# Opgaver på sundhedsområdet, som regionerne overtager myndigheds- og finansieringsansvaret fra kommunerne

Forslag til organisatoriske rammer for den fremtidige opgavevaretagelse af de fire opgaveområder

*Region Midtjylland november 2025*

# Baggrund og formål

I november 2024 indgik regeringen en bred politisk ”Aftale om sundhedsreform 2024”. Aftale om sundhedsreform indebærer en omfattende omstrukturering af sundhedsvæsenet.

Formålet er at sikre en mere sammenhængende og ensartet sundhedsindsats af høj kvalitet på tværs af landet, samtidig med at der skabes større nærhed og tryghed for borgerne og social og geografisk ulighed reduceres. Det centrale omdrejningspunkt er at reformere sundhedsvæsenet, så det er gearet til at håndtere fremtidens udfordringer.

Med aftalen flyttes myndigheds- og finansiereringansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027. Det drejer sig om:

- Den akutte, specialiserede sygepleje, der i dag er en del af den kommunale sygepleje
- Tilbud om midlertidige ophold til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats, som i dag varetages på kommunale  midlertidige pladser
- Rehabilitering på specialiseret niveau og dele af genoptræning på avanceret niveau, som i dag varetages på forskellig vis på tværs af kommunerne, samt finansieringsansvaret for genoptræning på specialiseret niveau
- Patientrettet forebyggelse, som i dag varetages i tæt sammenhæng med den borgerrettede forebyggelse i kommunerne

Med ændringerne lægges vægt på, at regionerne gives et større og mere samlet ansvar for at sikre sammenhængende patientforløb og behandling helt ud i borgerens eget hjem.

*Realiseringen af reformens mål kræver, at vi gør tingene på nye måder. Vi skal formå at holde op med at gøre det, der ikke virker. Det gode skal fastholdes og videreudvikles - andet skal tænkes på helt nye måder.*

*….Implementeringen af reformen skal sikre en omstilling af sundhedsvæsenet, så borgerne får et stærkere sundhedsvæsen lokalt og flere og bedre sundhedstilbud i eller tæt på hjemmet.*

*(Forårsaftalen 25).*

# Indholdsfortegnelse


- Indledning
- Proces og fælles rammer
- Forslag til organisatoriske scenarier for den fremtidige opgavevaretagelse
  - Akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser
  - Rehabilitering på specialiseret niveau
  - Patientrettet forebyggelse
- Horisontale samarbejder og kommuner
- Videre proces

# Indledning

- Regionen overtager myndigheds- og finansieringsansvaret for fire opgaver på sundhedsområdet, som kommunerne i dag varetager
- Der er stor variation i de kommunale serviceniveauer på de fire områder og organiseringen og opgaveløsningen i dag er meget forskelligartet
- Den regionale overtagelse af myndigheds- og finansieringsansvaret skal sikre en mere sammenhængende og ensartet sundhedsindsats af høj kvalitet, hvor der skabes større nærhed og tryghed for borgerne
- Det er en stor opgave, der kommer til at stille krav til alle dele af vores organisation.
- Hvis vi skal lykkes med at indfri intentionerne i reformen bliver der behov for at tænke nyt og samarbejde på nye måder – både internt i regionen, med kommunerne og med civilsamfundet
- Der bliver behov for både at arbejde med et kort sigte og et længere sigte. Første skridt på vejen er at sikre de faglige og organisatoriske rammer, der bedst muligt kan understøtte den forandring, vi ønsker for borgerne
- Derfor er der afsøgt mulige scenarier for den fremtidige opgaveløsning, herunder hvordan regionen kan løse opgaven pr. 1. januar 2027 og frem.
- Forretningsudvalget godkendte på deres møde 16. september anbefalinger til faglige og organisatoriske rammer for den videre dialog med de midtjyske kommuner, og for den videre afdækning af den fremadrettede opgavevaretagelse.
- Med udgangspunkt i mandatet fra Forretningsudvalget, er der arbejdet videre med at udfolde den fremtidige regionale opgavevaretagelse med afsæt i de anbefalede modeller for de fire opgaveområder.
- Regionsrådet skal på mødet 17. december 2025 drøfte forslag til den fremtidige opgavevaretagelse af de fire opgaveområder med henblik på at videregive anbefalinger til det tiltrædende regionsråd.
- Herunder skitseres forslag til organisatoriske rammer for den fremtidige opgavevaretagelse for de fire opgaveområder.

# Proces og fælles rammer

# Proces frem mod høring af forslaget

Primo 2025 er igangsat en proces, der skal lede frem til kvalificerede forslag til, hvordan regionen kan overtage myndigheds- og finansieringsansvaret pr. 1. januar 2027.

Myndigheds- og finansieringsoverdragelsen indeholder mange facetter, og administrationen har derfor igangsat en række parallelle proces spor omhandlende faglige og organisatoriske rammer, økonomi, IT, HR og et tværsektorielt spor med kommunerne.

Overordnet er processen inddelt i en række faser, hvor første fase har omhandlet afdækning af den nuværende kommunale opgaveløsning og anbefalinger til, hvilke organisatoriske rammer og faglige hensyn, der er væsentlige for den fremtidige opgavevaretagelse.

Anden fase omhandler videre dialog med kommunerne og videre udfoldelse af de organisatoriske rammer frem mod behandlingen i regionsrådet den 17. december.

Materialet er udformet på baggrund af:

- Regionsrådets syv temamøder i de første ni måneder af 2025
- Bilaterale politiske og administrative dialogmøder med hver af de 19 kommuner
- En styregruppe med repræsentanter fra hospitalsledelserne for somatik, psykiatri, præhospitalet, socialområdet og relevante stabe (HR, Økonomi, Digitalisering og IT) som har bistået direktionen med at udarbejde forslag til organisatoriske rammer og faglige hensyn
- Fire faglige projektgrupper, som har belyst de faglige elementer af opgavevaretagelsen
- To faglige tværsektorielle workshops med repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis
- Direktørmøder mellem kommunale sundhedsdirektører og hospitalsledelsesrepræsentanter og repr. fra almen praksis
- Drøftelser i sundhedsklyngerne
- RMU har været orienteret om processen

# Rammer for den fremtidige opgavevaretagelse

## Regionale pejlemærker og principper

Regionsrådet er løbende på temamøder blevet præsenteret for status på arbejdet med rammer og scenarier for den fremtidige opgavevaretagelse. Og udgangspunktet for det faglige arbejde med oplæg til rammer og scenarier, er de af Regionsrådet opsatte pejlemærker og principper for den fremtidige opgavevaretagelse på de fire opgaveområder.

### Pejlemærker

- Borgerens behov er udgangspunktet for vores indsatser
- Partnerskab i stedet for sektortænkning
- Vilje og konstruktiv tilgang til at indfri reformens intentioner og mål

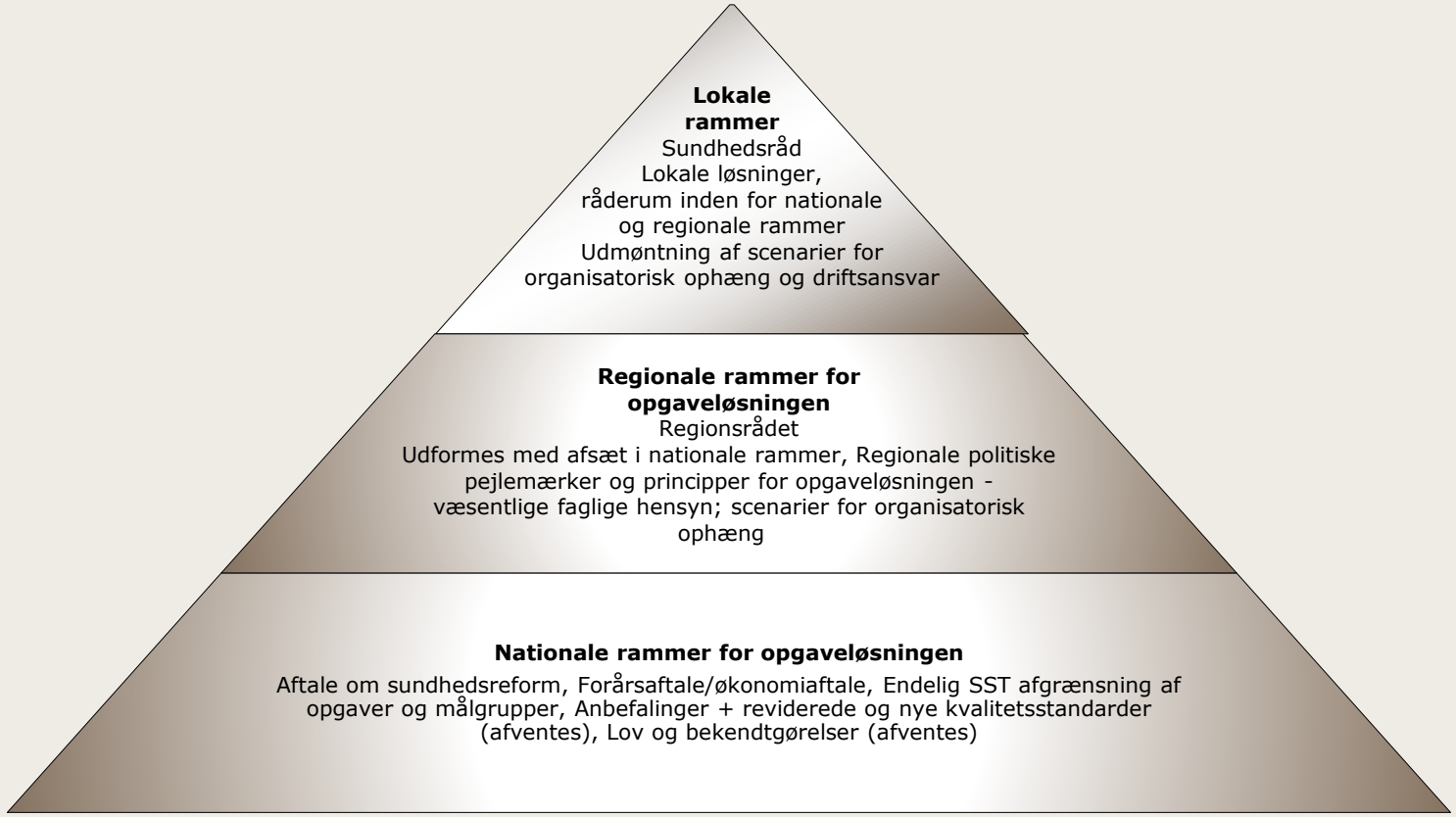
### Principper

**I opgaveløsningen tilstræber vi:**

- Sammenhæng og kontinuitet i borgerens forløb - så få overgange som muligt
- Tilstedeværelse, nærhed og omsorg i opgaveløsningen
- Ensartet høj kvalitet på tværs af geografi og organisatorisk ophæng
- Robusthed samt faglig og tværfaglig bæredygtighed i opgaveløsningen
- Virtuelt – hvor muligt og hensigtsmæssigt
- Inddragelse og involvering af borgere, pårørende og civilsamfund

## Faglige rammer for den fremtidige opgavevaretagelse

Som del af det faglige spor har regionale projektgrupper i foråret 2025 undersøgt, hvad der, set fra et fagligt synspunkt, skal til for at løfte de fire opgaveområder, og leve op til intentionerne i reformen. Først og fremmest skal den fremadrettede opgavevaretagelse leve op til nationale rammer på det givne område. Men derudover er der peget på en række væsentlige faglige hensyn, som vurderes at være afgørende for den kommende opgaveløsning. Den faglige ramme skal sikre en ensartet og høj kvalitet i opgaveløsningen på tværs af Region Midtjylland, uanset hvilken operatør, der får til opgave at varetage opgaven. Dertil lægges lokale løsninger i de fem sundhedsråd.



# Centrale opmærksomhedspunkter og generelle forudsætninger i det videre arbejde vedr. organisering af den fremtidige opgavevaretagelse af de fire opgaveområder

**Fokus på medarbejdere og arbejdsmiljø**

Der skal sikres fokus på medarbejdere og arbejdsmiljøet for nye såvel som nuværende regionale medarbejdere i en stor organisatorisk forandring.

**Ledelsesmæssig tydelighed**

Der skal være nærværende ledelse med et klart og entydigt ansvar for opgaven, medarbejderne og arbejdsmiljøet.

**Faglige synergier**

Organiseringen skal understøtte:

- Samspil mellem relevante opgaver
- Samspil mellem relevante afdelinger
- Samspil med samarbejdspartnere

**Ensartet kvalitet og fagligt niveau**

**Strategisk transformation**

Organiseringen skal bidrage til den overordnede transformation: "At vende hospitalerne ud i det nære" – med fokus på, at hele hospitalet skal vendes ud i det nære, ikke kun enkelte dele.

**Ledelseskompetencer**

Der skal være opmærksomhed på, hvilke kompetencer en kommende ledelse skal besidde. Mulighed for at tænke i andre typer af afdelingsledelse, hvis opgaven kræver det.

**Kultur og mindset**

Der skal være fokus på at udvikle og understøtte mindset og kultur, der matcher opgaven og transformationen 'ud mod det nære'.

**Sikker drift**

Organiseringen skal sikre sikker drift fra 1. januar 2027. Det kræver fokus på:

- implementering og involvering af medarbejdere

- at følgende er på plads, for at opgaven kan løses: kapacitet, rette kompetencer, digital understøttelse og datamæssig understøttelse af opgaven

**Faglig fælles retning og kultur**

Der skal skabes fælles retning og kultur for sundhedsopgaver i det nære

**Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde**

Der skal bygges videre på de eksisterende gode tværfaglige og tværsektorielle samarbejder i en ny virkelighed

**Organisatorisk enkelhed**

Hensyn til at sikre mindst mulig kompleksitet i den fremtidige organisering.

# Akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser

Forslag til organisatoriske scenarier for den fremadrettede opgavevaretagelse

# Baggrund og formål

Med sundhedsreformen fra 2024 får regionerne ansvaret for den specialiserede del af den kommunale sygepleje, akutsygeplejen.

Indsatser beskrevet i eksisterende kvalitetsstandarder for de dele af de kommunale akutfunktioner, der er en del af opgaveflytningen, vil indledningsvist danne grundlag for den regionale opgavevaretagelse.

Kommunerne vil fortsat have ansvar for den almene sygepleje. Regionerne forpligtes til at sparre med kommunerne og understøtte den almene sygepleje.

Akutsygeplejen er i dag organiseret enten i selvstændige teams (akutteams) eller som en integreret del af den kommunale hjemmesygepleje. Akutsygeplejen er i dag ofte organiseret i sammenhæng med de kommunale akutpladser og midlertidige pladser. Der er i dag et tæt samarbejde mellem akutsygeplejen og den almene sygepleje i kommunerne. Typisk dækker akutsygeplejen basale opgaver udenfor dagtid.

# Intention med opgaveflyt (jf. lovforslag)

- Give regionerne et større og mere **samlet ansvar** for at sikre behandling helt ud i **borgerens eget hjem**
- Sikre borgerne tilbud af tilstrækkelig **høj kvalitet**
- Sikre at sundhedstilbud løses i **sammenhæng** til gavn for borgerne
- Sikre **fagligt bæredygtigt** akuttilbud

# Opgaven

Regionerne får ansvaret for den specialiserede del af den nuværende kommunale sygepleje.

- Der er tale om tidsbegrænsede indsatser af kortere varighed
- Desuden nogle mere planlagte, komplekse forløb, som ligger inden for akutsygeplejens ansvar
- En stor del af indsatserne varetages efter lægeordination og delegation fra den behandlingsansvarlige læge.

- Akutsygeplejen omfattes af **nationale kvalitetsstandarder** med **krav** til indsatser, kompetencer, udstyr, organisering og samarbejde, henvisning, behandlingsansvar og visitation
- Akutsygeplejen er funderet på betydelig sundhedsfaglig/instrumentel, social og organisatorisk kompetence, viden og erfaring.

## Målgruppe

- Subakutte og akutte patienter med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk lidelse.
- Forløbene er komplekse, hvor en kombination af flere faktorer - både instrumentelle indsatser, observation og tolkning af symptomer, undersøgelsesresultater og behandling, men også psykosociale faktorer og borgernes individuelle situation og præferencer - kan have betydning
- Patientgrupper, der af forskellige andre årsager kan have et forstærket behov for, at forløbet kan håndteres i vante rammer, fx borgere med demens.

## Sundhedsfaglige indsatser

- Sygepleje og behandling, herunder observation, undersøgelse og vurdering samt udvalgte instrumentelle indsatser i forløb med behov for tidlig eller opfølgende indsats
- Rådgivning, sparring, supervision og undervisning af kommunalt personale.

## Kommunal snitflade

- Kommunerne har fortsat ansvaret for almen sygepleje i kommunerne.
- Sundhedsstyrelsen udarbejder kvalitetsstandarder for den almene sygepleje i kommunerne i 2026, som vil bidrage til at definere snitflader mellem akutsygeplejen i det nære sundhedsvæsen og den kommunale almene sygepleje
- En væsentlig opgave for akutsygeplejen er at sikre rådgivning, sparring, supervision og undervisning af kommunalt personale.

# Baggrund og formål

Med sundhedsreformen fra 2024 får regionerne ansvaret for at tilbyde midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser (SOP).

Det betyder, at ansvaret for de kommunale akutpladser og størstedelen af de øvrige midlertidige pladser flyttes til regionerne. Disse pladser bliver samlet under sundhedsloven.

I dag har kommunerne et bredt udvalg af midlertidige pladser med forskellige målgrupper, formål og bemanding. Kommunerne kan visitere borgere til disse pladser enten efter sundhedsloven (akutpladser) eller efter serviceloven (øvrige midlertidige pladser).

I praksis bruges pladserne ofte fleksibelt, så den samme plads kan skifte funktion i takt med borgerens behov – for eksempel fra akutplads til afklaringsplads og senere til venteplads.

# Intention med opgaveflyt (jf. lovforslag)

- Større **sammenhæng** til hospitalsindsatser
- Højere grad af relevant **lægedækning** på området, så indlæggelser og genindlæggelser forebygges
- Bedre mulighed for at trække på **relevante specialistkompetencer** på hospitalet.
- **Ensartethed** og **kvalitetsløft**
- **Reducere kassetænkning** på området

*"[...] det [er] ambitionen, at sundheds- og omsorgspladserne skal spille en central rolle i det nære sundhedsvæsen. De skal bidrage til opbygningen af et stærkt nært sundhedsvæsen ved at sikre tilbud om midlertidige ophold for personer med behov for en sundhedsfaglig indsats uden for eget hjem, og som er af høj og ensartet kvalitet på tværs af landet" (udkast til lovforslag "Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love", s. 32)*

# Sundheds- og omsorgspladser

## Opgaven

Regionerne får ansvaret for at tilbyde midlertidigt ophold til borgere, som har behov for sundhedsfaglige indsatser, der understøtter rehabilitering, når disse ikke kan tilrettelægges hensigtsmæssigt i eget hjem. Regionen er ansvarlig for de sundhedsfaglige indsatser og pleje under opholdet.

- Sundheds- og omsorgspladser (SoP) skal som udgangspunkt være **i alle kommuner**
- Pladserne skal være omfattet af **frit valg** og være **uden egenbetaling**
- Regionen skal sikre **lægedækning** på pladserne
- Pladserne omfattes af **nationale kvalitetsstandarder** med **krav** til kapacitet, udstyr, sundhedsfagligt indhold, visitations- og afslutningskriterier samt beskrivelse af behandlingsansvar under ophold og overordnede overvejelser vedr. planlægningen af de kommunale indsatser, der skal finde sted efter afsluttet ophold

## Målgruppe

- Borgere med somatisk sygdom og evt. samtidig psykisk lidelse med behov for sundhedsindsatser, som hverken kræver en sygehusindlæggelse eller hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem
- Målgruppen er heterogen med varierende kompleksitet, kronisk sygdom, polyfarmaci og funktionsniveau
- Borgerens sundhedsfaglige behov skal fordre adgang til lægefaglige kompetencer.

## Sundhedsfaglige indsatser

- Observation, pleje og/eller behandling, genoptræning og basal palliation
- Indsatser skal understøtte rehabilitering mhp. at forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner
- Indsatsen kan både være forebyggende for sygehusindlæggelser og opfølgende efter en indlæggelse, fx hvis borgeren har behov for genoptræning efter udskrivning.

## Kommunal snitflade

- Kommunerne kan fortsat tilbyde midlertidigt døgndækket tilbud til borgere, der primært har behov for helhedspleje (efter ældreloven) og/eller personlig pleje og praktisk hjælp (efter serviceloven)
- Borgere, hvor det *overvejende behov* ikke er en sundhedsfaglig indsats, forbliver kommunalt ansvar – herunder borgere, hvis udfordringer *primært* relaterer sig til fx hjemløshed eller behov for social rehabilitering el. social misbrugsbehandling.

# Politisk mandat – rammer for videre udfoldelse

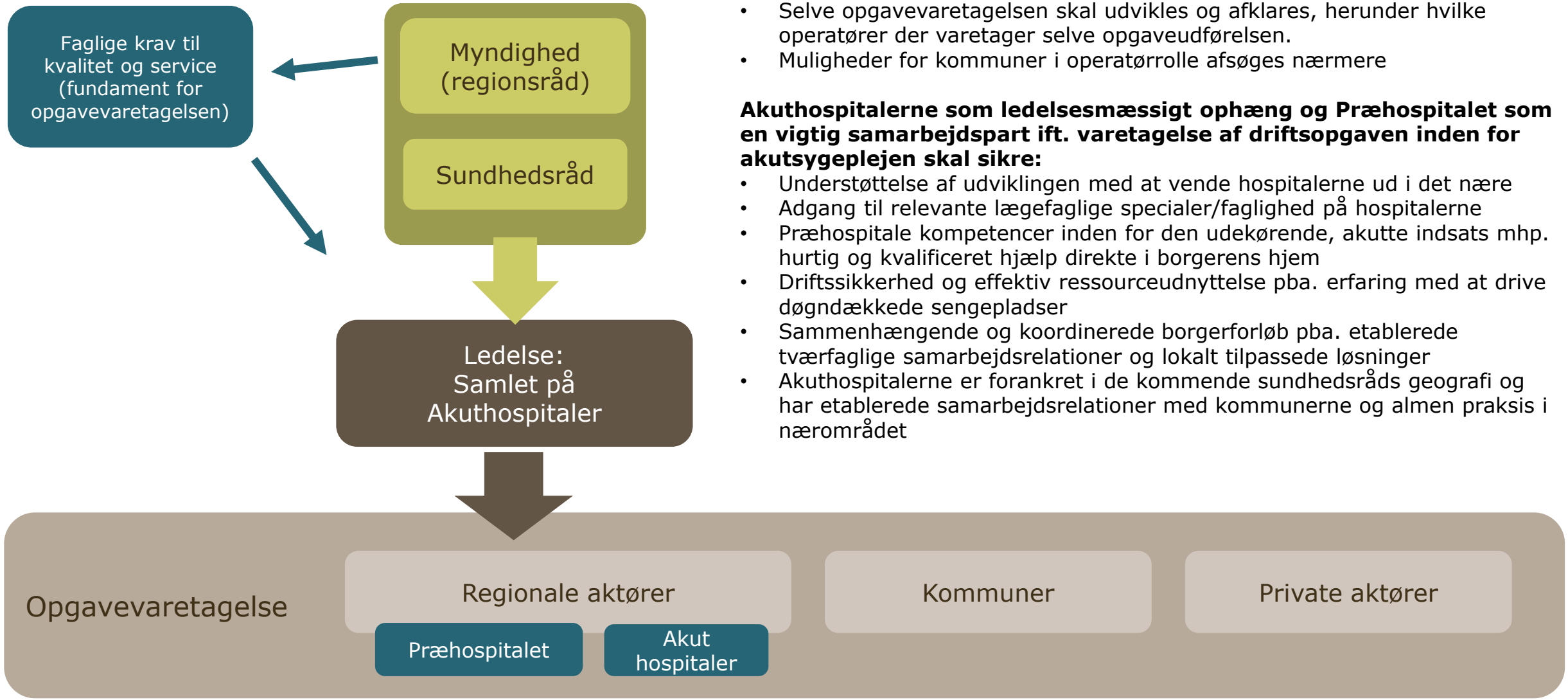
Forretningsudvalget har den 16. september 2025 godkendt, at der arbejdes videre med at udfolde opgaveløsningen, med afsæt i følgende anbefalinger:

- At kommende sundheds- og omsorgspladser og akutsygeplejen integreres organisatorisk under samme ledelse.
- At det samlede ledelsesophæng forankres på akuthospitalerne (hospitalsledelse) med Præhospitalet som en vigtig samarbejdspart i forhold til varetagelse af driftsopgaven inden for akutsygeplejen.
- At synergier i opgavevaretagelsen mellem sundheds- og omsorgspladserne, akutsygeplejen og de kommende hjemmebehandlingsteams bringes i spil så sammenhængende og så optimalt som muligt.
- At kontinuitet i borgerens forløb understøttes, herunder i relation til 96-timers behandlingsansvar.
- muligheden for at indgå aftaler med kommuner og/eller private aktører om at varetage operatørrolle afsøges nærmere.
- At der er Sundheds- og omsorgspladser i alle kommuner
- At akutsygeplejen dækker 24/7/365 – virtuelt eller fysisk

**Øvrige centrale hensyn**

- Tydeligt formelt ansvar for opgave
- Effektiv samlet regional ressourceudnyttelse
- Skal understøtte transformationen ‘at vende hospitalerne ud i det nære’

*Figur: Illustration af forslag til model for fremtidig varetagelse af akutsygepleje og SoP*




- De to opgaver samles i ét og samme myndigheds- og finansieringsophæng på akuthospitalerne (hospitalsledelse)
- Selve opgavevaretagelsen skal udvikles og afklares, herunder hvilke operatører der varetager selve opgaveudførelsen.
- Muligheder for kommuner i operatørrolle afsøges nærmere

**Akuthospitalerne som ledelsesmæssigt ophæng og Præhospitalet som en vigtig samarbejdspart ift. varetagelse af driftsopgaven inden for akutsygeplejen skal sikre:**

- Understøttelse af udviklingen med at vende hospitalerne ud i det nære
- Adgang til relevante lægefaglige specialer/faglighed på hospitalerne
- Præhospitale kompetencer inden for den udekørende, akutte indsats mhp. hurtig og kvalificeret hjælp direkte i borgerens hjem
- Driftssikkerhed og effektiv ressourceudnyttelse pba. erfaring med at drive døgndækkede sengepladser
- Sammenhængende og koordinerede borgerforløb pba. etablerede tværfaglige samarbejdsrelationer og lokalt tilpassede løsninger
- Akuthospitalerne er forankret i de kommende sundhedsråds geografi og har etablerede samarbejdsrelationer med kommunerne og almen praksis i nærområdet

# Opdrag og proces

I efteråret 2025 skal foreligge en skitse for den forventede fremtidige organisering af akutsygeplejen og sundheds- og omsorgspladser på akuthospitalerne, med henblik på efterfølgende politisk drøftelse i december.

Derfor har Koncernforum og Styregruppen for fremtidig varetagelse af nuværende kommunale opgaver på sundhedsområdet drøftet forskellige mulige organisatoriske scenarier for den fremtidige opgaveløsning – herunder bl.a. organisering.

Formålet med drøftelserne har været at komme nærmere konkrete regionale hegnspæle og organisatoriske løsningsveje, som rammesættende for akuthospitalernes videre arbejde og overvejelser ift. Organisering.

I det følgende præsenteres skitse til rammer for fremtidig organisering på akuthospitalerne, herunder overvejelser ift. styrker og opmærksomhedspunkter ved de forskellige organisatoriske scenarier.

Der lægges ikke op til én fælles model for organiseringen på akuthospitalerne, men mulighed for at hvert akuthospital kan vælge den organisering, der findes mest hensigtsmæssig ift. opgavevaretagelsen inden for de præsenterede rammer.

# Afgrænsning af rammer for organisering på akuthospitalerne

På baggrund af drøftelser i Koncernforum og i Styregruppen for fremtidig varetagelse af nuværende kommunale opgaver på sundhedsområdet illustreres nedenfor tre mulige organisatoriske scenarier, som akuthospitalerne kan vælge at organisere sig inden for ift. akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser (SoP). De tre scenarier skal ses som prototyper for organisering af den fremtidige opgavevaretagelse på akuthospitalerne. Der vil kunne etableres forskellige hybridscenarier på tværs af de tre prototyper.

- **Scenarie 1**: Oprettelse af en ny, selvstændig afdeling.
- **Scenarie 2:** Integration i eksisterende afdeling(er).
  - **Scenarie 2a:** Akutsygeplejen organiseres i regi af akutafdelingen. SoP organiseres i regi af medicinsk afdeling
  - **Scenarie 2b:** Akutsygepleje og SoP organiseres i samme afdeling (akutafdeling/medicinsk afd.)

I alle tre scenarier foreslås et ledelsesmæssigt ophæng på afdelingsledelsesniveau. Der skal i den forbindelse være opmærksomhed på at sikre, hvordan vi tilvejebringer nærværende ledelse på flere niveauer – bl.a. med erfaringer fra socialområdet.

Til hospitalernes videre overvejelser ift. valg af organisering er udfoldet styrker og opmærksomheder ift. de tre scenarier.

# Scenarie 1: Oprettelse af en ny, selvstændig afdeling

**Scenarie**

Der oprettes en ny, selvstændig afdeling, der omfatter både akutsygepleje og sundheds- og omsorgspladser. Ledelsesmæssig ophæng placeres på afdelingsledelsesniveau.

**Overvejelser ift. scenariet**

Styrker

- Strategisk transformation fremadrettet: understøtter muligheden for at skabe en "udviklingsmotor" ift. at vende hospitalerne ud mod det nære, hvor opgaverne løses i borgers eget hjem og/eller i det nære
- Mulighed for at skabe ny faglighed og kultur, hvor sundhed i det nære er bærende
- Entydigt fokus for afdelingsledelsen - mulighed for nærværende og entydigt ledelsesfokus
- Understøtter synergier på tværs af akutsygeplejen og sundheds- og omsorgspladser

Opmærksomheder

- Kræver tidlig og målrettet indsats for at etablere stærke interne og eksterne samarbejdsrelationer.
- Kræver tidlig og målrettet indsats for at etablere en fælles faglig og kulturel identitet
- Hvordan skabes sikker drift fra dag ét i en ny virkelighed?
- Kræver etablering af tværgående samarbejdsfora og fælles mål med øvrige afdelinger for at modvirke silo-tænkning ift. øvrige hospitalsafdelinger
- Mere ressourcekrævende at etablere og drifte?

# Scenarie 2a: Integration i to eksisterende afdelinger (for hhv. akutsygepleje og SoP)

**Scenarie**

- Akutsygepleje organiseres i regi af akutafdeling
- Sundheds- og omsorgspladser organiseres i regi af medicinsk afdeling

Ledelsesmæssig ophæng placeres på afdelingsledelsesniveau. I den forbindelse vil det være naturligt at overveje en udvidelse af afdelingsledelsen.

## Overvejelser ift. scenariet

Styrker

- Eksisterende kendskab til kommuner og målgrupper
- Etablerede samarbejdsflader og kendskab til ledelsesstruktur og øvrige afdelinger på hospitalet
- Lettere at skabe sammenhæng med eksisterende patientforløb – både akutte og medicinske patientforløb
- Erfaring og viden fra ”det nære” trækkes bredere ind på hospitalet

Opmærksomheder

- Kræver opmærksomhed fra ledelsen at sikre fokus på den nye opgave – der skal være fokus på proaktivitet og udvikling samtidig med sikker drift af kendte opgaver.
- Der skal ledelsesmæssigt være opmærksomhed på, at afdelingernes ‘almindelige’ drift ikke overses og at nye opgaver og medarbejdere ikke overses i afdelingens øvrige drift
- Der skal være opmærksomhed på, at de nye opgaver ikke må ”hospitaliseres”
- Opmærksomhed på, at der kobles én stor, ny opgave på en eksisterende drift (betragtelig volumen)
- To afdelingsledelser – kræver opmærksomhed at sikre synergi i opgaveløsningen mellem akutsygeplejen og sundheds- og omsorgspladser

# Scenarie 2b: Integration i én eksisterende afdeling

**Scenarie**

- Akutsygepleje og Sundheds- og omsorgspladser organiseres i regi af samme eksisterende afdeling

Ledelsesmæssig ophæng placeres på afdelingsledelsesniveau

**Overvejelser ift. scenariet**

Styrker

- Én afdelingsledelse understøtter, at der skabes synergi mellem akutsygeplejen og sundheds- og omsorgspladser
- Eksisterende kendskab til kommuner og målgrupper i afdelingen
- Etablerede samarbejdsflader og kendskab til ledelsesstruktur og øvrige afdelinger på hospitalet
- Lettere at skabe sammenhæng med eksisterende patientforløb – både akutte og medicinske patientforløb
- Erfaring og viden fra ”det nære” trækkes bredere ind på hospitalet

Opmærksomheder

- Kræver opmærksomhed fra ledelsen at sikre fokus på den nye opgave – der skal være fokus på proaktivitet og udvikling samtidig med sikker drift af kendte opgaver.
- Der skal ledelsesmæssigt være opmærksomhed på, at afdelingernes ‘almindelige’ drift ikke overses og at nye opgaver og medarbejdere ikke overses i afdelingens øvrige drift
- Opmærksomhed på, at der kobles to store, nye opgaver på en eksisterende drift (betragtelig volumen)
- Der skal være opmærksomhed på, at de nye opgaver ikke må ”hospitaliseres”

# Specialiseret rehabilitering

Forslag til organisatoriske scenarier for den fremadrettede opgavevaretagelse

# Baggrund og formål

Med sundhedsreformen fra 2024 får regionerne ansvaret for rehabilitering på specialiseret niveau samt den mest specialiserede del af avanceret genoptræning.

I dag varetages rehabilitering på specialiseret niveau i kommunerne som døgntilbud eller matrikelløse tilbud. Nogle kommuner har selv tilbud, mens andre kommuner køber dele af eller hele tilbud hos andre kommuner, regioner eller private leverandører.

Rehabilitering på specialiseret niveau tilbydes i henhold til Sundhedsloven §84 og §140 og tilhørende bekendtgørelse og vejledning samt Serviceloven § 107.

# Intention med opgaveflyt (jf. lovforslag)

- Sikre **høj kvalitet** i genoptræningsindsatserne
- Sikre at medarbejdere med de **rette kompetencer** varetager opgaverne
- Opgavevaretagelsen forudsætter et patientgrundlag, der overstiger størrelsen på en række kommuner

*"Et særligt hensyn bag forslaget om flytning af ansvaret for dele af genoptræningsindsatserne efter sundhedsloven fra kommuner til regioner er at sikre genoptræningsindsatser af høj kvalitet for borgere med komplekse genoptræningsbehov, samtidig med at der er medarbejdere med de rette kompetencer til at løfte opgaverne. Sikring af en fagligt bæredygtig opgaveløsning af høj kvalitet kræver dog et patientgrundlag, der overstiger størrelsen på en række kommuner" (udkast til lovforslag "Lov om ændring af sundhedsloven og forskellige andre love", s. 31).*

# Opgaven

Regionerne får ansvaret for at tilbyde rehabilitering på specialiseret niveau til borgere, som har komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnenedsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser.

**Antal forløb:**

- Hammel Neurocenter udarbejder ca. 110 genoptræningsplaner om året til rehabilitering på specialiseret niveau til borgere i Region Midtjylland
- Det forventes i Sundhedsreformen, at antallet af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau øges med ca. 80 om året i Region Midtjylland, når genoptræningsplaner til de mest specialiserede avancerede forløb konverteres til rehabilitering på specialiseret niveau

**Kapacitet:**

- Det er på nuværende tidspunkt vanskeligt at fastlægge det fremtidige kapacitetsbehov på døgnrehabiliteringsenhederne, da der fortsat er mange uklarheder. Et forsigtig bud er ca. 25 døgnpladser. Det kræver nærmere analyse, som først kan ske, når der er foretaget flere valg omkring den konkrete tilrettelæggelse af tilbuddene
- I perioder med spidsbelastninger vil der være mulighed for at købe tilbud hos andre regioner og/eller private leverandører

**Målgruppe:**

- I dag er det primært borgere med følger efter erhvervet hjerneskade, som får rehabilitering på specialiseret niveau, selvom rehabilitering på specialiseret niveau ikke er forbeholdt specifikke specialer eller diagnoser
- Børn er en særlig målgruppe, som vi skal sikre tilbud til
- Sundhedsstyrelsen udarbejder en beskrivelse af de målgrupper, der skal flyttes fra avanceret genoptræning til rehabilitering på specialiseret niveau

**Kommunal snitflade:**

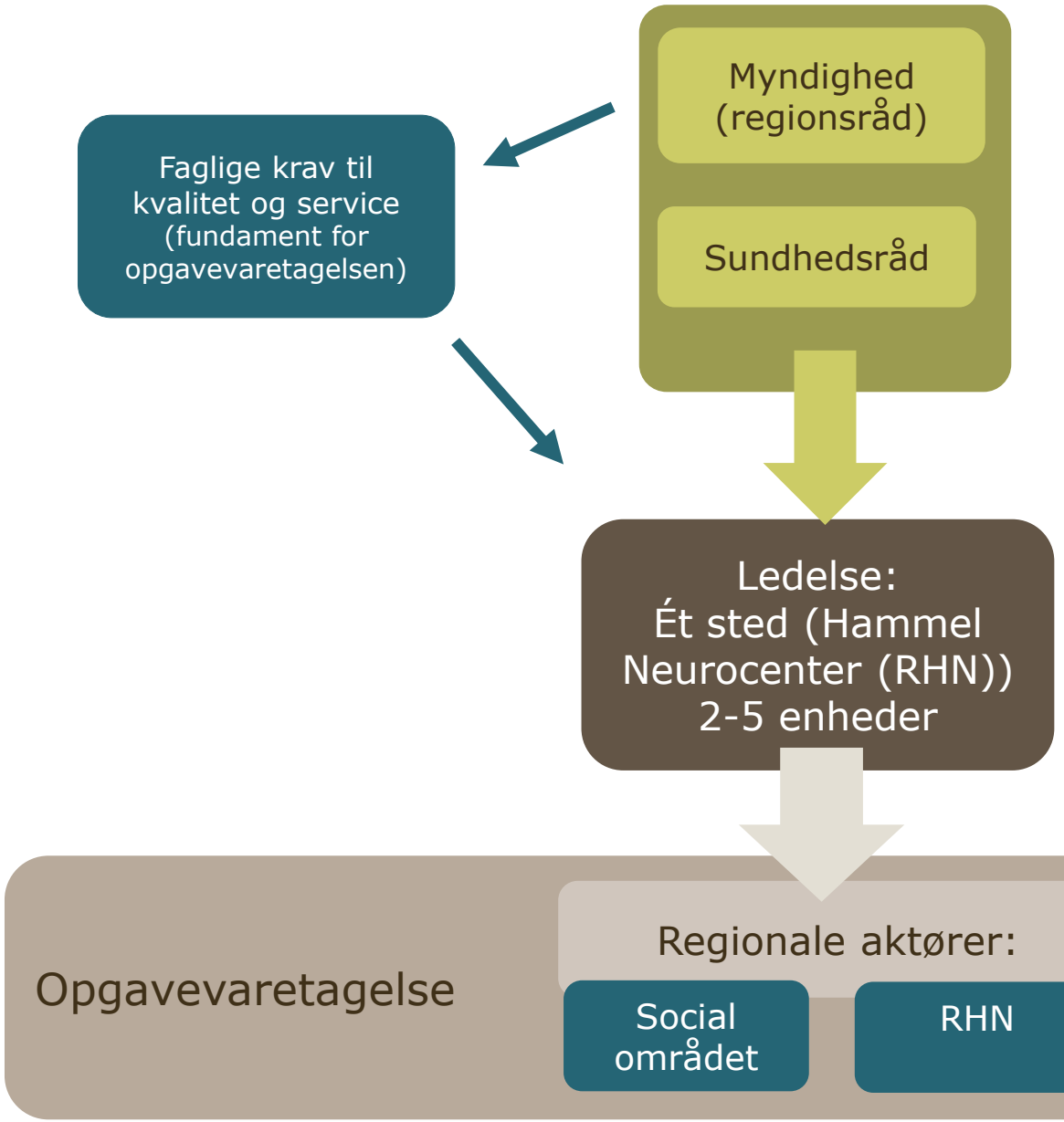
- Borgerne har ofte behov for indsatser fra kommunen under rehabiliteringsforløbet. Det kan eksempelvis være hjemmepleje, sociale indsatser, Jobcenter og PPR. Regionen og kommunen skal sikre, at alle indsatser koordineres. Det er derfor essentielt, at der fortsat er et tæt tværsektorielt samarbejde om opgaveløsningen.

# Politisk mandat – rammer for videre udfoldelse

Forretningsudvalget har den 16. september 2025 godkendt at der arbejdes videre med at udfolde opgaveløsningen med afsæt i følgende anbefalinger :

- Regionen overtager rehabilitering på specialiseret niveau fra kommunerne
- Der drives 2-5 regionale døgnrehabiliteringsinstitutioner, som skal være geografisk spredt i regionen, i tilknytning til de højtspecialiserede neurorehabiliteringstilbud på tre matrikler – Hammel Neurocenter, Regionshospitalet Skive og Lemvig Sundhedshus
- Den opbyggede viden i kommunerne forsøges samlet på disse 2-5 regionale døgnrehabiliteringsinstitutioner
- Matrikelløse tilbud etableres i en geografisk nærhed til borgerne. De skal drives i et fagligt, organisatorisk og økonomisk bæredygtigt set-up med udgangspunkt i døgntilbuddene
- Ledelsesansvaret forankres på Regionshospitalet Hammel Neurocenter
- Elementer af opgavevaretagelsen vil kunne leveres af kommuner, regionale aktører og private aktører ud fra konkrete aftaler

# Rehabilitering på specialiseret niveau




**Myndigheds- og finansieringsophæng samles på Regionshospitalet Hammel Neurocenter, herved**

- Samles specialistkompetencerne i én organisation, og der kan sikres tæt faglig relation og sparring mellem Regionshospitalet Hammel Neurocenter (Hammel, Skive og Lemvig), døgntilbuddene og de matrikelløse tilbud
- Leveres en ensartet visitation til alle de borgere, der udskrives med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, uanset diagnose, via Fælles Regional Visitation (FRV) på Regionshospitalet Hammel Neurocenter
- Er der mulighed for kapacitetsstyring/-tilpasning. Regionshospitalet Hammel Neurocenter har mulighed for at sende personale ud til døgntilbuddene og de matrikelløse tilbud, hvis tilbuddene mangler personale/kompetencer
- Etableres tilbud til børn og til voksne med ensartet faglig robusthed og kvalitet
- Etableres en "basispakke" på alle døgntilbud, mens et eller flere tilbud kan specialisere sig inden for helt særlige indsatser til målgruppen
- Understøttes sammenhæng og kontinuitet i borgerens samlede forløb
- Er der uddannelses- og forskningsmæssige fordele samt digitale fordele

*Figur: Illustration af forslag til model for fremtidig varetagelse af rehabilitering på specialiseret niveau*

# Opdrag og proces

I efteråret 2025 skal der foreligge et oplæg til, hvordan Region Midtjylland kan realisere modellen for fremtidig regional varetagelse af rehabilitering på specialiseret niveau – med henblik på politisk drøftelse i december 2025.

Der blev i foråret 2025 nedsat en tværfaglig projektgruppe, som dengang havde til opgave at udfolde det faglige fundament for opgavevaretagelsen. Projektgruppen er genaktiveret i efteråret 2025 og har fået til opgave at udfolde, hvordan den anbefalede model kan omsættes til praksis.

I nærværende præsenteres projektgruppens foreløbige analyser af forskellige scenarier inden for rammerne af den anbefalede model for fremtidige opgaveløsning.

# Anbefalinger til det videre arbejde og overvejelser ift. organisering af døgnrehabiliteringsenheder, matrikelløse tilbud og samarbejde med kommunerne

## Matrikelløse tilbud:

- De matrikelløse tilbud ydes i borgerens eget hjem eller i lokalområdet
- Der etableres og udvikles matrikelløse tilbud, som drives i et fagligt, organisatorisk og økonomisk bæredygtigt set-up med udgangspunkt i døgnrehabiliteringstilbuddene og i samspil med samtidige kommunale indsatser
- Eksisterende kommunale tilbud kan evt. indtænkes ift. varetagelsen af matrikelløse tilbud. Dette forudsætter, at der indgås aftale med kommunen herom

## Samarbejde med kommunerne:

- Et godt og konstruktivt samarbejde med kommunerne er essentielt. Derfor skal kommunerne inviteres ind i det udviklende rum, så vi sammen kan aftale og udvikle, hvordan vi samarbejder og koordinerer den fremtidige indsats.

## Døgnrehabiliteringsenheder:

- Der skal etableres 2-5 døgnrehabiliteringsenheder
- Der bør mindst være 5-7 senge på en enhed, for at enheden kan være faglig og økonomisk bæredygtig. Volumenkravet vil bl.a. afhænge af:
  - Om tilbuddene organiseres, så samme enhed løser opgaven på både døgnpladser og de matrikelløse tilbud
  - Mulighed for at placere aktiviteten på matrikler, hvor der foregår anden aktivitet
  - Hvilken bemanding og hvilket tilbud, der skal leveres til den nye målgruppe for specialiseret rehabilitering

- Indsatsen til børn og unge bør samles på 1 matrikel, da det kræver særlige kompetencer
- Mulige geografiske placeringer skal afdækkes nærmere i det videre arbejde

# Analyse af scenarie med 2 døgnrehabiliteringsenheder

Model: Der etableres døgnrehabilitering på 2 matrikler med 10-15 døgnpladser hver.

## Giver gode muligheder for at:

- Borgerne får en ensartet kvalitet i tilbuddene, når der kun er to døgnrehabiliteringsenheder
- Borgerne oplever, at specialiserede teams koordinerer deres rehabiliteringsforløb
- Sikre høje kompetencer og sparring inden for alle personalegrupper grundet et større flow samt rådgive og vejlede det matrikelløse område og andre aktører
- Støtte de plejemæssige ressourcer, som kommunen har i borgerens eget hjem, når borgeren får et matrikelløst tilbud
- Rekruttere personale pga. høj faglig kvalitet som følge af en høj volumen
- Fleksible kapacitetsmuligheder mellem døgnrehabiliteringsenheder og matrikelløse tilbud, da der er større kapacitet samlet på få enheder frem for spredt ud på flere enheder
- Hammel Neurocenter kan understøtte og lede de 2 matrikler
- Opretholde et bæredygtigt tilbud i perioder med færre forløb
- Sikre et økonomisk bæredygtigt tilbud, da det er billigere at drifte 2 matrikler end flere

## Kan gøre det vanskeligere at:

- Potentielt længere afstand for borgeren og de pårørende, når borgeren har behov for døgnrehabilitering
- Organisere og tilrettelægge matrikelløse tilbud i hele regionen pga. store geografiske afstande
- Lede pga. et stort ledelsesspænd i en stor enhed
- Koordinere med de kommunale indsatser, når enhederne er større og dermed længere væk fra kommunerne
- Flytte kapacitet, hvis der opstår flaskehalse og kapacitetsudfordringer. Dette kan medføre behov for at købe tilbud eksternt

## Opmærksomheder:

- Opgaven kalder på specialistkompetencer, hvorfor disse hensyn vejer tungere i opgaveløsningen end geografisk nærhed
- Der skal findes/etableres 2 lokationer, som er store nok til at rumme ca. 10-15 døgnpladser hver
- Placering i sammenhæng med andre døgnrehabiliteringsenheder vil være ideelt men ikke en forudsætning for økonomisk og organisatorisk bæredygtighed

# Analyse af scenarie med 3 døgnrehabiliteringsenheder

Model: Der etableres døgnrehabilitering på 3 matrikler med 8-10 døgnpladser hver.

## Giver gode muligheder for at:

- Sikre det nødvendige flow og volumen til at bibeholde de nødvendige specialiserede kompetencer samt rådgive og vejlede det matrikelløse område og andre aktører
- Skabe et ensartet tilbud, hvor alle relevante faggrupper er repræsenteret
- Borgerne oplever, at specialiserede teams koordinerer deres rehabiliteringsforløb
- Støtte de plejemæssige ressourcer, som kommunen har i borgerens eget hjem, når borgeren får et matrikelløst tilbud
- Brobygning i opgaverne gøres lettere ved at distancen til specialiserede døgnrehabiliteringsenheder er inden for en rimelig geografisk afstand

## Kan gøre det vanskeligere at:

- Sikre en økonomisk bæredygtig drift i perioder med udsving i belægningen. Dette giver behov for at kunne flytte borgere og personale på tværs af enheder ved både lav og høj belægning samt at kunne samtænke med andre dele af organisationen eller kommuner

## Opmærksomheder:

- Det vil forventeligt være lettere at finde egnede lokationer til enheder med ca. 8 døgnpladser kontra 15 døgnpladser
- Placering i sammenhæng med andre døgnrehabiliteringsenheder vil være ideelt men ikke en forudsætning for økonomisk og organisatorisk bæredygtighed

# Analyse af scenarie med 4-5 døgnrehabiliteringsenheder

Model: Der etableres døgnrehabilitering på 4-5 matrikler med 5-7 døgnpladser hver.

## Giver gode muligheder for at:

- Et mindre ledelsesspænd på de enkelte matrikler og dermed mulighed for nærvær i ledelsesopgaven
- Rumme kompleksiteten ved integrationen af det matrikelløse tilbud og samarbejdet med de lokale aktører, herunder brobygning pga. mindre enheder
- Samme personalegruppe kan løse opgaver i både døgnrehabiliteringsenhederne og matrikelløst tilbud, hvilket giver fleksibilitet og bedre ressourceudnyttelse, mulighed for kompetenceudvikling, forskning og kvalitetsarbejde
- Rekruttere personale pga. kortere afstand fra bopæl til arbejdsplads
- Samarbejde med færre kommuner/klynger, hvilket gør det lettere at koordinere på tværs af sektorer og opbygge lokalt kendskab og viden
- Flytte kapacitet, hvis der opstår flaskehalse og kapacitetsudfordringer

## Kan gøre det vanskeligere at:

- Etablere gruppebaseret rehabilitering for borgerne, pga. lille volumen
- Skabe robuste enheder, som er mindre sårbare, når der er sygdom, fravær og ledige stillinger
- Skabe fagligt robuste miljøer, når der er få medarbejdere på enhederne
- Sikre fælles overblik over kapaciteten ved spidsbelastninger
- Skabe økonomisk bæredygtige enheder, fordi driftsudgifterne er højere ved små enheder end ved større enheder
- Lede på tværs af enhederne

## Opmærksomheder:

- Det kan ikke garanteres, at borgeren får ophold på den lokale døgnrehabiliteringsenhed - det afhænger af kapaciteten
- Mindre matrikler fordrer formentlig etablering i sammenhæng med andre døgntilbud, fx sundheds- og omsorgspladser eller kommunale døgninstitutioner/pladser, for at sikre økonomisk og organisatorisk bæredygtighed

# Patientrettet forebyggelse

Forslag til organisatoriske scenarier for den fremadrettede opgavevaretagelse

# Baggrund og formål

Med sundhedsreformen overgår finansierings- og myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse til regionerne, der samtidig fortsat skal understøtte kommunerne med faglig rådgivning ift. forebyggelse og sundhedsfremme.

Den ændrede ansvarsplacering skal give bedre grundlag for faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom og sikre bedre incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser, der kan forbedre egenomsorg og livskvalitet, forebygge forværrig og reducere behovet for sygehusindsats for den store gruppe af borgere med kronisk sygdom.

Det er væsentligt at sikre et tæt samarbejde med kommunerne om udviklingen af forebyggelsesområdet, da den borger- og patientrettede forebyggelse hænger tæt sammen.

Ændringen i ansvarsforholdet skal ses i sammenhæng med sundhedsreformens indførelse af kronikerpakker og folkesundhedslov samt opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud.

# Intention med opgaveflyt (jf. lovforslag)

- Ensartede patientrettede forebyggelsestilbud af **høj kvalitet** til borgere med kronisk eller langvarig sygdom
- Faglig bæredygtighed på tværs af **lokale tilbud og løsninger**
- Ansvar for **sammenhængende forløb** og behandling i eller tæt på borgernes hjem
- **Udvikle og tilpasse forebyggelsestilbud**, så sundhedsvæsenet indrettes, så det bedst muligt tager hånd om befolkningens sundheds- og sygdomsmæssige problemstillinger

# Patientrettet forebyggelse

## Opgaven

Kommunerne har hidtil varetaget ansvaret for den patientrettede forebyggelse ved at etablere forebyggelsesindsatser på baggrund af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen samt lokale behov og muligheder.

Anbefalingerne blev i 2024 erstattet af 'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom', som indeholder krav og anbefalinger til indsatserne. Der er stor forskellighed i kommunernes tilbud og den patientrettede forebyggelse rækker nogle steder ud over indsatserne beskrevet i kvalitetsstandarden.

Kvalitetsstandarden vil blive opdateret af Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den nye ansvarsfordeling.

Elementer i den nuværende kvalitetsstandard for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom:

- Der skal afholdes **afklarende samtaler** med henviste kronisk syge borgere
- Tilrettelæggelsen af forebyggelsestilbuddene skal **differentieres** med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data
- Forløbene skal **evalueres** og efter endt indsats skal borgerne aktivt støttes i videreførelse og vedligehold

Der **skal** tilbydes:

- Sygdomsmestring
- Indsats for fysisk aktivitet
- Ernæringsindsats
- Nikotinafvænning (overlap til borgerrettet forebyggelse)
- Forebyggende samtale om alkohol (overlap til borgerrettet forebyggelse)

## Målgruppe

Patientgruppe med kronisk eller langvarig sygdom med behov for regelmæssig eller tilbagevendende kontakt til sundhedsvæsenet

Fx patienter med KOL, type 2 diabetes, kræftsygdomme, hjertesygdom, depression, angst, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser mv.

## Kommunal snitflade

Kommunerne har i dag og vil fortsat have ansvaret for borgerrettede forebyggelsestilbud og for at skabe rammer for og tilbud med henblik på sundhedsfremme og forebyggelse, både for somatiske og for psykiske sygdomme. Det gælder bl.a. forebyggelsestilbud til borgere i risiko for eller med symptomer på kronisk sygdom.

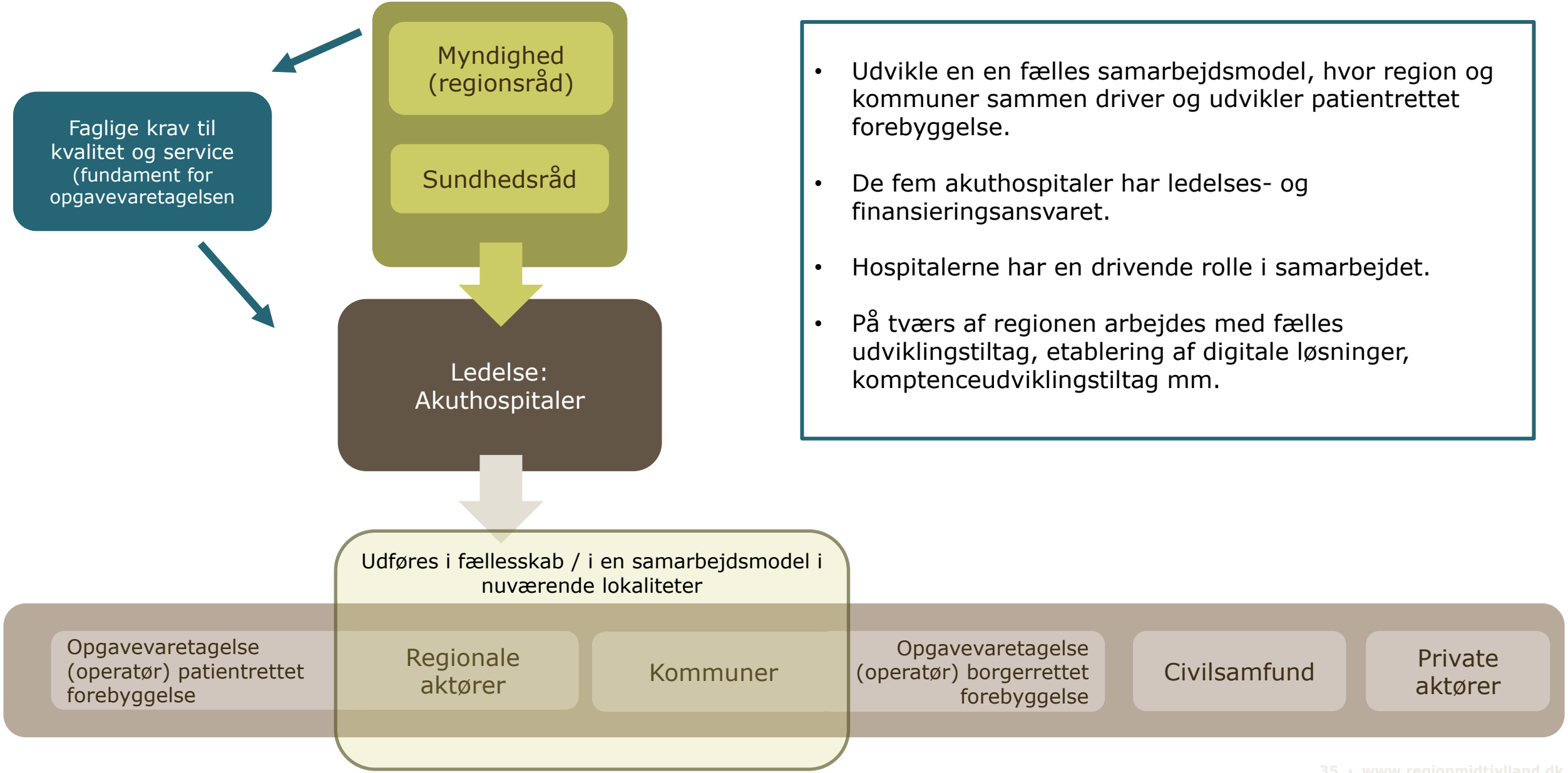
Kommunerne kan som en del af den borgerrettede forebyggelse fortsat tilbyde indsatser vedrørende mental trivsel fx stress samt lettere angst og depression med henblik på at forebygge forværring.

# Politisk mandat – rammer for videre udfoldelse

Forretningsudvalget har den 16. september 2025 godkendt at der arbejdes videre med at udfolde opgaveløsningen, med afsæt i følgende scenarie:

- Der udvikles en samarbejdsmodel, hvor regionen indgår samarbejdsaftaler med kommunerne om drift og udvikling af den patientrettede forebyggelse med fælles målsætninger og hvor både hospitaler og kommuner bidrager til opgavevaretagelsen
- Med samarbejdsmodellen vil både kommunale og regionale medarbejdere være repræsenteret og arbejde tæt sammen om tilbuddene på lokationerne for de patientrettede forebyggelsestilbud
- Ledelsesansvaret forankres på de 5 akuthospitaler, som har myndigheds- og finansieringsansvaret for de samarbejdsaftaler, der indgås med kommunerne inden for hvert Sundhedsråd
- Hospitalerne har en drivende rolle i samarbejdet og forpligtes til at arbejde indgående og struktureret med patientrettet forebyggelse som et led i omstillingen af det nære sundhedsvæsen
- På tværs af hospitalerne arbejdes koordineret med tværgående udviklingstiltag og udbredelse af bl.a. ensartet henvisnings- og dokumentationspraksis samt faglige tiltag, f.eks. digitale forebyggelsesforløb

# Patientrettet forebyggelse




- Udvikle en en fælles samarbejdsmodel, hvor region og kommuner sammen driver og udvikler patientrettet forebyggelse.
- De fem akuthospitaler har ledelses- og finansieringsansvaret.
- Hospitalerne har en drivende rolle i samarbejdet.
- På tværs af regionen arbejdes med fælles udviklingstiltag, etablering af digitale løsninger, komptenceudviklingstiltag mm.

# Begrundelse for anbefalet model

Der er en tæt sammenhæng mellem den patientrettede forebyggelse, som overgår til regionerne, og den borgerrettede forebyggelse, som forbliver en kommunal opgave. Opgaverne overlapper delvist, og i mange kommuner varetages begge typer forebyggelse af det samme personale.

Den anbefalede samarbejdsmodel skal sikre:

- At borgerne fortsat får helhedsorienterede og lokalt forankrede forebyggelsestilbud af høj kvalitet, der forebygger forværring af sygdom og fremmer sundhed
- At borgerne oplever sammenhæng og kontinuitet i deres samlede forløb – uanset hvem der leverer tilbuddet
- At vi via samarbejdet med kommuner, almen praksis og civilsamfund kan optimere alle parters brug af ressourcer og allerede opbyggede kompetencer for i fællesskab at udvikle tilgange,  og metoder på tværs
- At incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser realiseres
- At vi skaber sammenhæng til implementering af kronikerpakker og opgavevaretagelse i de almenmedicinske tilbud, der er under udvikling som en del af sundhedsreformen
- At vi undgår opbygning af paralleltilbud ved at sammentænke i forvejen etablerede tilbud i kommunerne
- At vi opbygger viden og kompetencer på området regionalt, herunder ift. inddragelse af civilsamfund

# Opdrag og proces

I efteråret 2025 skal der foreligge en skitse for den forventede fremtidige organisering af den patientrettede forebyggelse på akuthospitalerne, med henblik på politisk drøftelse i december.

I den forbindelse har Koncernforum og Styregruppen for den fremtidige varetagelse af nuværende kommunale opgaver på sundhedsområdet drøftet forskellige mulige organisatoriske scenarier for opgaveløsningen – herunder forskellige modeller for organisering.

Formålet med drøftelserne har været at afklare, hvordan opgaven bedst kan forankres på hospitalerne.

I det følgende præsenteres den foreløbige skitse til rammerne for den fremtidige organisering, herunder en gennemgang af styrker og opmærksomhedspunkter ved de forskellige modeller.

Der lægges ikke op til én fælles model for organiseringen på akuthospitalerne, men mulighed for at hvert akuthospital kan vælge den organisering, der findes mest hensigtsmæssig ift. opgavevaretagelsen indenfor de præsenterede rammer.

# Scenarier for organisatorisk forankring

På baggrund af drøftelser i Koncernforum og i Styregruppen for fremtidig varetagelse af nuværende kommunale opgaver på sundhedsområdet, illustreres nedenfor to organisatoriske scenarier, som akuthospitalerne kan vælge at organisere sig inden for ift. den patientrettede forebyggelse.

De to scenarier skal ses som prototyper for organisering. Der vil også kunne tænkes forskellige hybridscenarier på tværs af prototyper, ligesom den organisatoriske forankring evt. kan ses i sammenhæng med Akut- og SoP-pladserne:

- **Scenarie 1:** Etablering af forebyggelsesenhed eller forebyggelsesteams på hvert hospital
- **Scenarie 2:** Ledelsesopgaven forankres i flere relevante afdelinger (med sygdomsspecifik viden)

# Scenarie 1: Oprettelse af en ny, selvstændig afdeling (forebyggelsesenhed)

**Scenarie:**
Etablering af forebyggelsesenhed eller forebyggelsesteams på hvert hospital

- Fordele:
  - Giver ét samlet kontaktpunkt for kommunerne og sikrer enklere samarbejdsflader.
  - Skaber tydelig organisering og ansvar for forebyggelse.
  - Muliggør et stærkt, tværfagligt miljø med fokus på både patientrettet forebyggelse og sammenhæng i patientforløb
  - Erfaringer fra Aalborg (forebyggelsesambulatoriet) viser, at modellen kan være effektiv og skabe gode resultater.

- Opmærksomheder:
  - Risiko for at skabe afstand mellem forebyggelsesarbejdet og de kliniske afdelinger, hvis integrationen ikke sikres.

# Scenarie 2: Integration i eksisterende afdelinger

**Scenarie**

- Ledelsesopgaven forankres i flere relevante afdelinger (med sygdomsspecifik viden)

- Fordele:
  - Skaber et fagligt robust miljø. Sundhedsreformen lægger vægt på en styrket forebyggelsesindsats, og specialisering er her afgørende for kvaliteten.
  - Giver et stærkere mandat til at integrere forebyggelse i de kliniske afdelinger.
  - Øger ejerskab og engagement i forebyggelsesarbejdet.

- Opmærksomheder:
  - Mange indgange til forebyggelsesområdet på hospitalerne.
  - Kommunerne får flere samarbejdspartnere, hvilket kan komplicere koordineringen. (Kan man eventuelt kombinere en fælles forebyggelsesenhed på hvert enkelt hospital med de specialiserede afdelinger?)

# Horisontale samarbejder og kommuner

# Horisontale samarbejder og kommuner

Det indgår i reformaftalen, at en region kan indgå aftale med en kommune om fortsat at varetage driften af hele eller dele af de sundhedsopgaver, der flytter fra kommuner til regioner. Det fremgår således af forårsaftalen, at "driftsopgaven kan henlægges til kommunerne i de tilfælde, hvor det giver mening for både region og kommune", og videre at "kommunen drifter en opgave for regionerne på drøftede vilkår."

Kommunerne har pligt til at varetage opgaven under regionens ansvar og finansiering til og med 2028, såfremt regionen anmoder herom.

**Afventer juridiske og økonomiske rammer**

På nuværende tidspunkt er der ikke lovhjemmel til at indgå deciderede driftsaftaler med kommunerne. Der lægges nationalt op til, at der kan indgås 'horisontale samarbejdsaftaler', men idet denne aftaleform er ny og under fortsat udvikling, er der betragtelige usikkerheder forbundet med styringsmekanismer o.l. Det er derfor først muligt at lægge sig fast på en anbefaling ift. horisontale samarbejdsaftaler ift. kommuner, når vi kender de juridiske og økonomiske rammer nærmere. Forventeligt til Regionsrådets møde 17. december 2025.

**Dialog med kommunerne**

Med mandatet fra Forretningsudvalget afsøges administrativt i efteråret 2025 de kommunale interesser og tilkendegivelser for evt. horisontale samarbejder. I dialogen med kommunerne lægges de samme principper og pejlemærker, som vil gælde ved regional varetagelse af opgaverne, til grund for vurderingen af, om det giver mening for regionen at indgå en horisontal samarbejdsaftale med en kommune om hele eller dele af opgaveløsningen.

Uagtet, hvem der er operatør på opgaven (region, kommune) har regionen myndigheds- og finansieringsansvaret. Det fordrer regionalt dataejerskab og direkte data/systemadgang i monitorerings-, kvalitets,- økonomistyrings- og kapacitetsstyringsøjemed.

I tilfælde, hvor det giver mening for både region og kommune at indgå en horisontal samarbejdsaftale, vil de konkrete vilkår for opgavevaretagelsen skulle aftales, herunder de økonomiske og styringsmæssige vilkår.

I lyset af at regionen fortsat vil have myndigheds- og finansieringsansvaret for opgaveløsningen uanset om den varetages af eller i samarbejde med en kommune, lægges følgende præmisser til grund:

- Der skal sikres transparens om tidligere/eksisterende serviceniveau for opgaveløsning i forhold til aktivitet, økonomi, kvalitet, datamæssige forhold mv.
- Det nuværende serviceniveau i opgaveløsningen i den enkelte kommune kan videreføres med den økonomi, den enkelte kommune har indmeldt til KL ifm. Forårsaftalen.
- En aftale om et andet serviceniveau forudsætter transparens om ændringens betydning for kvalitet, aktivitet, økonomi, datamæssige forhold osv. inden der indgås en driftsaftale.
- Kommunernes løsning af opgaverne skal leve op til de gældende nationale kvalitetskrav/-standarder og regionens faglige fundament for opgaveløsningen.

Præmisserne skal bl.a. ses i lyset af, at der er stor variation i kommunernes nuværende opgaveløsning. Dette gælder både den faglige tilrettelæggelse af løsningen af opgaven, men også kommunernes udgifter hertil.

# Videre proces

# Videre proces

**November-december 2025: Dialog og afklaring**

- Nærmere afklaring af det økonomiske grundlag for den fremtidige opgavevaretagelse og grundlaget for samarbejdsaftaler
- Administrative dialogmøder mellem region og kommuner mhp. at afdække interesse for evt. horisontalt samarbejde
- 11. nov.-10. dec. (RMU 13. dec.): Organisatoriske rammer i høring i MED-systemet
- 3. dec. Tværsektorielt direktørmøde med de 19 kommuner – kommunale perspektiver
- 17.dec: Regionsrådet træffer beslutning om anbefalinger til det tiltrædende regionsråd

**Januar-juni 2026: Den forhandlende fase**

Der vil være fokus på inddragelse af MED-systemet i processen, herunder i forbindelse med de kommende personaleprocesser

- Primo 2026 sundhedsråd: Drøftelse af anbefalinger til rammer for den fremtidige opgavevaretagelse
- Primo 2026 tiltrædende regionsråd: Træffer beslutning om rammer for den fremtidige opgavevaretagelse
- 1/4 2026: Frist for indgåelse af horisontale samarbejdsaftaler
- 1/5 2026: Frist for kommunernes forelæggelse af aftaleudkast til delingsaftale
- 1/7 2026: Frist for indgåelse af delingsaftaler

**Juli-december 2026: Den overdragende fase**

- Regionsråd og forberedende sundhedsråd forbereder myndighedsoverdragelse pr. 1/1-27
- 1/10: Frist for delingsråd/opmand i tilfælde af uenighed om delingsaftale