RØDOVRE KOMMUNE

Dato: 09-06-2022

Sagsnummer: 29.00.00-A00-3-22
Sagsbehandler: Mette Kaltoft
Ansættelsessted: Ledelsessekretariat i SOC

Notat om organiseringen af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg på sundhedsområdet

Baggrund

Regeringen, KL og Danske Regioner indgik juni 2021 en aftale om sammenhæng og nærhed på sundhedsområdet, som blandt andet indebærer en ny organisering af sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg. Der er efterfølgende fremsat et lovforslag om etablering af sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalg, som blev endeligt vedtaget i Folketinget den 9. juni 2022. Lovforslaget trådte i kraft den 1. juli 2022.

Baggrunden for lovforslaget et at sundhedsvæsenet står over for betydelige udfordringer som følge af den demografiske udvikling, som betyder flere ældre borgere og flere patienter med kroniske lidelser. Det kræver et styrket samarbejde og sammenhæng samt en fortsat gradvis omstilling, så flere borgere får tilbud i nærmiljøet af høj kvalitet samtidig med, at der frigøres ressourcer til patientbehandlingen på de specialiserede sygehuse.

Formål og målgruppe

Lovforslaget består af en forenkling og styrkelse af den nuværende politiske struktur på sundhedsområdet i hver region og etablering af nye forpligtende og formaliserede sundhedsklynger omkring hver af de 21 akuthospitaler. Der vil være 4-5 klynger i hver region.

Sundhedsklyngerne skal først og fremmest samarbejde om de borgere/patienter, som kommuner, almen praksis og hospitaler er fælles om. Det er ældre medicinske borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykiske lidelser, herunder borgere der udover at have et psykisk misbrug har et alkohol- eller stofmisbrug.

Formålet med sundhedsklyngerne er, at de skal sætte ekstra skub i det i forvejen tætte samarbejde, der er flere steder mellem kommuner, hospital og almen praksis.

Opgaver

Sundhedsklyngerne får til opgave at udvikle, planlægge og iværksætte indsatser målrettet lokale behov og omstilling til det primære sundhedsvæsen, så den geografiske og sociale lighed i sundhed fremmes. Sundhedsklyngerne skal igangsætte konkrete samarbejdsprojekter, implementere og følge op på lokalt og nationalt aftalte initiativer, aftale modeller for bedre patientforløb og sætte mål for udviklingen.

Opgaver i sundhedsklyngerne
• Tage ansvar for den fælles population i optageområdet
• Styrke sammenhæng og bedre forløb for borgere der har forløb på tværs af sektorer
• Være drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen
• Prioritere fælles midler i klyngen

Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter forhold, som understøtter ensartethed og sammenhæng på tværs af sundhedsklyngerne og udarbejder blandt andet sundhedsaftaler hvert fjerde år og forelægger praksisplanen inden vedtagelse. Drøftelser om almen praksis rolle vil foregå i sundhedssamarbejdsudvalget i relation til udformningen af sundhedsaftalerne.

Organisering

Den nuværende samarbejdsstruktur med sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg erstattes af ét sundhedssamarbejdsudvalg med deltagelse af tre repræsentanter for regionsrådet (heriblandt regionsformanden) og en kommunal repræsentant fra hver sundhedsklynge.

Den nuværende organisering af sundhedsklynger formaliseres, så sundhedsklyngerne fremover har to niveauer; et politisk og et fagligt strategisk niveau. Nedenstående tabel viser, hvem der er repræsenteret på de to niveauer.

Politisk niveau	**Fagligt strategisk niveau**
Regionsrådsformanden og mindst et regionsrådsmedlem	Tre repræsentanter fra region/sygehus, herunder det psykiatriske område
Borgmestrene fra klyngens kommuner	Én repræsentant for hver af de deltagende kommuner
To praktiserende læger udpeget af PLO	To repræsentanter for almen praksis
	To repræsentanter for patient- og pårørendeorganisationer

Sundhedsklyngernes mødes på politisk niveau to gange årligt med mulighed for flere møder efter behov. Formandskabet er delt mellem region og kommuner. Der udpeges én medformand blandt borgmestrene. Regionrådsformanden er født medformand. Det politiske niveau kan opstille selvstændige mål for deres arbejde med udgangspunkt i de lokale udfordringer og behov for eksempel i forhold til særlige indsatser i forhold til at sikre sammenhæng i indsatserne for borgerne og i forhold til lokale folkesundhedsmæssige udfordringer og sygdomsbyrder.

Sundhedsklyngernes mødekadence på fagligt strategisk niveau er ikke fastsat i lovgivningen, men der forventes relativt hyppige møder, da det fagligt/strategiske niveau skal være operationelt og handlekraftigt. Det faglige strategiske niveau vil skulle tage hånd om borgere og sikre konkrete løsninger for bedre sammenhæng, kvalitet og nærhed og samtidig være en drivende kraft for styrket kvalitet og sammenhæng i det primære sundhedsvæsen.

Sundhedssamarbejdsudvalget er i loven beskrevet med et politisk niveau, som mødes fire gange årligt og efter behov.

Formanden udpeges blandt regionrådets repræsentanter, mens næstformanden udpeges blandt de borgmestre, der er repræsenteret i Sundhedssamarbejdsudvalget. Kommunernes medlemmer udgøres af medformændene fra de respektive klynger. Det betyder at næstformanden for Sundhedssamarbejdsudvalget er en af de borgmestre, som er medformand i en sundhedsklynge.

Sekretariatsbetjeningen af sundhedsklynger og Sundhedssamarbejdsudvalget sker i et samarbejde mellem Region/hospital og kommuner. Kommunernes forvaltninger forventes at varetage den kommunale rolle i sekretariatsbetjeningen for især sundhedsklyngerne. Det forventes ydermere, at de kommuner, hvis borgmester er medformand for klyngen løfter en særlig rolle. Der lægges i hver klynge op til fællesfinansieret sekretariatsunderstøttelse på cirka et årsværk.

Kommunekontaktråd (KKR) konsulenterne og de fælleskommunale sundhedssekretariater forventes også at varetage en kommunal rolle i sekretariatsbetjeningen, især for Sundhedssamarbejdsudvalget.

KL har oprettet en taskforce for sundhedsreformen til blandt andet at understøtte den politiske og administrative start af klyngedannelserne i forhold til at etablere netværk og sparre på tværs af landet og sikre, at relevant viden når ud til klyngerne og også i forhold til at indgå nationale aftaler ved behov for dette. På længere sigt vil taskforcens arbejde fortsætte som egentlig driftsaktivitet.

KL vil reorganisere den sundhedsstrategisk gruppe, som fremadrettet får repræsentation fra alle sundhedsklynger (udpegning af KKR).

Økonomi

Der er afsat 80 mio. kr. som fælles midler på tværs af kommuner og regioner til at understøtte opstart af sundhedsklyngernes arbejde i anden halvdel af 2022. KL og Danske Regioner arbejder for, at der fremadrettet afsættes permanente midler til klyngerne.

Midlerne skal finansiere konkrete tværsektorielle indsatser målrettet klyngens borgere, som skal hjælpe samarbejdet i gang.

Drift og implementering kan ikke finansieres af de afsatte midler, og KL arbejder for at generelle opgaveflytninger og/eller udmøntning af nationale aftaler finansieres med nationale midler.

Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL arbejder på en model for, hvordan eksisterende og eventuelt fremtidige midler til sundhedsklyngerne udmøntes og fordeles.

Dataunderstøttelse

Drøftelser og beslutninger i sundhedsklyngerne skal baseres på viden om klyngens borgere/patienter gennem centrale nøgletal og data. Der er under Sundhedsministeriet nedsat en arbejdsgruppe, som skal sikre, at der stilles relevante data til rådighed. Sundhedsdatastyrelsen udarbejder datapakke til de første møder i sundhedsklyngerne med følgende datatemaer:

- Populationsoverblik
- De sårbare ældre
- Kronikere
- Psykiatri

I datapakken har sundhedsdatastyrelsen mulighed for at koble sundhedsdata fra regionerne med data fra kommunerne og almen praksis.

På længere sigt skal sundhedsklyngerne dataunderstøttes via de lokale klyngesekretariater. KL vil støtte op om dette med for eksempel et netværk til vidensdeling om dataunderstøttelse og anvendelse af værktøjer. Det er Sundhedsdatastyrelsens ansvar at stille værktøjer til rådighed, som gør det muligt for sekretariatet at dataunderstøtte arbejdet i klyngerne.

Vigtige fokusområder fremadrettet

Vigtige fokusområder fremadrettet er målgrupperne nævnt i lovforslaget, den ældre medicinske patient, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykiske lidelser. Særligt udsat er borgere, som har flere kroniske sygdomme eller som både lider af kroniske/psykiske lidelser og har et alkohol- eller stofmisbrug eller andre problematikker. Her er det særligt vigtigt med en helhedsorienteret og sammenhængende indsats for at fremme lighed i sundhed.

Fokusområder er derfor fortsat sektorovergange og samarbejde på tværs samt finansiering mellem hospital, kommune og de alment praktiserende læger. Noget nyt og meget positivt er, at de alment praktiserende læger er repræsenteret i klyngerne. Her er det vigtigt at have fokus på at afklare de praktiserende lægers roller og opgaver.

Det er ligeledes positivt, at psykiatrien er repræsenteret i sundhedsklyngerne. Det rejser en opmærksomhed på, hvordan vi bedst muligt fastholder det gode samarbejde med psykiatrien og understøtter det fremadrettede samarbejde. Der skal være opmærksomhed på, at det kan give udfordringer at være tilknyttet to klynger. Fra et Rødovre perspektiv ses det som en udfordring for samarbejdet på tværs, at Rødovre er tilknyttet midtklyngen på det somatiske område, og sydklyngen på det psykiatriske område.

I forhold til dataunderstøttelse af beslutningerne er det vigtigt at sikre valide data og koblingen mellem regionale og kommunale data.

Det videre arbejde i sundhedsklyngerne

Social- og Sundhedsforvaltningen vil orientere Social- og Sundhedsudvalget om arbejdet i sundhedsklyngerne, når det er relevant.