklyngerne kan medvirke til at styrke sundhedsområdet via en bedre forebyggelse af sygdom. Yderligere vil sundhedsklyngerne også kunne bidrage til en bedre koordination 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.

En af de åbenlyse muligheder, der vil være med etableringen af sundhedsklyngerne, vil være muligheden for at styrke indsatsen mod social ulighed i sundhed. Vi er dog bekymrede for, hvorvidt ændringen af sundhedsloven reelt set kommer til at styrke indsatsen mod ulighed, og om man overhovedet gør brug af de muligheder, der er i forbindelse med lovændringen. Vi ser derfor gerne, at man med etableringen af sundhedsklyngerne stiller krav til, hvilke indsatser de nye sundhedsklynger 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 i de enkelte sundhedsklynger og til sundhedssamarbejdsudvalgene.

På samme vis bør der, efter vores opfattelse, generelt stilles mere konkrete krav til sundhedsklyngerne. Hvordan skal man f.eks. samarbejde om forebyggende sundhedssamtaler/sundhedstjek til udvalgte målgrupper, og dermed rekrutteringen til de helt grundlæggende forebyggelsestilbud som f.eks. rygestopaktiviteter? Dette er overhovedet ikke omtalt i lovforslaget, og dermed forpligter man ikke sundhedsklyngerne til at have fokus på initiativer, der på sigt kan mindske ulighed i sundhed.

Såfremt der ikke strammes op på denne del af lovforslaget, vil vi anbefale, at sundhedsministeren, som en del af sin bemyndigelse, får mulighed for at fastlægge nærmere regler herfor.

I lovforslaget er der lagt op til, at sundhedsklyngerne er bundet op omkring borgmestrene i de respektive områder. Dette er en naturlig kobling, om end det ville være anbefalelsesværdigt at sikre, at de kommunale sundhedsudvalg inddrages i de politiske beslutninger og prioriteringer. På samme vis er

FAGLIGT FÆLLES FORBUND
Kampmannsgade 4
DK-1790 København V
tlf. +45 70 300 300
fax +45 70 300 301
e-mail: 3f@3f.dk
www.3f.dk
CVR-nr. 31 37 80 28





det noteret, at der er beskrevet en aktiv patientinddragelse i det nye samarbejde, hvilket hilses med tilfredshed. Vi 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.

Venlig hilsen

Tina Christensen
Konstitueret formand

Til Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

sist@sum.dk

Faglige Seniorer har til høring modtaget forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Vi kan som udgangspunkt støtte formålet med forslaget, og vi kan støtte etableringen af en ny struktur som foreslået.

Faglige seniorer har særlig interesse i inddragelse af pårørende og patienter i arbejdet med at sikre en høj kvalitet og nærhed på sundhedsområdet, og her i særlig grad interesse for, hvordan seniorernes holdninger og interesser kan sikres i den kommende struktur.

Vi kan derfor blive bekymrede over, at det angives, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler for sundhedsklyngerne på bl.a. sammensætning og organisering. Vi ser gerne, at de ældres og andre gruppers repræsentation sikres i lovteksten.

Det er for os uklart, hvordan patienter og pårørende inddrages i arbejdet specielt på det faglige strategiske niveau. 2 repræsentanter for patienter og pårørende forekommer alt for snævert og denne repræsentation bør udvides. Udvidelsen bør give plads til at ældrerådene sikres mindst 1 repræsentant på det faglige strategiske niveau.

De eksisterende patientinddragelsesudvalg foreslås fortsat at skulle spille en rolle i den kommende struktur. Med det bredere syn på sundhedsområdets funktion og ønsket om større nærhed, bør disse patientinddragelsesudvalgs sammensætning gentænkes. Vi foreslår for at styrke nærheden og for at styrke de ældres position, at hver klynge får en repræsentant fra ældrerådene i patientinddragelsesudvalget valgt af ældrerådene i de kommuner klyngen omfatter.

Med venlig hilsen

Palle Smed

Direktør

Faglige Seniorer



Sundhedsstyrelsen
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Farmakonomforeningen takker for muligheden for at kunne komme med bemærkninger til høringen vedr. udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg).

Helt overordnet, er der brug for nytænkning og forandring på sundhedsområdet for at sikre et robust sundhedsvæsen, hvor der bl.a. er de rette kompetencer til at løfte opgaverne, og hvor vi forebygger og minimere ulighed i sundhed.

Farmakonomforeningen ser derfor positivt på forslaget om sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. 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. Netop medicinfokus savnes dog i lovudkastet.

Inddragelse af andre aktører i de nye klynger og i sundhedssamarbejdsudvalgene

Der lægges i forslaget op til, at der i hver region skal nedsættes et nyt sundhedssamarbejdsudvalg med et politisk og fagligt strategisk niveau, hvor fx almen praksis samt patienter og pårørende skal inddrages i udvalgets arbejde ved relevante dagsordener, ligesom at man lægger op til at klyngerne både på et fagligt og politisk niveau skal sikre yderligere inddragelse af fx patienter og pårørende fx ved dialogmøder.

Farmakonomforeningen er glade for, at man i den nye klyngestruktur prioriterer inddragelse højt. Patienter og pårørende-perspektivet er alfa-omega at tænke ind, for det er godt at have repræsentanter med øje for deres vilkår og deres behov. Sundhedsvæsenet er til for dem, og derfor skal patientinddragelsesudvalget bl.a. også være en vigtig medspiller.

Sundhedsvæsenet består dog også af mange aktører. Foreningen er glad for, at de praktiserende læger får en central plads i det nye klynge samarbejde. De er en vigtig aktør på sundhedsområdet sammen med de mange andre sundhedsprofessionelle, som hver dag arbejder for at sikre den bedst mulige pleje og behandling for den enkelte patient på hospital, akutpladser i kommunerne osv.:

Inddragelse og dialogen med de mange sundhedsprofessionelle bør derfor også 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. Og med hver deres speciale og faglighed kan de understøtte klyngerne, herunder sundhedssamarbejdsudvalgene, ift. at sikre mere ensartethed, kvalitet og sammenhæng på tværs.

Fokus på medicin skal systematiseres i en arbejdsgruppe

Bag ved den politiske aftale om en ny klyngestruktur står ønsket om at sikre, at sundhedsvæsenet er klar til at håndtere den demografiske udvikling, der bl.a. betyder, at der kommer flere ældre og kronikere.



Den udvikling betyder også, at der er behov for et styrket fokus på medicin, herunder specielt også de udfordringer med medicin, som der opstår i sektorovergangene. For med flere ældre og flere kronikere, som får medicin, vokser medicinudfordringerne også.

Vi håber, at den opgave vil blive en vigtig prioritet i de nye sundhedsklynger. For vi har allerede et problem i dag. Hvert år dør der op mod 5.000 danskere, og 100.000 indlægges grundet et lægemiddelrelateret problem. Det er alt for mange, og medicinudfordringerne for fx de ældre ser ikke ud til at blive mindre. Når levealderen stiger, lever flere med medicinkrævende kroniske sygdomme og lidelser, og over 1/3 af de ældre over 64 år bruger mere end fem forskellige slags lægemidler. Det øger risikoen for fejl.

Mange problemer med medicinfejl sker i sektorovergangene. Det kalder på handling. For vi bliver nødt til at få et bedre samarbejde om medicinen, så vi kan forebygge de mange fejl. Og her ser vi, at klyngerne kan have en vigtig forebyggelsesfunktion.

For klyngernes opgave er som tværgående organ bl.a. at styrke forebyggelsen og kvaliteten i hele regionen. Med fokus på det overordnede *hele*, både region og kommuner. Vi håber, at man vil systematisere den indsats og centralt fra anbefale eller fastsætte rammer for en arbejdsgruppe i de nye sundhedsklynger, som arbejder konkret med medicinsikkerhed, hvor faggrupper og organisationer der arbejder med lægemiddelhåndtering er repræsenteret.

[Dette flugter også med Danmarks Apotekerforenings forslag](#) om, at der er brug for et specialiseret udvalg, som skal være med til at sikre, at overgangen fra den specialiserede behandling på sygehus til det nære sundhedsvæsen fungerer – og der er styr på, hvilken medicin der er skal tages, og hvem der gør det.

Der er brug for nationale kvalitetsstandarder og handleplaner – også i klyngerne

Sundhedssamarbejdsudvalgene har også til formål at sikre ensartethed på tværs i regionen – bl.a. for sikre mere geografisk og social lighed i sundhed

Vi forstår behovet for, at sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene selv skal kunne igangsætte tiltag og lave planer for at igangsætte egne samarbejdsprojekter og udviklingsprojekter.

Men det er også vigtigt at sikre ensartethed mellem regionerne og på tværs af sundhedsklyngerne. En af sundhedssamarbejdsudvalgets opgaver er derfor også, at sikre implementering af nationale handleplaner.

Nationale handleplaner og kvalitetsstandarder er nødvendige, og vi 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.

Med ansvar skal følge økonomi og sekretariatsressourcer

Sundhedsklyngerne får et nyt stort ansvar – også i relation til de nye nærhospitaler, hvor sundhedsklyngerne skal være fundamentet.

Vi 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 jf. denne politiske aftale. Vi ser derfor frem til, at der foreligger en mere konkret plan for nærhospitalerne, herunder klyngernes funktion i det regi.

Hvis der er brug for uddybning af ovenstående bemærkninger, står vi selvfølgelig til rådighed.



Med venlig hilsen

Ann-Mari Grønbæk

Ann-Mari Grønbæk

Formand for Farmakonomforeningen

FARMAKONOMFORENINGEN

Ramsingsvej 30
2500 Valby

T: 3312 0600
F: 3314 0600

ff@farmakonom.dk
www.farmakonom.dk

FHs høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Regeringen, KL og Danske regioners aftale (og nu indeværende lovforslag) 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 samlede sundhedsreform.

Det har længe været en udfordring for det danske sundhedsvæsen, at borgerne kan ende i situationer, hvor ansvaret for deres behandlingsforløb placeres imellem regionernes sygehuse, kommunernes hjemmepleje og deres læge i almen praksis. Etableringen af sundhedsklynger er en del af grundlaget for den kommende sundhedsreform, og har potentiale til at skabe et fælles forum for de sundhedsansvarlige politikere og praktikere, så ansvaret kan placeres tydeligt, og så behandlingsforløb kan indrettes mest effektivt for borgeren.

Sundhedsklyngerne skal skabe et forpligtende samarbejde om borgerne

Det er en udfordring, at det ikke fremgår, hvilke tiltag der skal forpligte aktørerne i sundhedsklyngerne til konkrete indsatser. Samtidig er det uklart, hvilken beslutningskraft der vil ligge i sundhedsklyngerne. Derfor er der behov for at sikre, at klyngerne reelt bliver forpligtende og beslutningsdygtige. Dette kan der være flere veje til, men centralt står behovet for at give sundhedsklyngerne en tydelig retning og placering i sundhedsvæsenet, så det bliver klart for både borgere og medarbejdere, hvad sundhedsklyngernes rolle er. I lovforslaget fremgår det desuden, at den sammenhæng sundhedsklyngerne skal sikre, også handler om sammenhængen mellem sundhedssektoren og tilgrænsende sektorer. Der er behov for at afklare, hvad "tilgrænsende sektorer" reelt omfatter, og hvordan dette samarbejde skal styrkes.

I den forbindelse er det positivt, at lovforslaget åbner op for, at klyngerne vil skulle sætte fælles retning for og sikre lokal implementering af lokalt og nationalt aftalte initiativer og mål, som fx. kvalitetstiltag, handlingsplaner, forløbsprogrammer og andre tværsektorielle retningslinjer.

Tydelig placering af ansvar

Sundhedsklynger kan være med til at sikre et bedre samarbejde på tværs til gavn for borgerne. Men det er stadig en udfordring, at myndighedsansvaret placeres i enten kommunerne eller regionerne, så samarbejdet foregår på tværs af forskellige enheder med separat økonomi og ledelse. Dette giver en risiko for kassetænkning, og kan kaste grus i samarbejdsmaskinen. Fra borgerens perspektiv er det vigtigt, at sundhedsklyngerne fungerer som en sammenhængende enhed, hvor der effektivt kan træffes beslutninger om borgernes forløb og behandling, uden at borgeren ender imellem to stole.

Behov for afklaring af klyngernes økonomiske rammer

Til at finansiere etableringen af sundhedsklyngerne er der afsat 80 mio. kr. som fælles midler fra kommunerne og regionerne.

De midler kan naturligvis 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 incitamentet 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. Sådant en underfinansiering vil kunne risikere at presse kommunernes økonomi inden for andre velfærdsområder.

Inddrag medarbejderne i etableringen af sundhedsklyngerne

I afsnittet om "Etablering af sundhedsklynger" fremgår det, at det tætte fagligt strategisk samarbejde vil skulle bestå af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen, almen praksis samt patienter og pårørende. Det er vigtigt at sikre, at medarbejderne og disses repræsentanter inddrages i det strategiske arbejde omkring etableringen og driften af sundhedsklyngerne. Det er oplagt at inddrage medarbejderne gennem MED-udvalgene.

Klyngerne har potentiale til at mindske uligheden i sundhed

Ulighed i sundhed er en stor udfordring i Danmark. I borgernes interaktion med sundhedsvæsenet kan udsatte borgere særligt være i risiko for at falde igennem sprækkerne mellem de forskellige sektorer. Dette kan betyde, at de ikke får den rette behandling, eller at de bliver diagnosticeret for sent med store konsekvenser for deres helbred. Mange borgere er desuden afhængige af deres pårørende til at hjælpe dem med at navigere i sundhedsvæsenet, hvilket også kan føre til negative konsekvenser for de, som ikke har ressourcestærke pårørende til at hjælpe. Det er vigtigt, at sundhedsklyngerne kan sikre bedre forløb for sårbare borgere og fokusere på forebyggelse samt tidlig opsporing i forhold til borgere i sårbare positioner. Dette kan være med til at hjælpe sundhedsklyngerne med at mindske antallet af genindlæggelser.

FOAs høringssvar om sundhedsklynger mv.

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.

Der foregår i dag mange samarbejder på tværs af sektorer, og i alle regioner er der allerede etableret noget der ligner de foreslåede sundhedsklynger. Alligevel er der fortsat store problemer med at skabe sammenhæng. Hvis lovforslaget reelt skal have en effekt, er det derfor afgørende, at de nye sundhedsklynger bliver mere forpligtende end det samarbejde, der foregår i dag.

Lovforslaget lægger heldigvis op til, at klyngerne skal være forpligtende. Det er dog uklart, hvilke mekanismer der skal sikre det? 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. Det gælder også almen praksis, som er en af de væsentligste aktører i det nære sundhedsvæsen. De praktiserende læger er en vigtig samarbejdspartner for medarbejderne i kommunernes sundheds- og ældrepleje og er dermed også helt afgørende, hvis der skal sikres bedre sammenhæng for patienten.

Ulighed i sundhed

Der bør være et større fokus på ulighed i sundhed i lovforslaget. Borgere i sårbare positioner har langt større risiko for at blive tabt i sektorovergange, for ikke at få en sygdom opdaget i tide osv. Det kræver desværre stærke pårørende at finde rundt i vores komplekse sundhedsvæsen. Derfor bør det være en af sundhedsklyngernes hovedopgaver at sikre bedre forløb for sårbare borgere. Det kan knyttes sammen med, at sundhedsklyngerne ifølge lovforslaget skal have fokus på det fælles populationsansvar. Sundhedsklyngerne skal her tænke forebyggelse og tidlig opsporing i forhold til borgere i sårbare positioner. Dertil skal sundhedsklyngerne have fokus på at undgå genindlæggelser.

I lovforslaget står, at sundhedsklyngerne "skal sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer." Her bør det uddybes, hvad der menes med tilgrænsende sektorer? Det er vigtigt, at der bl.a.

er fokus på sammenhængen til det sociale område og beskæftigelsesområdet, da disse områder er helt afgørende, hvis vi skal hjælpe de borgere, som har det svært.

For at hjælpe borgere i sårbare positioner er psykiatrien helt central. FOA vil derfor gerne rose, at psykiatrien i så høj grad er tænkt ind i sundhedsklyngerne og allerede nævnes i § 1. Det er også positivt, at dobbeltdiagnosticerede nævnes som én af de grupper, som sundhedsklyngerne skal have fokus på.

I den kommende sundhedsaftale bør sundhedsklyngerne tænkes tættere sammen med at sikre større lighed i sundhed, og de sundhedsklynger med flest sundhedsmæssige og sociale udfordringer bør få ekstra ressourcer. I øjeblikket ligger der en aftale om, at sundhedsklyngerne får i alt 80 mio.kr. fra kommuner og regioner. Dvs. lige knap 4 mio.kr. til hver i gennemsnit. Det er et meget lille beløb. Klyngerne bør tilføres flere faste midler, så man kan igangsætte nogle mere tværgående projekter, som kunne have en reduceret ulighed i sundhed som omdrejningspunkt. Det kan være opsøgende arbejde eller forløb med særligt fokus på at sikre overgangen mellem region og kommune for de mest udsatte osv. Midlerne til klyngerne bør fordeles på baggrund af de socioøkonomiske udgiftsbehov, der gælder for det befolkningsgrundlag, som klyngerne dækker.

Datadeling

Der bliver med dette lovforslag ikke ændret i lovgivningen om datadeling. Til gengæld beskrives det meget klart, hvordan den fælles data er helt afgørende for at sikre sammenhæng og kvalitet. Lovforslaget beskriver også, hvordan sundhedsklyngerne kan bidrage til at sætte skub i at øge datadelingen og data til kvalitetsudvikling ved at se på den fælles population under ét.

Det er meget positivt, at der sættes fokus på datadeling. 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. Det skal ikke være et komplekst system med mange ”klik”, men let og smidigt for medarbejderne.

Der skal bl.a. sættes ind i forhold til de tekniske løsninger, fx ved hurtigst muligt at udvide det fælles patientoverblik til også at indeholde indsatser, mål og diagnoser.

Dertil bør der kommunikeres mere klart om, hvad datadelings-reglerne er i dag, og hvis der fortsat er barrierer, bør de fjernes. Der er mange forskellige opfattelser af, "hvad man må", og i FOA hører vi ofte, at forskellige data ikke må deles pga. lovgivning. Et eksempel er, at der i Altingets sundheds-podcast "Stuegang" forleden blev sagt, at der ikke er hjemmel til, at sygehusene udleverer alle relevante oplysninger til de kommunale akutpladser. Ifølge podcasten må hospitalet udlevere oplysninger om den pleje, som borgeren har brug for, men kommunen må ikke få lægens epikrise.¹ Sådanne barrierer bør naturligvis fjernes.

Vigtigt med en solid aftale til at danne rammen

Lovforslaget beskriver mange forskellige udfordringer, som sundhedsklyngerne skal være med til at løse. Det gælder både i forhold til data, sammenhæng, omstilling til det nære sundhedsvæsen osv. Hvis det skal lykkes, kræver det en solid sundhedsaftale. Denne aftale bør bl.a. indeholde følgende punkter.

- En klar national retning, særligt i forhold til hvordan der skal ske en omstilling til det nære sundhedsvæsen.
- Mekanismer til at sikre, at sundhedsklyngerne bliver både forpligtende og funktions- og beslutningsdygtige. Hertil er det væsentligt, at alle relevante parter inddrages i sundhedsklyngerne – også almen praksis.
- En solid kvalitetsplan med klare krav til kommunerne.
- Langt bedre datadeling mellem sektorerne.
- Ulighed i sundhed som selvstændigt fokusområde, herunder hvordan en hovedopgave for sundhedsklyngerne bør være at sikre bedre forløb for borgere i sårbare positioner.
- Samtænkning til ældrelovsarbejdet og ældreområdet generelt. Mange ældre borgere har forløb på tværs af sektorer og er samtidig i sårbare positioner, så de risikerer at blive tabt i systemet.
- Klyngerne bør tilføres flere faste midler, så man kan igangsætte nogle mere tværgående projekter, som kunne have en reduceret ulighed i sundhed som formål.

¹ Politisk Stuegang #39: Kommunale sygestuer på umulig opgave? (25. februar 2022)



Til
Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

16. marts. 2022

Att: Signe Struberga

Høringssvar fra Foreningen af kommunale social-, sundheds- og arbejdsmarkedschefer i Danmark (FSD) til forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Sendt til: sum@sum.dk med kopi til sist@sum.dk.

Foreningen af Social-, Arbejdsmarkeds- og Socialchefer i Danmark (FSD) har modtaget forslag til lov om ændring af sundhedsklynger i høring. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og har følgende kommentarer til lovforslaget:

FSD finder det positivt, at der etableres lovgivning om sundhedsklynger med henblik på at styrke det lokale samarbejde på sundhedsområdet. Vi kan dog konstatere, at vi og mange andre aktuelt afventer Regeringens forhandlingsudspil til Folketinget om en kommende sundhedsreform, som statsministeren har meldt ud. Lovforslaget sætter dermed de fremtidige rammer for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets parter, mens fremtidigt indhold og arbejdsdeling endnu er uafklaret. 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.

I kommunerne udføres hver dag et stort arbejde med at udvikle det nære sundhedsvæsen, sammen med de praktiserende læger og det regionale sygehusvæsen. Lovforslaget lægger op til et politisk niveau i hver klynge med deltagelse af kommuner og region men ikke almen praksis. 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.

Det fremgår af lovbemærkningernes punkt 2.1.2, at flere opgaver skal løses i nærmiljøet, og at dette dels skal sikre bedre sammenhæng og nærhed for borgeren "... og samtidig frigøre ressourcer til patientbehandling på sygehusene". Det kan læses som en forventning om, at opgaverne i sundhedsvæsenet kan flyttes uden tilførsel af ressourcer, og at de frigjorte ressourcer på sygehusene kan anvendes til prioritering af andre / nye sygehusopgaver. FSD skal understrege, 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.

Det er 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.

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. FSD kan bekræfte, at der er behov for ændrede lovgivningsmæssige rammer, såvel i forhold til arbejdet i sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg som i forhold til individuelle forløb og ser frem til de konkrete lovudspil herom.

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, ligesom opgaven med at udforme en praksisplan flyttes fra de nedlagte praksisplanudvalg til regionsrådene. 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.

Med venlig hilsen

Jakob Bigum Lundberg,

formand FSD



sum@sum.dk
sist@sum.dk

21. marts 2022

Høringssvar vedr. lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Hjernesagen skal for det første beklage det sene høringssvar.

Hjernesagen er glade for, at Kommunernes Landsforening, 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 vi glade for opmærksomheden på at inddrage patienter og pårørende.

Hjernesagen repræsenterer mennesker med følger efter stroke og anden erhvervet hjerneskade og deres pårørende. De mærker tydeligt konsekvenserne af de manglende sammenhænge i overgangen fra genoptræning i regionsregi til genoptræning i kommunalt regi samt opfølgning på behandling og afklaring af deres funktionsevne efter udskrivelse m.v.

Etablering af sundhedsklynger – nærhed og kvalitet

Det fremgår af høringsmaterialet, at der er en forventning om at etableringen af sundhedsklynger vil øge nærhed og styrke kvaliteten.

Hjernesagen ser det nødvendigt at påpege, at nærhed ikke i sig selv styrker kvaliteten, bedre behandlingsforløb eller øger tilfredsheden for patienter og pårørende.

Der er ingen tvivl om, at det betyder meget for de fleste mennesker, at de ikke skal transportere sig langt i forhold til deres behandling, men det stiller høje krav til at vurdere, hvilke behandlinger der er egnede 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.

På strokeområdet har vi gennem de seneste mange år arbejdet hen imod specialiseret behandling få steder i landet og dedikerede afdelinger for stroke, da det



øger overlevelsen og reducere mén efter stroke. Det er vigtigt, at dette kvalitetsløft bevares.

Etablering af sundhedsklynger – deres organisering

Der arbejdes i høringsmaterialet med et politisk niveau med deltagelse af politisk valgte medlemmer fra regionsrådet samt borgmestre fra kommunerne.

Det er vanskeligt for os at vurdere, om en sådan ny konstruktion reelt skaber større sammenhæng for patienterne, når der ikke følger et fælles økonomiansvar med.

Patient- og pårørendeinddragelse

I Hjernesagen er vi naturligvis glade for fokus på høringsmaterialets inddragelse af patient- og pårørende.

Det er dog uklart, hvordan inddragelsen rent faktisk skal implementeres i den nye model.

Vi er helt på linje med Danske Patienter, når de skriver:

Gode organisatoriske rammer omkring patientinddragelsesudvalget og kompetent facilitering af brugerinddragelse i klyngerne er en forudsætning for, at patient- og pårørendeperspektivet bliver afspejlet i den måde, sundhedsvæsenet udvikles og organiseres.

I Hjernesagen er der en del medlemmer, som gerne vil inddrages i et sådant arbejde, men mange opgiver, da de har vanskeligt ved at deltage på grund af kognitive, kommunikative udfordringer. Det er derfor helt essentielt, at en patient- og pårørende inddragelse, hvor de reelt kan bidrage, faciliteres målgruppe specifikt, ellers er der risiko for "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.

Deling af data

I Hjernesagen har vi i årevis efterspurgt bedre tværsektoriel deling af data og, at der indsamles data, der dokumenterer rehabilitering indsatser og effekten af indsatserne.

Mange af Hjernesagens medlemmer finder det vigtigt at deres patientoplysninger bliver videredelt til sundhedspersoner, der skal understøtte deres videre behandling og rehabilitering. Det er blevet endnu mere aktuelt de seneste år, da hospitalsindlæggelserne på hjerneskadeområdet bliver kortere og kortere, og kommunerne og almen praksis i dag står med ganske komplekse patienter, som har brug for indsatser/behandling fra flere sektorer samtidig.



Hjernesagen
Vi tager hånd om hjernen

Desuden kan vi af Hjernesagens medlemsundersøgelse fra 2021 se, at langt de fleste medlemmer finder det meget vigtigt, at der forskes i netop stroke, anden erhvervet hjerneskade og rehabilitering efter erhvervet hjerneskade. Her spiller adgangen til data en central rolle for kvalitetsarbejdet.

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

Hjernesagen stiller sig meget gerne til rådighed for yderligere oplysninger og videre dialog om, hvordan patient- og pårørendeinddragelse rent faktisk kan etableres.

Med venlig hilsen

Maja Klamer Løhr
Leder af StrokeLinjen

Sundhedsministeriet
Holdbersgade 6
1057 Kbh K

Enhed: SPL0D
Sagsnr.:2113001

Sendt til sum@sum.dk med Signe Struberga sst@sum.dk i kopi

Høringssvar: Forslag til Lov om Ændring af Sundhedsloven (etablering af Sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

16. marts 2022

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

Dir. 31636607
mia@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

Tak for muligheden for at indgive høringssvar.

Kost og Ernæringsforbundet har følgende bemærkninger til det foreliggende lovforslag:

Vores medlemmer oplever generelt, at samarbejdet mellem sektorer er svært, og at både ernæringspleje, ernæringsterapi, og ernæringsbehandling har trænge kår i det samlede sundhedsvæsen. Vi håber meget, at man med sundhedsklyngerne bedre kan planlægge og gennemføre interventioner og behandling. Det vil have store positive effekter på folkesundheden.

Det drejer sig særligt om borgere med to problematikker.

- 1) Overvægt med/uden komorbiditet og kroniske sygdomme, og
- 2) Underernæring.

Ad 1 Overvægt med/uden komorbiditet/følgesygdomme og kroniske sygdomme.

Her kan borgere og patienter have flere kontakter til sundhedsvæsenet uden at blive tilbudt hjælp til at ændre deres kostvaner. Den netop offentliggjorte Nationale Sundhedsprofil viser, at over halvdelen af danskerne er overvægtige, og udviklingen går i den forkerte vej.

Desuden angiver 71% af mennesker med type-2 diabetes i Diabetes Forningens undersøgelse 'Livet med diabetes', at de ikke har fået hjælp af kommunen til at ændre deres spisevaner.¹

¹ https://diabetes.dk/media/4cvch/fd/appendiks_5_uddannelse_web.pdf

63% af kræftpatienter med udfordringer med vægt og underernæring svarer i Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, at de "i mindre grad" eller "slet ikke" har fået hjælp til dette.²

Og tæt på hver anden patient oplever, at den alment praktiserende læge "i mindre grad" eller "slet ikke" hjælper og støtter til ændring af livsstil på tilstrækkelig vis, hvis det er nødvendigt i forhold til sygdom, ifølge Danske Patienters 10 bud til Almen Praksis.³

Samtidig har diætister i kommunerne svært ved at hjælpe borgerne, da kommunen ikke definerer de autoriserede diætisters arbejde som behandling. De derfor ikke har adgang til patienternes sundhedsdata, såsom medicinoversigt, som diætisterne har brug for, for at kunne tilrettelægge deres vejledning til borgerne.

Almen Praksis har heller ikke mulighed for at henvise til diætister på sygehusene, og ikke alle kommuner har ernæringsprofessionelle ansat i deres sundhedstilbud. Derfor opfordrer vi til, at man i forbindelse med vedtagelse af lovforslaget sikrer, at kliniske diætister kan blive en del af praksisordningen, så borgere og patienter kan få et kvalificeret evidensbaseret tilbud tæt på.

Ad 2 Underernæring

Tidlig opsporing og behandling af underernæring blandt patienter og svækkede ældre kræver koordinering på tværs af sektorer, da disse oftere bliver indlagt, er indlagt længere pga. sværere forløb og genindlægges hyppigere.

Underernæring koster sundhedsvæsenet ca. 6 mia. kr. om året, men der findes ikke nationale data for området, og der findes ikke samarbejds- og kommunikationsstrukturer for overdragelse af patienternes ernæringsplaner og ernæringsbehandling.

Derfor har Kost og Ernæringsforbundet, sammen med 'Alliancen mod Underernæring' i mange år opfordret til, at man påbegynder indsamling af nationale data for underernæring, så patienter og borgere rettidigt bliver tilbudt forebyggende og behandlende indsatser.

Kost og Ernæringsforbundet opfordrer derfor også til, at ernæringsstatus, utilsigtet vægtudvikling og vægt bliver en del af den basisdatapakke, som sundhedsklyngerne skal arbejde ud fra. Netop den type sundhedsdata, vil gøre det nemmere for det samlede sundhedsvæsen at identificere den store gruppe danskere, som har brug for enten forebyggende initiativer

² <https://kost.dk/ernaeringsstoette-nedsaetter-indlagte-kræftpatienters-risiko-doe>

³ https://danskepatienter.dk/sites/danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Eqne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_unders%C3%B8gelser/almen_praksis_10-bud.pdf

ift. til en uheldig udvikling i vægt, under-/eller behandlingstilbud ved svær overvægt.

Men det vil også kunne identificere svækkede patienter og ældre, hvis sundhedstilstand kan stabiliseres eller forbedres ved indtag af tilstrækkelige mængder kalorier og protein, så de ikke indlægges, eller bliver udskrevet hurtigere, kan gennemføre genoptræning og blive mere selvhjulpne, eller kan komme sig efter en indlæggelse.

Med venlig hilsen

Mercan-Ellen Nielsen

Afdelingschef for Politik og profession

15. marts 2022

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

E-mail: Sum@sum.dk
Cc: Sist@sum.dk

Patientstøtte & Frivillig Indsats
Sekretariatet

Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Tlf +45 35 25 75 00

www.cancer.dk

UNDER PROTEKTION AF
HENDES MAJESTÆT DRONNINGEN

Høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven - Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Kræftens Bekæmpelse takker for muligheden for at kommentere på lovforslaget, som har til formål at udmønte *Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)* af 11. juni 2021 mellem regeringen, Danske Regioner og KL.

Vi ser positivt på, at der lægges op til en ændret lovgivning med henblik på at løse de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for som følge af den demografiske udvikling med flere ældre og flere patienter med kroniske sygdomme, og det er glædeligt, at der lægges op til yderligere inddragelse af patienter og pårørende i arbejdet med at højne kvaliteten i vores sundhedsvæsen. Vi ser dog en række problematikker i det fremlagte lovforslag i forhold til den foreslåede nye struktur. Vi efterlyser blandt andet klart formulerede kvalitetskrav til sundhedsklyngernes ydelser samt en beskrivelse af organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske rammer og incitamenter 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.

Til lovforslagets enkelte punkter har vi følgende bemærkninger:

Etablering af sundhedsklynger

Vi ser positivt på, at der i hver region etableres sundhedsklynger omkring hvert akutsygehus med henblik på et formaliseret samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis. Men det fremgår ikke, hvordan dette i sidste ende kommer patienten til gode. Det er vigtigt, at udflytning af opgaver fra sygehusene for at skabe mere nærhed ikke forringer den faglige kvalitet. Nærhed i sig skaber ikke nødvendigvis bedre behandlingsforløb eller en øget patienttilfredshed.

En vigtig forudsætning for, at sundhedsklynger får en stærk rolle i sundhedsvæsenet vil være, at det er klart defineret hvilke organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske rammer og incitamenter, der vil være for, at sundhedsklyngerne kan løfte det fælles populationsansvar på

tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis. Det er herunder en forudsætning, at det defineres klart, hvilke krav der vil være til fælles kompetenceudvikling på tværs af sektorerne.

Der er mange ønsker til, hvad sundhedsklyngerne skal medvirke til at løfte, men der ses ikke at være formuleret egentlige krav til de nye sundhedsklynger ud over formalia vedrørende etablering og organisering af besluttende niveauer. Det er vigtigt, at de opstillede mål for sundhedsklyngernes opgaver også bliver mulige at udmønte i praksis.

De opstillede formål for sundhedsklyngerne er så mange og brede, at sundhedsklyngerne reelt vil skulle prioritere deres indsatser, hvilket ikke ses nærmere italesat i høringsmaterialet. Etablering af sundhedsklyngerne skal blandt andet styrke forebyggelse af sygdom, men det bør præciseres, om det udelukkende drejer sig om sekundær forebyggelse, eller om det også drejer sig om primær forebyggelse. Hvis det sidste er tilfældet, vil sundhedsklyngerne få et meget stort ansvar fra forebyggelse af sygdom til rehabilitering, kronisk sygdom og psykiske lidelser.

Det er afgørende, at der er et tilstrækkeligt økonomisk grundlag til at understøtte den ønskede faglige udvikling. Det fremgår af høringsmaterialet, at sundhedsklyngernes arbejde skal understøttes med 80 mio. kr. i 2022 til opstart af sundhedsklyngernes arbejde, der afsættes med en 50/50 fordeling mellem regioner og kommuner. Men vi efterlyser en nærmere beskrivelse af det fremtidige økonomiske grundlag for den nye samarbejdsstruktur, herunder de økonomiske incitament, der skal understøtte den ønskede faglige udvikling.

Ud over de formelle rammer er der behov for, at nationale retningslinjer og standarder definerer det ønskede kvalitetsniveau for sundhedsydelser i kvalitetsklyngerne. Disse bør udarbejdes af Sundhedsstyrelsen, og der bør afsættes ressourcer til dette, da det er en meget stor opgave. Der bør afsættes ressourcer til Sundhedsstyrelsens udarbejdelse af kvalitetsstandarderne i samarbejde med en række parter - og til den nødvendige kompetenceudvikling og den faktiske varetagelse af opgaverne på det ønskede kvalitetsniveau i kommunerne. Endelig bør det klargøres, hvad der er Sundhedsstyrelsens rolle i forhold til efterlevelsen af standarderne og om denne bør styrkes, da Sundhedsstyrelsen i dag ikke har hjemmel til at sanktionere kommunerne, hvis de ikke lever op til veldefinerede kvalitetskrav.

Kræftens Bekæmpelse lægger stor vægt på, at temaerne rehabilitering, senfølger og palliation indgår konkret i kvalitetsstandarderne, da det er områder med stor betydning for store patientgrupper, herunder kræftpatienter, og da det er områder, hvor indsatsen i dag er meget uensartet. Det bidrager i dag til ulighed på tværs af landet. Betydningen af dette er understreget af, at temaerne ikke er nævnt i det netop offentliggjorte udspil til sundhedsreform.

I den sammenhæng bør det også præciseres, hvordan det sikres, at også kommunernes social- og arbejdsmarkedsområder integreres i samarbejdsstrukturen, da det er helt nødvendigt i.f.t. arbejdet med f.eks. senfølger, tilbagevenden til arbejdsmarkedet m.v.



Det vurderes også at være vigtigt, at den nye struktur med sundhedsklynger følges og evalueres nationalt og ikke kun inden for den enkelte region. Det er usikkert, om sundhedsklynger vil kunne skabe mere sammenhæng og flere opgaver ud af sygehuset, så længe der ikke er flere krav og incitamentet defineret fra national side.

Det politiske niveau

Det fremgår af høringsmaterialet, at det politiske niveau i sundhedsklyngen skal bestå af regionsrådsmedlemmer, heriblandt regionsrådsformanden, og borgmestrene for de deltagende kommunalbestyrelser. Det kan overvejes, om vægten i regionens repræsentation i det politiske niveau i højere grad bør ligge på udvalgsformænd end på regionsrådsformanden.

Det fagligt strategiske niveau

Der står i høringsmaterialet, at det fagligt strategiske niveau skal være handlekraftigt og kunne iværksætte indsatser hurtigt. Dette er vi enige i, men det fremstår uklart, hvordan det sikres, at repræsentanterne har den fornødne driftsmæssige og stærke faglige viden til at iværksætte indsatser, der understøtter bedre patientforløb. Det er en risiko for, at det fagligt strategiske niveau bemandes på for højt ledelsesniveau til at det kan være fagligt og praktisk operationelt. Og det er ikke beskrevet i materialet, om der skal planlægges med yderligere et samarbejdsniveau under det faglige strategiske udvalg (a la de nuværende samordningsorganer).

Etablering af sundhedssamarbejdsudvalg

Med udkast til lovforslag lægges der op til, at der etableres et sundhedssamarbejdsudvalg i hver region, som skal erstatte de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg.

Vi ser positivt på ønsket om nedsættelse af sundhedssamarbejdsudvalg bestående af repræsentanter for regionsrådet, heriblandt regionsrådsformanden, samt en borgmester fra hver sundhedsklynge, og at sundhedssamarbejdsudvalget vil skulle stå for at koordinere og sætte retningen for arbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger.

Det er dog en bekymring, om fokus på almen praksis' vigtige rolle i sundhedsvæsenet bliver nedprioriteret som følge af, at de eksisterende regionale praksisplanudvalg bliver nedlagt. Det fremgår af høringsmaterialet, at sundhedssamarbejdsudvalget alene vil skulle inddrage repræsentanter for almen praksis (og repræsentanter for patienter og pårørende) i deres drøftelser, når det er relevant. Kræftens Bekæmpelse er opmærksomme på, at indholdet i udkast til lovforslaget har vakt bekymring hos Praktiserende Lægers Organisation (PLO), idet praktiserende læger i dag er repræsenteret i de nuværende regionale sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg, som nu foreslås nedlagt. Kræftens Bekæmpelse deler denne bekymring, og mener, at der er behov for klart at definere de praktiserende lægers rolle i det nye tværsektorielle samarbejde.



Det fremgår af høringsmaterialet, at lovforslaget ikke ændrer ved, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen indgår en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Det vil sige, at den regionale sundhedsaftale også fremover kommer til at sætte rammen for det tværsektorielle samarbejde i regionens geografiske område på udvalgte områder/målgrupper, men sundhedsklyngerne får populationsansvar. Den nuværende vejledning vedrørende sundhedsaftaler har gode takter og skal revideres som følge af lovforslaget. I Kræftens Bekæmpelse mener vi, at det er vigtigt, at der som ved den seneste revision af vejledningen fortsat er patientrepræsentation i arbejdet.

Patient- og pårørendeinddragelse

Det er glædeligt, at der lægges op til, at de foreslåede sundhedsklynger og samarbejdsudvalg i højere grad end de eksisterende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg skal inddrage repræsentanter for patientinddragelsesudvalget eller andre repræsentanter for patienter og pårørende.

I Kræftens Bekæmpelse ser vi positivt på en højere grad og mere formel patientrepræsentation, herunder at repræsentanter for det regionale patientinddragelsesudvalg vil blive tilbudt faste pladser i sundhedsklyngerne på det faglige strategiske niveau. Ligeledes ser vi positivt på, at repræsentanter for patientinddragelsesudvalget vil skulle inviteres til dialogmøder om konkrete emner i sundhedsklyngernes politiske niveau.

Vi har hæftet os ved, at det i høringsmaterialet fremgår, at det også vil kunne være muligt at inddrage andre repræsentanter for patienter og pårørende i sundhedsklyngernes og sundheds-samarbejdsudvalgenes drøftelser. Dette mener vi er vigtigt, idet det vil kunne sikre, at sygdomsspecifikke erfaringer inddrages, når dette er relevant i forhold til de konkrete sundhedsemner, som skal drøftes.

I Kræftens Bekæmpelse er vi 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. Vi er blandt andet meget enige i behovet for at udvide antallet af brugerrepræsentanter i kommende regionale patientinddragelsesudvalg.

Deling af data

Lovforslaget indeholder ikke ændringer i forhold til det juridiske grundlag for deling af data, men det fremgår, at Sundhedsministeriet løbende vil vurdere mulighederne for at tilvejebringe de relevante hjemler, eller give det relevante fortolkningsbidrag til at sikre den nødvendige datadeling. Ligeledes fremgår det, at der er enighed om, at dagsordener til sundhedsklyngemø-

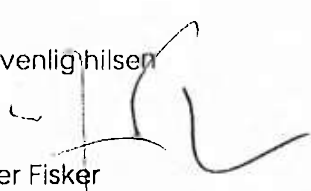


derne skal være dataunderstøttet, og at der til det formål skal udvikles såkaldte basisdatapakker med relevante data, der belyser de enkelte sundhedsklyngers population. Endvidere arbejdes der på, at sundhedsklyngerne ved digitale løsninger får mulighed for adgang til relevante data.

Aktuelt er der et stort problem med sekundær brug af data på grund af fortolkninger af GDPR, som reelt forhindrer deling og dermed forskning og udvikling. I Kræftens Bekæmpelse vurderer vi, at der er behov for fortolkningsbidrag, der adresserer de mange ubekendte, der gør sig gældende i forhold til samfundsvidenskabelig forskning.

I Kræftens Bekæmpelse ser vi positivt på, at danskernes sundhedsdata bringes mere i spil til understøttelse af patienternes samlede forløb og til kvalitetsarbejdet mere generelt. Dog efterspørger vi 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.

Med venlig hilsen



Jesper Fisker
Administrerende direktør

Sundhedsministeriet



**Høringssvar fra Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND),
København Universitet vedr. forslag til ændring af Sundhedsloven -
Etablering af Sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.**

11 MARTS 2022

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet har bedt Institut for Folkesundhedsvidenskab (IFSV) om at svare på høringen, da instituttet har almen medicin og sund aldring som område. IFSV og Center for Almen Medicin ved IFSV har udarbejdet nedenstående høringssvar.

LEDELSESSEKRETARIATET

BLEGDAMSVEJ 3

KØBENHAVN N

Instituttet takker for muligheden for at afgive høringssvar. Vi har i mange år undervist, forsket og gennemført evalueringen af indsats vedr. det fokus, som fremgår af lovforslaget; hvor det bl.a. hedder:

DIR 93565764

mathias.westermann@sund.ku.dk

"I hver region etableres der omkring hvert akutsygehus sundhedsklynger, som er et formaliseret samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om indsatsen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang om indsatsen for sammenhængen mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Det gælder for både det somatiske og psykiatriske område."

"Sundhedsklyngen skal løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen."

Baggrund: Om den grundlæggende model for organisering af sundhedsvæsenet

Vi kan fra vores forskning, evalueringer og uddannelse bekræfte den betydning af almen lægepraksis, som også WHO gennem årtier har meldt ud. I kort form kan råd skrives som:

- placer en medicinsk, almen kyndig person i befolkningens nærsamfund
- skab let og lige adgang til den person

- sørg for at der er kontinuitet i læge-patientforholdet i denne del af sundhedsvæsenet
- sørg for at denne person kender de almene og kommunale sundhedstilbud godt
- lad ud fra rationelle sundhedsøkonomiske principper denne person have visitationsopgaver, så der er faglig, rationel kontrol over brug af ”dyre, afledede ressourcer i sundhedsvæsenet”, bl.a. brug af sygehusydelser

Vi har i Danmark udviklet denne person – den alment praktiserende læge – med tilhørende fagligt personale som et lægeligt speciale. Men siden kommunalreformen i 2007, hvor fokus var på at skabe et moderne, rationelt drevet sygehusvæsen, har der manglet tilstrækkeligt fokus på almen lægepraksis og udviklingen af en tidssvarende samarbejdsmodel til det øvrige sundhedsvæsen. Endvidere har vi mangel på almenlæger i Danmark. Borgerne har mange steder ikke reelt frit lægevalg, da der er lukket ned for at skifte læge. Der har i adskillige år været sundhedspolitiske dokumenter, der har talt om sammenhængende patientforløb i et opsplittet sundhedsvæsen, - men viljen til at sikre midler og metoder har ikke stået mål med de sproglige formuleringer på området.

Generelt forslag: Reformen må sikre fokus på almen lægepraksis

Det er derfor meget 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.

Specifikke forslag: Hvordan Institut for Folkesundhedsvidenskab og Center for Almen Medicin vil bidrage til at gå fra flotte ord til realiteter

Instituttet har en lang tradition for at have et bredt program for forskning, uddannelse og rådgivning vedr. almen praksis og den primære sundhedstjeneste – samt for relationen til andre dele af sundhedsvæsenet. Vi arbejder tværfagligt, når vi forsker i sundhedsvæsenets organisering og evaluerer forsøg og eksisterende ordninger. Vi vil fortsat prioritere sundhedstjenesteforskning og medvirker meget gerne til, at der parallelt med en evt. implementering af sundhedsklynger skabes solid evidens for deres effekt – eller mangel på samme. Vi kan f.eks. gennem patienttilfredshedsundersøgelser belyse, om almen praksis fortsat beholder den eksisterende kontinuitets rolle for patienterne - ikke mindst for det stigende antal ældre med kroniske og ofte multi-kroniske tilstande, der har

et stort forbrug af sundhedsvæsenets ydelser. Vi vil også videreføre og anvende vores ekspertise på registerforsknings området, hvor vi med registre belyser forløb, sammenhænge mv.

PAGE 3 OF 3

Vi er parate til at medvirke til ønskede evalueringer af forsøgsordninger – og udviklingsprojekter, der tilsigter at nå de mål, som lovforslaget omtaler. Intentionen bag lovforslaget er at realisere et nært, sammenhængende sundhedsvæsen med rationel brug af vort sygehusvæsen og socialvæsen. Vi er parate til ved vores institut at gå seriøst ind med vores ekspertise i denne udvikling.



Odense 17.03 2021

LAP høringssvar: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg)

LAP takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. LAP har følgende bemærkninger:

- Det er yderst relevant at nedsætte samarbejdsudvalg, så det tværsektorielle samarbejde styrkes. Mangel på tværsektorielt samarbejde er et af de største strukturelle problemer i vores samfund, og mange psykiatribrugere tabes desværre alt for ofte mellem to stole. Det er positivt, at patientforeninger tilbydes pladser i de forskellige udvalg, der etableres under den nye struktur.
- LAP er dog bekymret for, at psykiatribrugeren igen bliver taberne i de nye sundhedsklynger og samarbejdsudvalg. Vi 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.
- LAP ser således en klar beskrivelse af brugere og pårørendes indflydelse i sundhedssamarbejdsudvalg og patientinddragelsesudvalg som værende afgørende, da disse repræsentationsfora ellers vil forekomme 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.
- I LAP's optik skal der følge fornødne økonomiske ressourcer med udmøntningen af sundhedsklynger, da man ellers må forvente et begrænset incitament for det ressourcekrævende samarbejde blandt involverede parter. De i lovforslaget forslåede kr. 80 millioner forekommer, som et særdeles beskedent finansieringsgrundlag.
- Endelig er forskelle i fordelingsstrukturer og økonomiske rammer blandt regioner og kommuner forhold, som udmøntningen må adressere, hvis sundhedsklynger skal lykkedes med at skabe reel positiv forandring for psykiatribrugere.

Med venlig hilsen

LAP – Landsforeningen Af nuværende og tidligere Psykiatribrugere
Store Glasvej 49, 5000 Odense C.
www.lap.dk

Sundhedsministeriet

Att.: sum@sum.dk; sist@sum.dk

Høringssvar til forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Lederne har den 18. februar 2022 modtaget høring udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven – Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v. Lovforslaget har til formål at udmønte Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) af 11. juni 2021 mellem regeringen, Danske Regioner og KL, hvor parterne er enige om, at sundhedsvæsenet står over for betydelige udfordringer som følge af den demografiske udvikling, der bl.a. betyder flere ældre og flere patienter med kroniske sygdomme, og at en del af løsningen på udfordringerne er etablering af nye formaliserede sundhedsklynger omkring hvert af landets akuthospitaler og forenkling og styrkelse af den nuværende politiske samarbejdsstruktur i hver region. Loven træder i kraft 1. juli 2022.

København
den 04. marts 2022

I indledningen til lovforslaget bemærkes at: *"Der er behov for at tænke indsatsen bedre sammen på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer".*

Lederne 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.

Lederne foreslår derfor, at §2, stk. 4, sidste sætning formuleres: *"Det faglige strategiske niveau består af repræsentanter for henholdsvis regionen, herunder det psykiatriske område, de deltagende kommuner, almen praksis samt repræsentanter for patienter, og pårørende og arbejdspladser."*

Med venlig hilsen



Signe Tønnesen

Lederne

Vermlandsgade 65
2300 København S

Telefon 3283 3283

www.lederne.dk



Høringssvar

LÆGEFORENINGEN

HØRINGSVAR VEDR. UDKAST TIL LOVFORSLAG OM ÆNDRING
AF SUNDHEDSLOVEN (ETABLERING AF SUNDHEDSKLYNGER
OG SUNDHEDSSAMARBEJDSUDVALG M.V.)

17. marts 2022
Sagsnr: 2022 - 1689
Aktnr: 4258414

Lægeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar på vegne af såvel Lægeforeningen som de forhandlingsberettigede foreninger Yngre Læger og FAS.

Sundhedsklyngernes forudsætning for udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen

Indledningsvist vil Lægeforeningen gerne kvittere positivt for regeringens initiativ til etableringen af sundhedsklynger i det danske sundhedsvæsen. Der er behov for de foreslåede sundhedsklynger som en del af den organisatorisk forankring af udviklingen af det nære sundhedsvæsen i de kommende år.

Men 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.

Varige midler skal sikre sundhedsklyngernes fundament

Finansieringen af sundhedsklyngerne er indtil videre aftalt for en toårig periode og skal tages fra regionernes og kommunernes økonomi. Lægeforeningen er imidlertid bekymret for, om sundhedsklyngerne reelt kan løfte opgaven med de tildelte ressourcer.

Hvis sundhedsklyngerne skal leve op til den sundhedsfaglige ambition i lovforslaget, kræver det også et mere varigt og forudsigeligt økonomisk grundlag. Det vil give sundhedsklyngerne mulighed for at igangsætte egentlige sundhedsfaglige projekter og opbygge kompetent sekretariatsbetjening.

I det lys mener Lægeforeningen, at sundhedsklyngernes grundlæggende finansiering bør bestå af øremærkede varige midler til både udviklingsaktiviteter og drift. Varige

Formanden

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf: +45 3544 8500
Tlf: +45 3544 8201 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: cnr@dadl.dk
www.laeger.dk



midler vil skabe ro om klyngerne og give fundamentet til, at en robust og bæredygtig sundhedsklynge etableres.

En varig og forudsigelig finansiering vil samtidig reducere risikoen for, at sundhedsklyngerne bliver genstand for en kassetænkning mellem regioner og kommuner, som kan betyde, at klyngerne får et meget forskelligt grundlag for både deres udviklingsaktiviteter og drift. Selvom der vil være såvel regionale som lokale forskelle i rammerne for sundhedsklyngernes arbejde, er det 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.

Sundhedsklyngerne skal understøttes af bindende kvalitetsplaner

Udviklingen i sundhedsvæsenet har siden kommunalreformen i 2007 betydet, at kommunerne i stigende grad har udvidet og udviklet deres opgavevaretagelse, så de i dag varetager flere og mere komplekse sundhedsfaglige opgaver. Opgaverne er imidlertid grebet meget forskelligt an i kommunerne og løses på forskellig vis med varierende kvalitet i indsatserne til følge.

Den nye organisering med sundhedsklynger og sundhedssamarbejder vil ikke i sig selv skabe sammenhængende patientforløb og give det tiltrængte kvalitetsløft af det nære sundhedsvæsen, ikke mindst med tanke på kommunerne. Her er der brug for nationale kvalitetsplaner.

Lægeforeningen mener, at der brug for, at Sundhedsstyrelsen bliver sat i spidsen for en national kvalitetsplanlægning, der skal fastlægge kvalitetsstandarder, samt beskrive samarbejdsflader og forløb, herunder specialistrådgivning, hvis målet om høj ensartet kvalitet i hele Danmark skal opnås og sundhedsklyngerne, samt behandlingskvaliteten ikke skal udvikle sig i meget forskellig retning på tværs af landet.

Kvalitetsplanlægningen skal udmøntes i konkrete kvalitetsplaner for behandlingsområder f.eks. hjemme-sygepleje, socialpsykiatri, forebyggelse, rehabilitering, genoptræning og palliation. Herudover skal planerne understøtte udflytning af opgaver fra sygehusene og ændrede patientforløb ved at beskrive, hvilke aktører der kan varetage de enkelte dele af patientforløbet.

Implementeringskraft og faglighed er afgørende for klyngers succes

Lægeforeningen har tidligere foreslået, at der etableres faglige fora omkring sygehusene – et forslag der i regeringens optik nu er blevet til sundhedsklynger. Baggrunden for forslaget var, at Lægeforeningen mener, at vejen til at skabe bedre patientforløb på tværs af sektorer, går via et stærkere fagligt samarbejde om patienten, hvor der er lægefaglig indsigt, beslutningskraft og implementeringsevne fra både almen praksis, speciallægepraksis og sygehusene.

Sundhedsklyngernes succes afhænger af, at sundhedsfaglige fra kommuner, sygehuse, almen praksis og speciallægepraksis kan lave aftaler om konkrete patientgrupper og patientforløb. Antallet af repræsentanterne i sundhedsklyngerne skal ikke være mere omfattende, end den faglige problemstilling kræver. Til gengæld skal sammensætningen være dynamisk, så der suppleres lægelige fagpersoner ind, der har behandlingsansvar i organisatoriske enheder såsom sygehusafdelinger, alt afhængig af de patientgrupper og problemstillinger, som der arbejdes med. Klyngerne bør desuden have et tydeligt mandat, ret til at indgå



forpligtende aftaler inden for de fastlagte rammer, samt implementeringskraft til at føre disse aftaler ud i livet.

Læren fra Covid-krisen er vigtig at huske, da der her skete en ekstrem hurtig omstilling af sundhedsvæsenet, der blandt andet lykkedes, fordi fagfolk fik frihed og plads til at løse konkrete problemer i fællesskab.

Vigtigt med lægefaglig rådgivning – også af de politiske niveauer

Lovforslaget lægger ikke op til, at læger er fast repræsenteret i sundhedssamarbejdsudvalget og i det politiske niveau i sundhedsklyngerne, men at praksissektoren, herunder almen praksis, inddrages i drøftelse af relevante dagsordenspunkter.

Lægeforeningen vil igen understrege, at det er centralt, at disse beslutningsfora 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.

Sammenhæng og kvalitet kræver hurtig adgang til relevante data

Af aftalen om sundhedsklynger fremgår, at parterne er enige om, at der skal udvikles relevante, herunder forløbsbaserede data for populationen. Det er vigtigt for Lægeforeningen, at behandlere i hele sundhedsvæsenet får let læseadgang til relevante patientoplysninger.

Den adgang, som klinikere har til patientoplysninger i "Sundhedsjournalen", som udstilles på sundhed.dk, vurderer Lægeforeningen 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, som giver klinikere langt bedre overblik over data på tværs af sektorer, samt let læseadgang til relevante strukturerede patientoplysninger - inkl. undersøgelsesresultater fra fx billeddiagnostik, blodprøver mv.

Det vil gøre det muligt at tilgå patientdata, uanset hvor patienten sidst er blevet behandlet. 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.

Lægeforeningen henviser til vores høringssvar fra den 23. oktober 2018 angående ændring af sundhedsloven "Bedre digitalt samarbejde i sundhedsvæsenet mv.", der fremhæver, at lovændringen giver hjemmel til at dele patienters journaloplysninger mellem hospital, kommuner og praksis, når patienten er i aktuel behandling.



Fastlæg allerede nu fremtidig evaluering af de nye samarbejdsfora

Sundhedsklynger og sundhedssamarbejder erstatter de nuværende samarbejdsfora mellem kommuner, praksis og regioner. Hensigten er at bidrage til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb. 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.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen

Fra: LVS <lvs@DADL.DK>

Sendt: 17. marts 2022 22:44

Til: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>; DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>

Emne: SV: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Til sundhedsministeriet

LVS takker for muligheden for at kommentere på lovforslaget.

Vi har følgende kommentarer:

LVS er bekymret for, at lovforslaget vil medføre en svækkelse af faglig repræsentation og dermed potentielt af nødvendig lægefaglighed i sundhedsvæsenet uden for sygehusene.

Det er LVS' klare holdning, at den primære sundhedssektor skal styrkes, sådan at det fortsat vil være muligt at imødekomme størstedelen af befolkningens behov for sundhedsydelser tæt på dem. Det giver mening for patienten, og det giver mening i forhold til den bedste udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

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.

Etablering af de 21 sundhedsklynger omkring akutsygehuse kan være et relevant organiserende af det konkrete arbejde.

LVS har dog følgende forbehold:

De nuværende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg erstattes af et Sundhedssamarbejdsudvalg. Sundhedssamarbejdsudvalget udgøres af tre regionale repræsentanter og én borgmester fra hver sundhedsklynge. Den almenmedicinske faglighed er dermed ikke tiltænkt en plads i dette udvalg men kan inddrages, såfremt region og kommuner finder det hensigtsmæssigt eller relevant. Dette er en klar svækkelse af lægefagligheden i planerne for et bedre nært sundhedsvæsen, idet den almen medicinske lægefaglighed vidt og bredt kommer i spil, når der ændres på opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet. Et samarbejde på ledelsesniveau mellem region, kommune og almen praksis er nødvendigt for et fælles ejerskab og for muligheden for styrke det nære sundhedsvæsen, og et stærkere nært sundhedsvæsen skal blive til virkelighed for at forbedre kvaliteten i patientbehandlingen. Forbedringer i patientbehandlingen forudsætter, at den relevante lægefaglighed er til stede, der hvor beslutninger om patientbehandling træffes.

LVS finder derfor, at lovforslaget bør justeres, sådan at der sikres almen medicinsk repræsentation i de regionale sundhedssamarbejdsudvalg. I de tilfælde hvor sammensætningen af diverse beslutningsfora afgøres lokalt, bør almen medicinsk lægefaglighed også indtænkes.

Venlig hilsen

Marie Pinholt Krabbe

Sekretariatschef

Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS)

Kristianiagade 12, 2100 København Ø

Tlf. 35 44 84 06 - Mobil 23 71 33 40

ORGANISATIONEN AF
LÆGE
VIDENSKABELIGE
SELSKABER

Sundhedsministeriet
Att. Signe Struberga
sum@sum.dk
sist@sum.dk

17. marts 2022

Høringssvar vedr. etablering af sundhedsklynger og sundheds-samarbejdsudvalg m.v. – Sagsnr.: 2113001

Medicoindustrien har modtaget høringsmaterialet vedrørende ovennævnte og har i den forbindelse følgende bemærkninger:

Medicoindustrien læste med stor interesse om 'Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)' af 11. juni 2021 indgået mellem Regeringen, Danske Regioner og KL.

Medicoindustrien repræsenterer en bred vifte af hjælpemiddelproducenter, der leverer hjælpemidler til borgere med nedsat funktionsevne i medfør af Servicelovens §112. Det er bl.a. diabeteshjælpemidler som blodsuktermålere, teststrimler og lancetter (fingerprikkere) og insulinpumper, inkontinensprodukter som bleer og urinkatetre, produkter til borgere med senfølger af kræftsygdomme mv.

Medicoindustriens medlemmer er i daglig tæt kontakt med kommunernes bevillingskontorer, eventuelle sundhedsprofessionelle ansat i kommuner og på regionernes ambulatorier samt borgerne, der bruger medlemmernes produkter og relevante patientorganisationer, der repræsenterer disse borgere.

Vi har således indgående kendskab til de store problemer, der er med manglende sammenhæng for borgere, der bevæger sig over sektorovergangene mellem regionernes højt specialiserede behandlinger og til kommunernes bevillingskontorer, der ofte mangler sundhedsfaglige kompetencer.

Borgere med kroniske sygdomme, der har brug for hjælpemidler resten af deres liv, oplever i sektorovergangen en helt ny verden i kommunen, hvor man ofte tilbydes et andet hjælpemiddel, end det man blev visiteret til af regionen. Kommunernes økonomi er ofte presset, og derfor sker det ikke sjældent, at et hjælpemiddel bevilges ud fra dets anskaffelsespris og ikke ud fra hvilket hjælpemiddel, der bedst kompenserer borgeren for den permanente funktionsnedsættelse, og som måske på den længere bane også er mest omkostningseffektivt for kommunen.

Derfor er Medicoindustrien meget positive overfor det formål som aftaleparterne har med etableringen af de 21 sundhedsklynger, nemlig 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.

Hvis sundhedsklyngerne kan medvirke til at skabe bedre indsatser målrettet borgerne lokalt, så der kan sikres mere geografisk og social lighed i sundhed vil det være et kæmpe fremskridt. Ofte er der mange borgere, der ikke magter kampen mod kommunen i form af f.eks. en klage over bevillingen af det forkerte hjælpemiddel til Ankestyrelsen. Det vil alt andet lige som regel være de mest ressourcestærke borgere eller borgere med ressourcestærke pårørende, der går så langt – det er i hvert fald det vi erfarer fra de medlemsvirksomheder, som er tæt på borgerne omkring levering af hjælpemidler.

Men, det er samtidigt vores bekymring, at fordi der fortsat vil være tale om et delt myndighedsansvar mellem regionen og kommunen, så er etableringen af klyngerne ikke automatisk en garanti mod at borgerne fortsat vil blive kastebolde 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 der mere langsigtet vil være mest bæredygtigt – også i et økonomisk perspektiv.

Medicoindustrien noterer dog her, 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.

Medicoindustrien står selvfølgelig til rådighed med henblik på en uddybning af vores synspunkter.

Venlig hilsen

Lene Laursen
Vicedirektør

Høringssvar vedr. etableringen af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg

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.

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.

Danmark har en uudnyttet ressource i bedre brug af sundhedsdata, og det er et af de mest oplagte redskaber til at skabe bedre sammenhæng på tværs af sektorer. I regeringens udspil til en sundhedsreform fremgår det, at *"et samlet datagrundlag fra kommuner og praktiserende læger skal understøtte en plan for styrket kvalitet i det nære sundhedsvæsen, og er en forudsætning for sundhedsklyngernes arbejde med løbende at udvikle indsatserne både for forebyggelse og for fælles patienter, der fx er i kontakt med både sygehuset, kommunen og praksissektor."* Dette kunne med fordel være afspejlet i lovforslaget.

Oprettelsen af sundhedsklyngerne er en god anledning til at se nærmere på en generel forbedring af rammerne for brugen af sundhedsdata. Bedre brug af sundhedsdata er en nøgle til bedre og mere sammenhængende behandling tilpasset den enkelte, mere effektive sundhedsløsninger, styrket forebyggelse og bedre muligheder for klinisk forskning. Deling af data er også afgørende for at sikre de bedst mulige forløb for især sårbare patienter, der kan have svært ved at samle og viderebringe komplekse informationer om deres sygdom og behandling mellem forskellige sektorer og instanser.

Ansvar for indsamling, opbevaring, udveksling og adgang til data er i dag spredt over mange aktører og sektorer. Og en række juridiske barrierer medvirker til at hindre realiseringen af det store potentiale i en bedre brug af sundhedsdata indenfor behandling, kvalitetsudvikling og forskning. Resultatet er, at danske forskere, læger og virksomheder oplever komplicerede ansøgningsprocesser og lange ventetider.

17. marts 2022

Novo Nordisk Fonden
Tuborg Havnevej 19
DK-2900 Hellerup
Denmark

novonordiskfonden.dk
+45 3527 6600
CVR nr.: 10 58 29 89

Det besværliggør generel håndtering af data, reducerer mulighederne for at tilbyde den bedst mulige behandling til den enkelte patient og udgør en barriere for de forskere, der skal udvikle fremtidens sundhedsløsninger.

Der ligger allerede et grundigt og godt forarbejde på området i den fælles vision for bedre brug af sundhedsdata, som er udarbejdet af Sundhedsministeriet, Danmarks Statistik, KL, Sundhedsdatastyrelsen, Danske Regioner og Nationalt Genom Center i oktober 2021.

I februar 2022 offentliggjorde PWC, Kammeradvokaten m.fl. en vigtig analyse, der kommer med klare anbefalinger til bedre regulatoriske rammer for brugen af sundhedsdata. Novo Nordisk Fonden vil anbefale, at man følger konklusionerne heri, da der er behov for en generel modernisering af rammerne omkring sundhedsdata, som ellers kan være en barriere for det arbejde, som skal varetages af sundhedsklyngerne.

Hvis man vil lykkes med at skabe bedre sammenhæng i behandlingen for patienterne, er det afgørende, at man anvender de teknologiske muligheder, der er til rådighed. Sundhedsdata udgør et unikt potentiale, og det er derfor vigtigt, at man tænker brugen af sundhedsdata ind i konstruktionen omkring sundhedsklyngerne fra en start, så teknologien bliver en integreret del af den nye struktur og det arbejde, klyngerne skal udføre. Et sammenhængende sundhedsvæsen kræver, at data kan udveksles gnidningsfrit på tværs af sektorer og organisatoriske grænser, så relevant information om patienten er tilgængeligt for de behandlere patienten møder på sin rejse igennem systemet.

Med venlig hilsen

Martin Ridderstråle
Senior Vice President, Medical Science, Chief Medical Officer

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

15. marts 2022
Dokumentnummer: 22PEBL-70453

Ved mail af 18. februar 2022 har Sundhedsministeriet bedt om eventuelle bemærkninger til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven - Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Det fremgår af lovforslaget, at der i hver region omkring hvert akutsygehus etableres en sundhedsklynge, og at formålet er at løfte det fælles ansvar for borgere og patienter, herunder skabe sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Overgange mellem sygehus, kommune og almen praksis bør ikke kunne mærkes hos den enkelte borger, og det handler grundlæggende om, at regioner, kommuner og almen praksis skal samarbejde om, at flere sundhedsmæssige opgaver løses i borgernes nærmiljø, samtidig med at der frigøres ressourcer til specialiseret behandling på sygehusene.

Der vil ske en gradvis omstilling til det primære sundhedsvæsen, således at flere opgaver kan varetages lokalt, det vil sige at flere opgaver forudsættes løst i praksissektoren, i kommunerne og i hjemmet ved udgående og virtuel sygehusbehandling.

Hver sundhedsklynge får et politisk niveau og et strategisk niveau. I sidstnævnte deltager blandt andre repræsentanter for patienter og pårørende.

Efter lovforslaget vil der desuden blive etableret et sundhedssamarbejdsudvalg i hver af de fem regioner, der vil skulle inddrage blandt andre repræsentanter for patienter og pårørende.

De nuværende patientinddragelsesudvalg forudsættes videreført.

Patienterstatningens bemærkninger:

Patienterstatningen er en del af det samlede sundhedsvæsen i Danmark forstået på den måde, at det er vigtigt for alt arbejde i sundhedsvæsenet, at der er en myndighed, der samler op, når der sker patientskader. Patienterstatningsordningen sikrer både patienter og sundhedspersoner. Patienterne kan få den erstatning, de er berettiget til, og sundhedspersoner kan udføre deres arbejde i tillid til, at patienten bliver kompenseret, hvis der sker en patientskade. Sundhedspersonen behøver i sager om patientskader ikke beskæftige sig med erstatningssagen, som klares af Patienterstatningen.

Efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet § 23 har enhver autoriseret sundhedsperson pligt til at informere skadelidte om erstatningsordningen, hvis vedkommende bliver bekendt med en skade, som må antages at kunne give ret til erstatning. Pligten gælder både skader, som den pågældende sundhedsperson selv har forvoldt, og skader som andre sundhedspersoner har forvoldt.

Det er Patienterstatningens opfattelse, at man igennem årene på sygehusene og i almen praksis er blevet mere og mere opmærksom på informationspligten, og Patienterstatningen bidrager kontinuerligt til oplysning om patienterstatningsordningen gennem en bred vifte af informationsindsatser.

Vi er imidlertid bekymret for, om kendskabet til patienterstatningsordningen er tilstrækkeligt forankret i kommunerne. Vi har lavet flere informationsindsatser målrettet plejehjem og bosteder, men vi får stadig forholdsvis få sager fra kommunerne.

En del kommuner er selvforsikrede og har erstatningspligten for så vidt angår skader som følge af sundhedsfaglige behandling udført på et kommunalt behandlingssted, plejehjem eller lignende. Dyre erstatningssager kan derfor blive tunge og pludselige udgiftsposter i budgettet, særligt i mindre kommuner.

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. Det skal sikre, at patienter og pårørende ikke går glip af en erstatning, at sundhedspersoner er betrygget i, at der bliver taget hånd om patienten, hvis der sker skade i forbindelse med behandlingen – og at man i den kommunale økonomiforvaltning har mulighed for at budgettere med eventuelle erstatningsudbetalinger.

Vi ved, at den mest effektive oplysning til patienter om erstatningsmuligheder kommer fra de sundhedspersoner, som har kontakt med patienten. Patienterstatningen har derfor i en årrække arbejdet med at klæde sundhedspersonale bedre på til at oplyse patienter om erstatning i regionsregi. Vi har længe ønsket at etablere en tilsvarende koordineret oplysningsindsats i kommunalt regi, men det er svært dér at skabe opmærksomhed om patienterstatningsordningen.

Vi foreslår derfor, at det enten i selve loven eller i de bekendtgørelser mv., der udstedes i medfør af loven, præciseres at arbejdet med patientrettigheder og -erstatning skal indgå i etableringen af den nye struktur.

Med venlig hilsen

Karen-Inger Bast
direktør

Sundhedsministeriet

17. marts 2022

Høring over forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven – etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.

Psykiatrifonden
Hejrevej 43
2400 København NV

Psykiatrifonden takker for muligheden for at afgive høringssvar.

3929 3909
pf@psykiatrifonden.dk

Behovet for at sikre bedre sammenhæng mellem region, kommuner og almen praksis er stort. Sundhedsvæsenet står allerede *nu* overfor betydelige udfordringer, som kun vil tiltage yderligere som følge af den demografiske udvikling, der bl.a. betyder flere ældre og flere patienter med kroniske sygdomme, herunder psykiske sygdomme.

CVR. 1917 4883
Bank. 3001
7950741613

Psykiatrifonden har følgende kommentarer til Lov om ændring af Sundhedsloven (etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.):

Inddragelse af patienter og pårørende

Psykiatrifonden vil helt overordnet gerne kvittere 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.

Borgeren i centrum: Ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng

Det fremgår, at sundhedssamarbejdsudvalgets formål er at understøtte ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs i regionens sundhedsklynger for at sikre større geografisk og social lighed i sundhed. Det fremgår samtidig, at konkrete indsatser vil variere på tværs af sundhedsklyngerne, afspejlende forskellige udfordringer i de enkelte klynger.

Psykiatrifonden er indforstået med, at sundhedsklyngerne står over for forskellige udfordringer, men vil gerne understrege, at patienten og dennes pårørende altid bør være det centrale afsæt for fastlæggelse af rammer og retning for udvikling af samarbejdet på tværs af sundhedsområdet – ikke lokale udfordringer. Psykiatrifonden vil derfor gerne understrege behovet for ensartethed, høj kvalitet og sammenhæng på tværs af de regionale sundhedsklynger - borgeren i

Region Nordjylland skal mao. 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.

Forankring i praksis: Fælles ledelse og økonomi

Psykiatrifonden vil gerne understrege behovet for, at de nye samarbejdsstrukturer understøttes af ledelse, kompetenceudvikling og fordeling af ressourcer.

Forankring af sundhedsklyngerne i praksis vil kræve en re-orientering af visioner, ressourcer mv. og en grundlæggende anerkendelse af den gensidige afhængighed sundhedsaktørerne imellem, hvis borgerne skal sikres en mere sammenhængende indsats.

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

Fagligt oplæg til tiårsplan for psykiatrien

Endelig vil Psykiatrifonden gerne fremhæve sammenhængen mellem lovforslag om sundhedsklyngerne og det faglige oplæg til en tiårsplan for psykiatrien *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*, som Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet i samarbejde med en lang række aktører.

Flere af anbefalingerne i det faglige oplæg peger på sundhedsklyngerne, herunder anbefaling om akutte psykiatriske tilbud, opbygning af et lettilgængeligt, evidensbaseret behandlingstilbud til voksne med moderate psykiske lidelser og ikke mindst anbefalingen om en styrket koordination af det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser. Sidstnævnte anbefaling sigter netop 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, der med fordel kan tænkes etableret i regi af de kommende sundhedsklynger.

Psykiatrifonden appellerer til, at det faglige oplægs anbefalinger indtænkes fra start i etableringen af de nye sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg.

Med venlig hilsen,
Psykiatrifonden



Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

**Svar på høring vedr. udkast til lovforslag om ændring af
sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og
sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)**

Psyolognævnet finder ikke grundlag for at komme med bemærkninger i
anledning af høringen.

Med venlig hilsen

Sidsel Bomholdt Jacobsen

28. februar 2022

J.nr. 22-8712

Psyolognævnet
Ankestyrelsen
7998 Statsservice

Tel +45 3341 1200

ast@ast.dk
sikkermail@ast.dk
www.ast.dk

EAN-nr:
57 98 000 35 48 21

Åbningstid:
man-fre kl. 9.00-15.00

Rehabiliteringsforum Danmark



**Rehabilitation
International Denmark**
P.P. Ørums Gade 11, byg.8,
8000 Aarhus C
Telefon +45 7841 4400

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1037 København K.

info@rehabiliteringsforum.dk
www.rehabiliteringsforum.dk

Høringssvar Sundhedsklynger.

Rehabiliteringsforum Danmark har med interesse læst Udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.).

Rehabiliteringsforum ser mange gode udspil i lovforslaget, f.eks. at der i højere grad skal kunne udveksles data, og at data skal kunne bruges til kvalitetssikring og evt. forskning. Vi finder det også positivt, at man ønsker at sikre, at det ikke er borgeren, der skal belastes af manglende sammenhæng.

Vi ser dog også et problem i, at man i lovforslaget i vidt omfang sidestiller sundhed med behandling. Rehabiliteringsforum Danmark 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. Kun derigennem vil sundhedsklyngerne kunne tage et reelt populationsansvar,

Vi håber også, 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.

På vegne af Rehabiliteringsforum Danmark

Claus Vinther Nielsen, Formand

Fra: Maria Ulderup <ulderup@ruc.dk>

Sendt: 17. marts 2022 09:11

Til: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>

Cc: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>; RKS <dkuni@dkuni.dk>

Emne: Vs: HØRING: Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) (RUC 1061695)

Til Sundhedsministeriet

Jeg takker på vegne af Roskilde Universitet for muligheden for at give bemærkninger til: **Høring: Udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)**

Roskilde Universitet har følgende bemærkninger fra videnskabeligt personale til lovforslag om ændring af sundhedsloven:

"Lovforslagets formål om at etablere sundhedsklynger er yderst tiltrængt og prisværdigt. Det politiske og administrative setup virker fornuftigt.

Det er uklart om de 80 mio. kroner der er afsat til opstart er et samlet beløb for hele landet, hvilket i givet fald er alt for lidt, eller det gælder for hver sundhedsklynge.

Det bør præciseres."

Med venlig hilsen

Maria Ulderup

Studertermedhjælper

Roskilde Universitet

Kommunikation og Rektorsekretariatet

Universitetsvej 1

DK-4000 Roskilde

Telefon: +4546742024

ruc.dk

facebook.com/ruc.dk

twitter.com/roskildeuni

instagram.com/roskildeuniversitet

HØRINGSSVAR VEDR. FORSLAG TIL LOV OM ÆNDRING AF SUNDHEDSLOVEN (ETABLERING AF SUNDHEDSKLYNGER OG SUNDHEDSSAMARBEJDSUDVALG M.V.)

Rådet for Socialt Udsatte takker for høringen og tilslutter sig lovforslaget med nedenstående bemærkninger.

Rådet 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.

Rådet anbefaler, at lovforslaget styrkes i forhold til at sikre social lighed i sundhed, og har derfor bemærkninger til forslaget om sundhedsklyngernes opgaver, sundhedssamarbejdsudvalget og forslaget om inddragelse af patienter og pårørende.

Sammenhæng i behandling for socialt udsatte mennesker

Rådet lægger vægt på, at sundhedsklyngerne får mulighed for at beslutte udmøntning af midler til udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer. Hvis sundhedsklyngerne skal leve op til deres formål og sikre sammenhæng, er det nødvendigt, at sundhedsklyngernes aftaler vedr. sammenhæng for patienter bliver forpligtende for klyngens kommuner og region, og at der sker en opfølgning.

I lovforslaget er opgaverne i sundhedsklyngerne beskrevet overordnet, så der kan prioriteres og tilpasses lokalt. Selvom Rådet anerkender, at sundhedsbehov kan variere i forskellige områder af landet, mener Rådet, at der er behov for en mere præcis opgavebeskrivelse for at sikre lighed i sundhed på tværs af landet - særligt i forhold til nedenstående udfordringer:

Sammenhængende behandling for socialt udsatte mennesker med dobbeltdiagnoser.

I lovforslagets bemærkninger nævnes det, at sundhedsklynger kan være med til at sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb for mennesker med psykisk lidelse og samtidig afhængighed af stoffer og/eller alkohol.

Mennesker med dobbeltdiagnoser findes i alle regioner, og med mange forskellige kontaktflader i både regioner og kommuner falder de alt for ofte mellem stole på nuværende tidspunkt. Derfor anbefaler Rådet, at det skal være en bunden opgave for alle sundhedsklynger at sikre sammenhængende behandling for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelafhængighed. Det vil være nødvendigt, uanset at der etableres et samlet behandlingstilbud i regionalt regi for mennesker med





dobbeltdiagnoser, idet der fortsat vil være stort koordineringsbehov med det kommunale for disse patienter.

Praktiserende læger til socialt udsatte mennesker

Mennesker i social udsathed mangler ofte kontakt til egen læge, eller bruger deres egen læge alt for lidt. Det er heller ikke alle praktiserende læger, der har den fornødne faglighed til at hjælpe socialt udsatte mennesker med komplekse problemer.

Derfor anbefaler Rådet, at sundhedsklyngerne sikrer, at der etableres samarbejde med praktiserende læger, som har særlig interesse og kompetence inden for social udsathed.

Målet er, at mennesker i social udsathed møder læger, der er godt fagligt klædt på til at tage imod dem og derved også sikrer nødvendige henvisninger til speciallæger, psykologer og andre sundhedstilbud.

Rådet 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, fleksibilitet, opsøgende indsatser og kompetenceudvikling blandt praktiserende læger inden for social udsathed mv.

Inddragelse af mennesker i social udsathed

Socialt udsatte mennesker er sjældent organiseret i patientforeninger, og 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, så det sikres, at socialt udsatte menneskers perspektiv bliver repræsenteret i arbejdet.

Kira West
Formand for Rådet for Socialt Udsatte

Til Sundhedsministeriet

Høringssvar til: Forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Undertegnede ønsker hermed at komme med følgende høringssvar. Svaret omhandler kun den del af lovforslaget, der beskriver etablering af Sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalg. Mine forslag til ændringer knytter sig til tre områder:

.1. Den overordnede ledelsesorganisation af klyngerne (Governance og ejerskab).

Problemerne i lovforslaget:

I mange af de tidligere tanker om sundhedsklynger, er ejerskabet lagt ud til de tre parter (Sygehusene (Regionerne), Kommunerne og almen praksis), der skal arbejde bedre sammen om patienterne. Dertil var der beskrevet et tydeligt nationalt ophæng for at undgå, at klyngerne udvikler sig i meget forskellige regionale retninger.

I det nuværende lovforslag bliver ejerskabet nu alene placeret i "Sundhedssamarbejdsudvalget" og i "Klyngernes politiske niveau", altså hos de fem regioner og de 98 kommuner. Der beskrives endvidere, at Sundhedssamarbejdsudvalget skal understøtte ensartethed internt i Regionen.

Hvis lovforslaget gennemføres, vil der opstå en betydelig risiko for at almen praksis (og PLO) vil se Sundhedsklyngerne som et projekt mellem de fem regioner og de pågældende kommuner. PLO vil uden tvivl ofte blive budt indenfor, men PLO vil hver gang skulle vurdere, om de synes det giver faglig mening, og om vilkårene er fornuftige. Det vil medføre stor risiko for, at PLO vil sige "nej tak" til store dele af arbejdet.

Ved det manglende tydelige nationale ophæng vil der dertil opstå stor risiko for, at de fem regioner vil udvikle sig i forskellige retninger, måske endda også med meget store kommunale forskelle.

Forslag til løsninger:

For at fremme en bred national og samlet udvikling af kvaliteten i de 21 sundhedsklynger, vil jeg foreslå, at det overordnede politiske ansvar lægges nationalt mellem parterne Danske Regioner, KL og PLO – under ledelse af Sundhedsministeriet og herunder Sundhedsstyrelsen (i vedhæftede organisationsskema, bilag 1) kaldet "National bestyrelse". Bestyrelsen vil have ad hoc deltagelse af andre aktører, herunder repræsentanter for relevante patientgrupper.

Regionalt bør klyngerne politisk understøttes af en politisk koordination mellem Regionen, Regionens kommuner og Regionens praktiserende læger (PLO-R) - her kaldet "Regional styregruppe".

Den praktiske handle- og beslutningskraft bør dog ligge i den enkelte sundhedsklynge (her kaldet "Sundhedsklynge 1 – 21"). Den fagligt funderet sundhedsklynge bør have ligeværdige faglige repræsentanter fra Kommunernes sundhedspleje, det pågældende akutsygehus og repræsentanter for de praktiserende læger i klyngen *).

*) Mange års forskning fra især Aalborg Universitet, har beskrevet hvordan man bedst skaber et samarbejde på tværs af organisatoriske og politiske enheder (Prof. Janne Seemann og andre).

.2. Klyngestrukturens sammenhæng med de regionale samarbejdsfora.

Problemerne i forslaget

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 de 21 klynger blive udfordret.

Det er muligt, at det kan give mening for Regionen at sammenlægge Praksisplanudvalget med Sundhedskoordinationsudvalget. Men et nyt Sundhedssamarbejdsudvalg vil skulle varetage betydelige opgaver udover Sundhedsklyngerne. Dette vil, efter min mening, gå ud over fremdriften og ejerskabet i de enkelte Sundhedsklynger.

Forslag til løsninger:

I stedet vil jeg foreslå, at man, som oprindeligt tænkt, opretter 5 mindre regionale politiske enheder (her kaldet "styregrupper"), som får til opgave dels at sikre den lokale politiske forankring til region, kommuner og almen praksis, og dels kan fungere som bindeled til Regionens øvrige sundhedsplanlægning, herunder Sundhedskoordinationsudvalg (eller det nye Sundhedssamarbejdsudvalg).

Fordelen ved denne struktur er, at Sundhedsklyngerne derved bevarer deres særegne status som et ligeværdigt samarbejdsforum mellem de tre parter. Dette vil, efter min vurdering, fremme motivationen i den enkelte klynge.

.3. Parternes repræsentativitet i sundhedsklyngerne

Problemerne i forslaget:

I forslaget er der beskrevet 3 niveauer i klyngestrukturen:

1. Sundhedssamarbejdsudvalget,
2. Sundhedsklyngen – det politiske niveau.
3. Sundhedsklyngen – det fagligt strategiske niveau.

Som jeg læser lovforslaget, indeholder ingen af disse tre niveauer en ligelig repræsentation fra de tre sektorer:

- I Sundhedssamarbejdsudvalget vil hele regionen være repræsenteret ved tre personer, mens kommunerne hver vil være repræsenteret ved én person. Almen praksis har ingen fast repræsentation.
- I den enkelte klynges politiske niveau sidder nogle fra regionsrådet samt alle borgmestrene i den pågældende klynge, og ingen fra almen praksis.
- I den enkelte klynges faglige strategiske niveau sidder repræsentanter fra alle tre parter, men deres antal og repræsentation er ikke beskrevet.

Forslaget indeholder derfor to grundlæggende problemer:

Manglende ligeværdighed:

Når der ikke er ligeværdighed mellem de tre parter, der skal samarbejde, så vil det uundgåeligt påvirke samarbejdet, da de tre parter jo grundlæggende repræsenterer hver deres sektor, med eget

organisatorisk bagland. Dette er også beskrevet i den danske forskning *). Ligeværdigheden bør naturligvis også afspejle sig i tildeling af formandsskaber.

Manglende entydig repræsentation:

Hvis kommunerne skal møde op enkeltvis i disse samarbejdsstrukturer, så flytter man kommunernes interne koordination til disse samarbejdsfora. Det vil svare til at de praktiserende læger skulle møde op med én repræsentant fra hver klinik. Det må være ret indlysende, at det vil skabe betydelige politiske og administrative problemer.

Forslag til løsning:

Hvis målet med klyngerne er at fremme et samarbejde mellem de tre parter om de patienter, som de har til fælles i dagligdagen, og hvis man samtidig anerkender de tre parters autonomi, så bør man overveje en mere ligelig repræsentation, uanset hvilke samarbejdsfora man definerer. Ligeværdigheden vil jo ikke gå ud over de tre sektors mulighed for at styre den daglige drift i øvrigt.

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. Alt andet vil efter min bedste vurdering hæmme både fremdriften i arbejdet og ejerskabet til hele ideen om Sundhedsklynger.

Jeg har forsøgt at beskrive ovenstående i et kort organisationsdiagram 1)

Afslutningsvist:

Lovforslaget tager hul på et meget vigtigt og tiltrængt initiativ: At forbedre patientforløbene for de mange patienter, der ikke lige passer i de "typiske forløb", og som er afhængig af både 2 og 3 sektors samarbejde, for at få et godt patientforløb.

Lovforslaget kommer efter mange års debat og tilløb. Jeg opfordrer derfor indtrængende Sundhedsministeriet, Folketingets sundhedsudvalg og de politiske partier til grundigt at overveje de forskellige løsningers fordele og ulemper inden man beslutter sig. At søsætte en struktur, der indeholder en betydelig risiko for uendelige politiske og administrative diskussioner efterfulgt af forhandlingsmæssig stilstand, vil næsten være ubærligt, når mange nu har efterspurgt dette tiltag i næsten 10 år.

Endelig vil jeg opfordre til, at man ikke ser dette som "løsningen på sundhedsvæsnets kapacitetsudfordringer" i fremtiden. I lovteksten nævnes både "populationsansvar" og "forebyggelse". Det er to meget store opgaver og forventninger til disse nye Sundhedsklynger, som først skal til at vise deres værdi. Jeg vil foreslå, at man begrænser sig til sammenhæng i udredning, behandling og rehabilitering af konkrete patientgrupper. Der er rigeligt at gå i gang med.

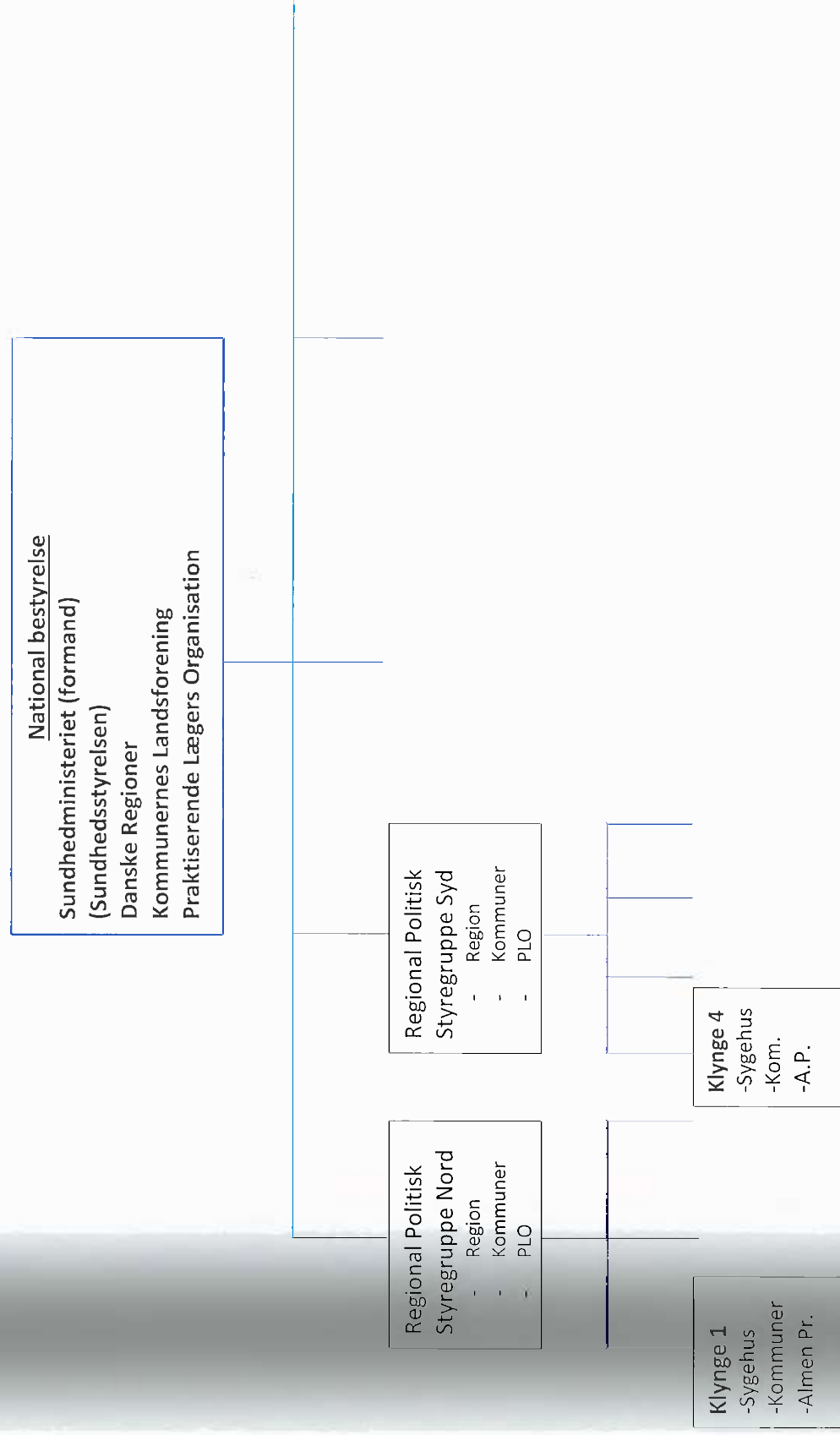
Jeg vil også opfordre til at man tilpasser ambitionsniveauet og tempoet til den aktuelle situation blandt medarbejderne i sundhedsvæsnets her i foråret 2022. Man bør samtidig signalere at etableringen af "Sundhedsklynger" naturligvis skal ske parallelt med andre betydelige forbedringer i sundhedsvæsnets i årene fremover.

Venlige hilsner

Christian Freitag
Speciallæge i almen medicin
Praktiserende læge
Mail: cf@holtelaeghus.dk

Holte Lægehus
Dronninggaards allé 13
2840 Holte

Skitseforslag til organisationsdiagram for "Sundhedsklynger":



Fra: Thomas Ibsen <bjijsen@me.com>

Sendt: 8. marts 2022 12:33

Til: DEP Sundhedsministeriet <sum@sum.dk>

Cc: Signe Struberga <SIST@SUM.DK>

Emne: Bemærkning til forslag til lov om ændring af sundhedsloven

Forslag til lov om ændring af sundhedsloven er i følge høringsportalen sendt til kommentering.

Vi foreslår at § 1. Stk 3 første sætning ændres (det med kursiv er tilføjet):

"Sundhedsklyngen skal løfte det fælles populationsansvar med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhængende behandlings-, rehabiliterings- og *palliative* forløb på tværs af sundhedsområdet...."

Motivation:

Hensigten med lovforslaget er blandt andet at sikre bedre samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis om borgernes sundhed, og samtidig frigøre ressourcer til patientbehandling på sygehus. Særligt den specialiserede palliative indsats er både tværfaglig og tværsektoriel, 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 sygehus. Det vil derfor være indenfor lovens hensigt også at omfatte den palliative indsats.

Danske Regioner vil arbejde for "en kulturforandring i sundhedsvæsenet, så palliation vægtes på lige fod med anden behandling og døende og deres pårørende oplever tryghed, omsorg og støtte fra sundhedspersonalet i den sidste tid." (Danske Regioner positionspapir for udvikling af den palliative indsats. 2020). Ved udtrykkeligt at omfatte den palliative indsats vil loven bakke op omkring Danske Regioners indsats for i alle dele af landet at få skabt et samarbejdende sundhedsvæsen, som sikrer alle mennesker en værdig afslutning på livet.

Venlig hilsen

Thomas Ibsen

Formand

Støtteforeningen for Hospice Rudersdal

Søllerødvej 105

2840 Holte

Mobil: 53 53 77 06

Vanløse, d. 14. marts 2022

SUFO



Høringssvar vedr. udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

sum@sum.dk, sist@sum.dk

SUFO takker for muligheden for at afgive høringssvar på udkastet.

SUFO har ikke umiddelbart kommentarer til selve høringsmaterialet, men vil påpege, 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. Vi 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.

Herunder eksempler på problematikker, vi kan være med til at belyse:

- Hvad sker der, når busruter nedlægges, og den enkelte ældre ikke opfylder betingelserne for en kørselsordning til læge eller sygehus?
- Hvad gør den ældre patient, som netop er udskrevet fra sygehus og "normalt" kan klare sig selv, men alligevel oplever utryghed efter en indlæggelse?
- Hvad hvis man ikke har pårørende, der kan ledsage til undersøgelser eller lytte med, når der gives oplysninger om forløb og behandling?
- Eller hvad gør en pårørende, som ikke har overskud til at ledsage til undersøgelser og behandlinger?

På vegne af SUFOs bestyrelse,

Anne Dorthe Prisak
Formand

Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

sist@sum.dk

Tandlægeforeningen

Amaliegade 17

1256 København K

Tel.: 70 25 77 11

Dato: 17. marts 2022

Sagsbeh.: DJJ

Mail: djj@tdl.dk

hoering015_2022

Tandlægeforeningens høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)

Tandlægeforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.).

Tandlægeforeningen støtter forslaget om etablering af sundhedsklynger, sundhedssamarbejdsudvalg samt forslaget vedr. patient- og pårørendeinddragelse.

Tandlægeforeningen vil foreslå, at tandlægerne medtænkes i forslaget om etablering af sundhedsklyngerne og sundhedssamarbejdsudvalgene, hvor regionen, kommunerne i regionen, almen praksis samt patienter og pårørende vil være repræsenteret.

Mange borgere lever med sygdomme, som kan få betydning for tandsundheden. Det kan eksempelvis dreje sig om mennesker med diabetes, som har forøget risiko for den alvorlige tandsygdom parodontitis, og hvor der er påvist positiv effekt på diabetesforløbet af at behandle parodontitis. Derudover kan nævnes cancerpatienter, hvor behandlingen af sygdommen kan medføre voldsomme skader i mundhulen, som i høj grad kan undgås, hvis der iværksættes en forebyggelsesindsats. Hertil kommer mennesker, der på grund af medicin fx som følge af psykisk sygdom eller polyfarmaci får mundtørhed, hvilket øger risikoen for caries, som ligeledes kan minimeres med en forebyggelsesindsats.

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.

Der er derfor efter Tandlægeforeningens opfattelse i høj grad behov for at tænke en indsats bedre sammen på tværs af sundhedsområdet og at inddrage tandlægers kompetencer i dette arbejde.

Med venlig hilsen


Susanne Kleist, tandlæge mTF
Formand



Isabel Brandt Jensen
Direktør

Sundhedsministeriet

Sagsnr.: 22-004683
Dok.nr.: 22-004583-1

Sekretariat for Sundhed

Sagsbehandler
Dorrit Guttman
51 53 93 99
dogut@vordingborg.dk

10. marts 2022

Høringssvar fra Vordingborg Kommune vedrørende forslag til lov om ændring af Sundhedsloven: Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg mv.

Vordingborg Kommune vurderer det positivt, at regeringen sigter mod at imødegå det enorme pres, sundhedsvæsenet oplever som følge af den demografiske udvikling. Vordingborg Kommune savner dog initiativer, der reelt understøtter dette formål. Vordingborg kommune forholder sig kritisk til det konkrete lovforslag, som dels kanaliserer 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.

Øget bureaukrati

Vordingborg Kommune opfordrer til at undgå øget mødevirksomhed. Lovforslaget retter sig jf. parternes aftale af 11. juni 2021 mod forenkling af samarbejdsstrukturen, og rummer en nedlæggelse af det regionale praksisplanudvalg, som integreres i et nydefineret sundhedssamarbejdsudvalg. Bortset fra dette tiltag er det vanskeligt at få øje på en forenkling: Med etablering af to nye politisk og fagligt strategiske klyngefora – og med nødvendigheden af at deltage i flere klynge-samarbejder, fordi patientstrømmene i praksis glider mellem flere sygehuse – frygter Vordingborg Kommune en ressource-tung proces. Sundhedsstrategiske ledere og medarbejdere vil, hvis loven vedtages, skulle orientere sig yderligere mod at servicere sundhedsvæsenets topledere i forbindelse med de mange møder, og såvel opmærksomhed som ressourcer risikerer at gå fra den direkte kerneydelse til borgerne. De tværgående samarbejdsfora, som allerede eksisterer, og som involverer sundhedsledere og nøglepersoner i alle sektorer, vil nødvendigvis stadig skulle være omdrejningspunkt for koordinering og omsætning af fælles prioriteringer til konkrete handlinger. Med to nye hierarkiske topledere vil bureaukratisk træghed når problemstillinger i samarbejdsfladen skal løses.

Potentialet ved en styrket strategisk integration af psykiatri og somatik er stort. Men klyngemodellen overser, at de psykiatriske målgrupper varetages i en specialeplan på tværs af klyngerne, og det vil kræve mange parallelle møder, og kræve stor opmærksomhed, at sikre en effektiv samarbejdsstruktur, hvor mødevirksomheden ikke bliver et mål i sig selv og trækker ressourcer ud af en i forvejen ekstremt presset sektor.

Vordingborg Kommune opfordrer endvidere til, at de regionale sundhedsaftaler udgår til fordel for en national rammeaftale. Der har længe været behov for en central model. I et forenklingsspektiv ville det være god timing at implementere en central rammeaftale, som sundhedsvæsenets aktører kan omsætte til relevant lokal praksis med fokus på at højne kvaliteten til samme nationale standard alle steder.

Fordeling af sundhedsvæsenets ressourcer

Lovforslaget bygger på en præmis om, at flere opgaver skal løses i kommunerne og i praksissektoren, så der frigøres ressourcer til patientbehandling på sygehusene. Det er et velkendt rationale, og der har i årevis pågået såvel aftalt som glidende opgaveflytning fra sygehusene til kommuner og praksissektoren. Vordingborg Kommune er enig i, at opgaven skal løses der, hvor det er mest omkostningseffektivt og trygt for borgerne – og har allerede proaktivt hjemtaget flere rehabiliterende og behandlende ydelser. Men omkostningerne flytter med funktionen, og kommuner og praksissektor oplever samme ressourcepres som sygehusene. Dette gælder også den aktuelle og fremtidige rekrutteringsudfordring, hvor urbanisering og vigende tilslutning til velfærdsuddannelser er generelle forhold, som kræver en national helhedsplan, og som klyngerne ikke kan håndtere hver for sig.

Alt tyder på, at flere telemedicinske løsninger bliver et af de væsentligste greb, når fremtidens sundhedsservice til et stigende antal borgere skal sikres. Logikken i telemedicin er, at afstand er uden betydning, og nationale telemedicinske tilbud på tværs af regioner vil formentlig være af stor sundhedsekonomisk værdi. Klyngeorganiseringen kan i værste fald forsinke udviklingen af landsdækkende telemedicinsk baserede specialistfunktioner.

Det såkaldte populationsansvar bliver i særdeleshed svært at løfte i de klynger, der er hårdest ramt af social ulighed i sundhed. Her rammer klyngemodellens krav dobbelt, fordi populationen er ældre og mere syge, samtidig med at rekrutteringsudfordringerne på det sundhedsfaglige og sundhedsadministrative område er større. Lovforslagets logik om at uligheden kan minimeres gennem flere lokalt prioriterede og iværksatte indsatser savner fortilfælde. De ulighedsramte borgere i udkantkommuner har krav på at modtage sundhedsydelser baseret på samme veldokumenterede, sundhedsfaglige viden som resten af befolkningen - det gælder forebyggelse, tidlig indsats, behandling og rehabilitering. Forskellen er, at ressourcessvage og udsatte borgere generelt har brug for øget tilgængelighed og mere håndholdte forløb. Derfor er svaret på de ulighedsramte kommuners udfordringer økonomisk udligning og nationale standarder - ikke lokal innovation i klyngen.

Afsluttende bemærkninger

Lovforslaget hviler på en implicit præmis om, at alment praktiserende læger har en stærk tovholderfunktion i patientforløbene og i høj grad udgør "kittet" i samarbejdstrekanten. Forslaget tager således ikke højde for de strukturelle udfordringer, som karakteriser området: Dels betyder lægedækningssituationen i provinsen, at en betragtelig del af populationen serviceres af udbudsklinikker baseret på forretningsmodeller, der ikke understøtter langsigtet, strategisk samarbejde. Dels har den repræsentative deltagelse af PLO-læger i lokale udviklingssammenhænge allerede vist sig ineffektiv, fordi lægerne ikke er forpligtede på andet end det strengt overenskomstmæssige.

Disse forhold betyder, at samarbejdsinteresse og incitament til at løse opgaver på nye måder varierer fra læge til læge, og vi oplever, at mange borgere kastes rundt i systemet på denne konto. Behandlingsansvaret er for uklart. Praksisplanudvalgene har ikke kunnet løse disse udfordringer - men at klyngeudspillet nedlægger udvalget uden at adressere, hvor der i fremtiden skal arbejdes med de helt afgørende problematikker, er uacceptabelt.

Lovforslagets punkt om systematisk datadeling, også med almen praksis, kan vi kun bakke op og 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.

Samlet set tvivler vi på, at det fremlagte lovforslag i sig selv er vejen til nærhed og sammenhæng – og vi frygter, at forslaget tværtimod flytter fokus fra sundhedsfaglig kvalitetssikring til administrativ/politisk proces. Vi undrer os 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.

Vi vil fortsætte det helt nødvendige udviklings- og koordineringssamarbejde med vores samarbejdspartnere på sygehuse, i psykiatrien og i almen praksis og håbe på, at en egentlig sundhedsreform med tydelig lovgivning om det nære sundhedsvæsens funktioner, standarder, ansvarsfordeling samt centralt iværksatte, lighedsfremmende tiltag præsenteres.

Endelig undrer det Vordingborg Kommune, at forslaget slet ikke tager højde for den kommunale, sundhedspolitiske organisering. Det er de kommunale sundhedsudvalg, der har det sundhedspolitiske mandat. Lovforslagets borgmesterfokus vil medføre ekstra arbejdsgange, 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.

Venlig hilsen

Mikael Smed
Borgmester

Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

17. marts 2022 • MS

Høring over forslag til om ændring af sundhedsloven – etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.

Ældre Sagen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Ældre Sagen er overordnet positiv overfor etableringen af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg og over for den systematiske inddragelse af patient- og pårørenderepræsentanter.

Vi har dog en fundamental bekymring og en række kommentarer og forslag primært knyttet til rammen for de nye organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet og patientinddragelsen. Den nye organisering med sundhedsklynger kan være en ramme for mere samarbejde mellem kommuner og regioner, men er i vores øjne klart et utilstrækkeligt tiltag i forhold til at sikre lighed, sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenet for det stærkt voksende antal ældre patienter med flere sygdomme. Vores bekymring for lovforslagets utilstrækkelighed er på ingen måde blevet mindre i sammenhæng med offentliggørelsen af det ny udspil "Sundhedsreformen – Gør Danmark sundere". Udover det foreslåede indhold i forslaget til ændring af sundhedsloven ser vi således behov for:

- Styrket ramme med fælles ledelse og økonomi mellem region og kommuner for fælles ældre patienter
- National plan med ensartede krav til kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme
- Styrket systematisk patientinddragelse bør præciseres i kommende bekendtgørelser
- Øget adgang til data fra kommuner – vigtigt som grundlag for aftaler om indsatser i sundhedsvæsenet lokalt og nationalt.

Rammen for fælles økonomi og ledelse for fælles patienter bør styrkes

Aftalen mellem Regeringen, Danske Regioner og KL om sundhedsklynger, der ligger som grundlag for den foreslåede lovændring, ser Ældre Sagen som et skridt i den rigtige retning. Vi har længe efterspurgt fælles økonomi og ansvar for fælles patienter. Omend aftalen er meget fokuseret på regioner og kommuners organisering og samarbejde i udvalg, vurderer vi, at de aftalte fælles midler, i første omgang på 80 mio. kr. til 2022, er et vigtigt element i den rigtige retning. Dette fokus på den økonomiske ramme savner vi derfor at se overført til den foreslåede lovændring. Således mener vi, at det i højere grad tydeligt burde fremgå af lovteksten og bemærkningerne, at regioner og kommuner fremover får fælles midler til drift og indsatser på tværs i sundhedsvæsenet. I særlig grad ser vi et behov for en økonomisk understøttelse af en fælles indsats for ældre patienter med flere sygdomme – en gruppe, der typisk modtager indsatser på tværs af sygehus, egen læge og kommune. I 2020 var der

ifølge KL 43 pct. 80+-årige, der fik hjælp fra kommunen og samtidig modtog behandling fra sygehus.

Det er uklart i forslaget til lovændring og bemærkningerne hertil, hvorvidt kommuner og regioner har en egentlig fælles ledelse med de foreslåede sundhedssamarbejdsudvalg og sundhedsklynger. I bemærkningerne til lovforslaget er der lagt op til, at der kan indgås samarbejdsaftaler om fx at udvikle hjemmebehandling, at der samarbejdes om sekretariatsbetjening af udvalg og indgås aftaler om målrettede indsatser på populationsniveau. Vi savner imidlertid at se en ramme for mere konkret fælles ledelse og vil derfor opfordre til, at der med den kommende bekendtgørelse konkret formuleres mulighed for fælles integreret ledelse og samarbejde mellem sygehus og kommune – igen med særlig fokus på de patienter, der oplever at få behandling på tværs mellem kommuner og regioner. Dette for i højere grad at sikre, at der mellem sygehus og kommune kommer fælles ansvar for fælles patienter – og ad den vej sikre sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet samt styrke omstilling til det primære sundhedsvæsen, jf. foreslået nyt stk. 3 i §203.

Behov for national plan med ensartede krav til kvalitet, kompetencer og indsatser til ældre patienter med flere sygdomme – ny organisering med klynger kan ikke alene sikre patienter sammenhæng og kvalitet

Vi ved fra undersøgelse blandt ældre patienter, at ældre i mødet med sundhedsvæsenet efterspørger kontinuitet, sammenhæng og tryghed. Vi har desuden dokumenteret både social og geografisk ulighed i sundhed blandt ældre. I Ældre Sagen er vi derfor overordnet set enig i, at der skal sikres social og geografisk lighed i sundhed samt sikres, at patienter oplever sammenhæng, kvalitet og kontinuitet, jf. bemærkninger til forslaget. Vi er dog bekymrede for, hvorvidt de foreslåede sundhedsklynger i sig selv sammen med sundheds-samarbejdsudvalg kan sikre dette.

Hvis der ikke bliver udstukket nationale krav til kvalitet i behandling og pleje og sikret de rette kompetencer og ressourcer lokalt i forhold til befolkningsgrundlaget, er vi i Ældre Sagen stærkt bekymrede for ulighed mellem sundhedsklyngerne. Klynger omkring universitetshospitaler i de største byer har nemlig de laveste andele ældre og mennesker med kronisk sygdom i befolkningen, mens akuthospitaler længere fra universitets- og storbymiljøer omvendt har de højeste andele kronisk syge og ældre.

I bemærkningerne til den foreslåede lovændring henvises der til, at mere behandling skal foregå i hjemmet, i almen praksis og i kommunen, og at der skal aftales lokal udmøntning af nationale handlingsplaner. Vi mener, det er vigtigt, at man som patient kan være tryk ved at modtage samme høje kvalitet, uanset om behandling er på sygehus eller i kommune, og uanset hvor i landet man modtager behandling. Derfor opfordrer vi 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.

Vi er alvorligt bekymrede ved udsigten til, at der med forslaget lægges op til, at der nu skal indgås lokale udmøntningsaftaler i 21 nye enheder i landets sundhedsvæsen uden en samtidig fornyet nationalt aftalt indsats for ældre medicinske patienter. En sådan referenceramme ser vi som en forudsætning for, at der kan indgås lokale aftaler og samtidig sikres kvalitet på et ensartet niveau i sundhedsvæsenet – særligt for denne gruppe patienter, der typisk behandles både på sygehus og i kommunen. Vi mener således ikke, at forslagets ensidige fokus på organisering i de nye enheder i sig selv sikrer nærhed, kvalitet, kontinuitet og sammenhæng for patienterne. Vi ser derimod et stort og akut behov for, at en landsdækkende plan sætter ramme for indsatsen til gruppen af ældre patienter med flere

sygdomme. Det er derfor efter vores mening nødvendigt at supplere lovforslaget med en ny handlingsplan, forløbs- eller pakkeplan for ældre medicinske patienter og/eller ældre patienter med flere sygdomme. På denne måde kan der nationalt udstikkes krav til indsatser for fx forebyggelse af indlæggelser og opfølgning efter indlæggelse.

Uden en supplerende landsdækkende politisk aftalt plan for indsatser, kvalitet og kompetencer frygter vi, at patienter, særligt ældre patienter, fortsat bliver ufrivillige deltagere i et postnummerlotteri. De heldige vil opleve tæt samarbejde om fx forebyggelse, udskrivning og opfølgning efter akut indlæggelse, mens de mindre heldige bor i områder med øget risiko for genindlæggelse.

Styrket systematisk patientinddragelse bør præciseres i kommende bekendtgørelser

I Ældre Sagen noterer vi med tilfredshed, at der i bemærkninger til forslaget til lovændring beskrives, at inddragelse af patienter og pårørende har en gavnlig effekt på såvel behandlingsudfald som tilfredshed, og at inddragelse er væsentlig for at sikre kvalitet i sundhedsvæsenet. Ældre Sagen deltager med et medlem og en stedfortræder i hvert af de fem nuværende patientinddragelsesudvalg og har nyligt udpeget repræsentanter for den nye fireårige periode.

Vi støtter derfor op om den foreslåede fortsatte inddragelse af patientinddragelsesudvalg og ser positivt på, at der med bemærkningerne til forslaget er lagt op til styrket inddragelse af patientinddragelsesudvalg i både klynger og sundhedssamarbejdsudvalg, herunder med to faste pladser i det faglige strategiske niveau i klynger. Den øgede patientinddragelse fremgår dog kun af bemærkningerne, hvorfor vi forventer, at det beskrevne vil blive sikret i en kommende forbedret bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg. I det følgende opridser vi vores foreløbige forslag til en sådan kommende ændret bekendtgørelse.

To faste pladser skal tilbydes repræsentanter fra patientinddragelsesudvalg

Vi lægger vægt på ensartet kvalitet og kontinuitet for patienter, hvorfor vi anser det for vigtigt, at de to patient- og pårørenderepræsentanter i klynger, som foreslået i bemærkningerne, er forankret i patientinddragelsesudvalg. På denne måde vil vi bedre kunne sikre kompetencer og kontinuitet hos repræsentanterne på tværs af klyngerne. Samtidig vil vi understrege, at vores patient- og pårørenderepræsentanter er rekrutteret lokalt, og at de med deres tilknytning til Ældre Sagens lokale udvalg og afdelinger har kendskab til lokale forhold.

Muligheden for at inddrage repræsentanter for patienter og pårørende, der ikke er repræsenteret i patientinddragelsesudvalg, finder vi, bør bruges som supplement til de to faste pladser ved behov for at inddrage repræsentanter med erfaringer fra fx særlige patientforløb lokalt, med bestemte udvalgte diagnoser eller behov for specifik behandling.

Kontinuerlig og tidlig inddragelse i processer og aftaler

Vi vil desuden opfordre til, at der i en kommende bekendtgørelse sikres rammer for, at patientinddragelsesudvalg ikke kun inddrages i relevante arbejdsgrupper og udviklingsprojekter, men også kontinuerligt og fra de første indledende udviklingsfaser og drøftelser om sundhedsaftaler og praksisplaner.

Mulighed for udvidet antal repræsentanter

Da vi har erfaring for, at der allerede i et vist omfang er bud efter repræsentanterne i patientinddragelsesudvalgene til at deltage i udvalg og grupper, forudser vi, at det vil blive en større opgave også at dække deltagelse i klyngerne. Vi foreslår derfor en fleksibel

udvidelse af antal repræsentanter i patientinddragelsesudvalget med mulighed for, at stedfortræderne deltager mere aktivt.

Klynger skal sikre ressourcer og kompetencer til inddragelse

Endelig vil vi foreslå, 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 pårørendepræsentanter.

Øget adgang til data fra kommuner er vigtigt som grundlag for aftaler om indsatser i sundhedsvæsenet lokalt og nationalt

I relation til bemærkningernes afsnit om data noterer vi os fokus på, at data er vigtige i udvikling af sundhedsvæsenet, både for klynger og sundhedssamarbejdsudvalg. Det er vi enige i og ønsker i den sammenhæng at gøre opmærksom på, at data fra det kommunale sundhedsvæsen også er vigtige, ikke mindst i sammenhæng med, at der i forslaget er lagt op til styrket omstilling til det primære sundhedsvæsen.

Vores erfaring er desværre, at sundhedsdata på kommunalt niveau synes svære at få adgang til på landsplan, og/eller er behæftet med usikkerhed, hvorfor dele af vores sundhedsvæsen – dvs. det, der sker i kommunen før og efter en indlæggelse, foregår uden et samlet overblik. Vi 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
- udbredelse af plejehjemslæger.

Sådanne data, mener vi, er et vigtigt grundlag for datadreven udvikling både på landsplan og lokalt for fremtidige aftaler og planer om målrettede indsatser.

Afslutningsvis vil vi understrege, at vi gerne står til rådighed for yderligere dialog om patienters behov og udviklingen af sundhedsvæsenet.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør



Høringssvar fra Aalborg, Odense, København og Aarhus kommuner til etablering sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg

16. marts 2022

Side 1 af 3

Kære sundhedsminister Magnus Heunicke

Vi har fået lovforslaget om ændringer af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.) og har derfor en række bemærkninger på de følgende sider.

SUNDHED OG OMSORG

Aarhus Kommune

Hovedpointerne er følgende:

- Ressourcer – både frigjorte og tildelte – bør bruges fælles og på fælles udfordringer.
- Almen praksis' rolle er vagt defineret, og der gøres ikke op med en bureaukratisk/national samarbejdsform.
- Borgerinddragelse er tænk for traditionelt og skævvrider i forhold til Patientinddragelsesudvalget.
- Rådmænd/fagborgmestre bør skrives ind i lighed med den politiske aftale.
- Der skal indskrives en regional garanti for et ensartet serviceniveau for kommuner med borgere på flere akuthospitaler.

Ledelsessekretariatet

Rådhuset

8000 Aarhus C

Telefon: 89 40 20 00

Direkte telefon: 28 55 56 80

Direkte e-mail:

sek@mso.aarhus.dk

www.aarhus.dk

Kærlig hilsen

Sagsbehandler:

Klaus Bach Trads

Sisse Marie Welling

Borgmester

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
København

Brian Dybro

Rådmand

Ældre- og Handicapforvaltningen
Odense

Tommy Hummelose

Rådmand

Sundhedsforvaltningen
Odense

Christian Budde

Rådmand

Sundhed og Omsorg
Aarhus

Jes Lunde

Rådmand

Sundhed og Kultur
Aalborg

Kristoffer Hjort Storm

Rådmand

Senior og Omsorg
Aalborg



**Bemærkninger til forslag til lov om ændringer af sundhedsloven
(Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.)**

16. marts 2022

Side 2 af 3

På side 3, pkt. 2.3.2, om Patientinddragelsesudvalget og borgerinddragelse.

- Det er en klassisk måde at lave inddragelse på. Man risikerer, at patientinddragelsesudvalget bliver et magtfuldt udvalg, hvor den svage/sårbares stemme ikke er repræsenteret. Der bør i stedet stå, at Sundhedsklyngerne og Sundhedssamarbejdsudvalgene laver en plan for inddragelse med særligt fokus på ulighed i sundhed. På den måde sikres også de borgere, som ikke er medlem af en patientforening.

På side 4, pkt. 2.1.2, om frigjorte ressourcer skal gå til patientbehandling på sygehusene.

- Det bør fremgå, at den nye organisering skal løse de *fælles* udfordringer på sundhedsområdet i både kommunerne og på sygehuset – og ikke alene på at dæmme op for sygehuskapacitetsproblemerne. I kommunerne er man lige så udfordret på den lange bane i forhold til den demografiske udvikling.

På side 5, pkt. 2.1.1, om praksissektorens rolle i samarbejdet.

- Der er flere/mange eksempler på, at det ikke er tydeligt, hvilken rolle – samt hvilket mandat – almen praksis får fremover. Det bør fremgå tydeligt, at almen praksis skal indgå på lige fod med de andre i sundhedsklyngerne. Det bør også fremgå tydeligt, at almen praksis er forpligtiget til aktivt at implementere beslutninger truffet i sundhedsklyngerne. Det er et problem, at almen praksis ikke er en fast del af det politiske niveau i sundhedsklyngerne, da beslutninger truffet her har stor betydning for almen praksis.

På side 5, pkt. 2.1.1, om aftaler der påvirker almen praksis.

- Det er et problem, at beslutninger, der vedrører almen praksis skal godkendes særskilt (som vi også kender det fra i dag). Det kan være vanskeligt at nå til enighed på den måde. Derudover betyder organiseringen med rammeaftaler også, at der er risiko for potentielle merudgifter i forhold til aftaler, hvor almen praksis er berørt. Disse merudgifter skal nødvendigvis tænkes ind i de fælles midler.

På side 7 pkt. 2.2.2, om regionalt ophæng.

- Som det også fremgår af teksten, indgår flere kommuner i optageområdet for to eller flere akutsygehuse. Det skal her tilføjes, hvordan man vil sikre ensartethed for disse kommuners borgere på tværs af klyngerne. Konkret skal der indskrives en regional garanti for kommuner med borgere fordelt på flere sundhedsklynger, som sikrer at disse borgere ikke oplever væsentlige forskelle i behandling eller hospitalstilbud, uanset hvilket hospital de tilhører.



På side 7, pkt. 2.2.2, om sammensætning af Sundhedssamarbejdsudvalg og Sundhedsklynger.

16. marts 2022

Side 3 af 3

- Det skal fremgå, at det er rådmand/fagborgmester/borgmester og ikke blot borgmester, der deltager i Sundhedssamarbejder og Sundhedsklynger, hvilket også fremgår af den politiske aftale mellem Regeringen, Danske Regioner og KL.

På side 7, pkt. 2.2.2, om formandskabet i Sundhedssamarbejdsudvalget.

- Med en regional formand og en kommunal næstformand er der ikke lagt op til samme ligestilling mellem region og kommuner som i sundhedsklyngernes politiske niveau. Det skal i stedet fremgå, at formandskabet i sundhedssamarbejdsudvalget skal varetages af to ligestillede formænd, som henholdsvis vælges blandt regionsrådets repræsentanter og blandt rådmænd/fagborgmestre/borgmestre fra de deltagende kommunalbestyrelser.

På side 7, pkt. 2.2.2, om forenkling og styrkelse af den politiske tværsektorielle samarbejdsstruktur.

- Det fremgår ikke hvori forsimplingen ligger. Det er eksempelvis ikke tydeligt, hvilket mandat sundhedsklyngerne har i forhold til Sundhedssamarbejdsudvalget. Derudover er det et problem, at aftaler vedrørende almen praksis skal igennem et separat godkendelsessystem (som vi kender det fra i dag). Ligeledes er der en udfordring omkring Patientinddragelsesudvalget som mangler stemmerne fra de svage grupper af borgere, der ikke er medlem af en patientforening.

På side 13, pkt. 4, om midler der afsættes 50/50 mellem regioner og kommuner.

- Det bør stå eksplicit, at det er *fælles* midler og at sundhedsklyngen i fællesskab skal beslutte anvendelse af de fælles midler. Region og kommune kan ikke bestemme over hver sin andel.

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
DK-1057 København K
sum@sum.dk

CC: Signe Struberga, sist@sum.dk og dkuni@dkuni.dk

Vedr. sagsnummer 2113001

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundheds-samarbejdsudvalg m.v.)

Aarhus Universitet, Health har den 18. februar 2022 modtaget høring over lovforslag om ændring af sundhedsloven (Etablering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg m.v.).

Aarhus Universitet, Health takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Høringsmaterialet har været sendt til relevante institutter og forskningscentre på Health, herunder Institut for Klinisk Medicin og Institut for Folkesundhed, og på baggrund heraf er der udarbejdet nedenstående høringssvar.

Aarhus Universitet, Health har følgende generelle bemærkning til høringmaterialet:

Det er positivt, at der med lovforslaget kommer fokus på det samarbejdende sundhedsvæsen.

Aarhus Universitet, Health bidrager gerne til forskning og udvikling, som understøtter det sammenhængende sundhedsvæsen.

Venlig hilsen



Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 17. marts 2022

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2022-0346942

Side 1/1

