

Indholdsfortegnelse for bilag

2.2 Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen.....	2
Bilag 1: Høringssvar forvaltningslov.....	2
Bilag 2: KL's høringssvar vedrørende lovforslag om styrket almen medicin.....	15
Bilag 3: Høringssvar - overgangsloven.....	19
Bilag 4: Generelle bemærkninger til Sundhedsstyrelsens notat målgruppe for sundheds- og omsorgspladser.....	32
Bilag 5: Specialiseret, akut regional sygepleje.....	37
Bilag 6: Bemærkninger til notat og revideret kvalitetsstandard	41
Bilag 7: Bemærkninger til Sundhedsstyrelsens høring vedr. ændring i placering af ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og mest specialiseret del af avanceret genoptræning.....	44
Bilag 8: SSU oplæg om regionens reformarbejde den 6. marts 2025.....	47
2.4 Orienteringssag: Status for rammeaftale 2025-2026 – implementering af fokusområder.....	65
Bilag 1: Organisation 2025 og frem.....	65
2.5 Beslutningssag: Afrapportering - Social- og boligstyrelsens centrale udmelding - udsatte gravide med rusmiddelforbrug.....	67
Bilag 1: Afrapportering på fornyet udmelding vedr. gravide rusmiddelbrugere.....	67
2.6 Orienteringssag: Sikrede institutioner – beslutning om at øge kapaciteten	95
Bilag 1: Bilag til referat - fra møde i koordinationsforum -økonomi vedrørende sikrede pladser.....	95
2.7 Orienteringssag: Greater Copenhagen EU Office – årsberetning for 2024.....	98
Bilag 1: Årsberetning 2024.....	98
2.8 Orienteringssag: Aftale om Rød Løber for produktionsvirksomheder	127
Bilag 1: En indgang for produktionsvirksomheder og industriparker.....	127
2.9 Orienteringssag: Ny Kapacitetsplan for fysioterapi.....	134
Bilag 1: Bilag - Kapacitetsplan for Fysioterapi.....	134

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Høringssvar vedr. forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love (ny regional forvaltningsmodel)

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love, der er sendt i høring med svar frist den 9. marts 2025. KL har med interesse læst forslaget og har en række generelle bemærkninger samt mere konkrete bemærkninger til lovtekst som fremgår nedenfor.

Høringssvaret er afgivet med forbehold for politisk godkendelse.

Generelle bemærkninger

Med sundhedsreformen er det politiske ønske at sætte fokus på udviklingen af det nære sundhedsvæsen for at sikre et sundhedsvæsen i balance samt reducere ulighed i sundhed på tværs af landet. Vejen til at opnå disse mål er en omstilling af et samlet sundhedsvæsen, hvor mere sker nært, sygehusene vender sig ud mod borgere, almen praksis og kommuner og et samlet sundhedsvæsen tillige tilgår udviklingen med et mål om at øge forebyggelse og sundhed.

KL er enig i disse mål med sundhedsreformen, hvis vi skal fremtidssikre sundhedsvæsenet og imødekomme borgernes behov for sundhedstilbud i fremtiden. Det er afgørende, at de lovgivninger, der skal udmønte dette politiske ønske om at styrke det nære sundhedsvæsen, også sikrer rammerne for denne ønskede udvikling.

Med reformen oprettes 17 sundhedsråd som skal *"være drivende i omstillingen af sundhedsvæsenet og styrkelsen af det nære sundhedsvæsen."*

Sundhedsrådene *"skal danne rammen om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner om sundhedsopgaverne i et afgrænset geografisk område."* Videre hedder det: *"Sundhedsrådene skal desuden udmønte den betydelige økonomiske ramme i form af en investeringsmotor til nære sundhedsindsatser."* Det understreges endelig, *"at regioner og kommuner begge er betydelige aktører i sundhedsvæsenet."*

Der er stort potentiale i etablering af sundhedsråd med politisk deltagelse af kommuner og regioner. Samtidig er det helt afgørende, at sundhedsrådene sikres rammer, mulighed og kompetencer til at kunne løfte opgaven med omstilling af et samlet sundhedsvæsen og styrkelse af nære sundhedstilbud.

Lovgivningen skal være med til at sikre, at kommunerne får en klar og tydelig indflydelse på, hvordan det nære sundhedsvæsen udvikles, og hvordan en omstilling af et samlet sundhedsvæsen virkeliggøres i tæt samspil med regionerne. Et samspil som skal være baseret på en klar forventning om samarbejde og rammerne til at tage beslutninger mellem

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650
Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 12

sektorerne. Det er efter KL's opfattelse desværre ikke tydeligt beskrevet i lovforslaget. Skal den politiske ambition indfries her er der behov for meget mere tydelighed om sundhedsrådenes opgaver og kompetencer.

For at understøtte tværsektorielt samarbejde og sikre en kommunal indflydelse på den samlede omstilling af sundhedsvæsenet kræver det, at der i lovgivningen sættes tydelige rammer for sundhedsrådenes råderum og myndighedsopgaver.

KL skal derfor opfordre til at følgende emner tydeliggøres i lovforslaget:

1. Den kommunale repræsentation i sundhedsrådene,
2. Arbejdsdelingen mellem regionsråd, forretningsudvalg og sundhedsråd
3. Hvilke kompetencer sundhedsrådene har ift. at være investeringsmotor for udviklingen af det nære sundhedsvæsen – givet at der er afsat 4,4 mia. kr. til udmøntning i sundhedsrådene.
4. Kommunernes muligheder for at komme med input til og drøfte de tværgående opgaver vedr. almen praksis, sygehusplanlægning, socialområdet og specialundervisning, – der henlægges til regionsrådet. Primært med det mål at sikre et samlet blik for en omstilling af hele sundhedsvæsenet, der tilgodeser alle parter's behov.
5. Kommunal, administrativ involvering i sundhedsrådenes arbejde.

Punkterne er uddybet nedenfor.

1. Den kommunale repræsentation

Der er en række generelle overvejelser ift. den kommunale repræsentation i sundhedsrådene.

Det omhandler bl.a. udpegningen af medlemmerne, hvor den kommunale repræsentation i sundhedsrådene skal fastlægges i styrelsesvedtægten forud for det kommende kommunal valg – senest den 1. november 2025. Og hvor hvervet i kommunalbestyrelsen afgør repræsentation i sundhedsrådene.

Beslutningen er bindende og kan ikke omgøres i forbindelse med konstitueringen af kommunalbestyrelsen efter valget, medmindre kommunalbestyrelsen i løbet af funktionsperioden ændrer på fordelingen af opgaverne i de stående udvalg. KL mener ikke, at den kommunale repræsentation skal fastsættes i kommunens styrelsesvedtægten (se under konkrete bemærkninger).

Endvidere kan kommunalbestyrelserne nok give generelle og vejledende rammer for deres medlem(mer)s virke i sundhedsrådene, men de har ikke instruktionsbeføjelse. Dvs. de kommunale medlemmer er ikke bundet af evt. drøftelser/ønsker fra den kommunalbestyrelse, de repræsenterer. Det giver en uklarhed ift. hvad/hvem det egentlig er, man repræsenterer og i sidste ende står til ansvar for. I den forbindelse bemærkes, at det ikke er omtalt i hvilket omfang materiale fra sundhedsrådene af den kommunal repræsentant må deles med kommunen. For at sikre kommunen reel mulighed for indsigt i sundhedsrådets arbejde samt mulighed for at fastsætte generelle og vejledende rammer for deres medlemmer i sundhedsrådet, finder KL det afgørende, at information om alle sager i sundhedsrådet – uanset indhold – frit kan deles med kommunen. Det må tilsvarende

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 12

indebære, at kommunen kan kræve, at medlemmet videregiver sådan ønsket information, og at medlemmet i en sådan situation ikke dermed vil tilsidesætte sin tavshedspligt.

Samtidig fremgår det ikke tydeligt, hvordan beslutninger truffet i sundhedsrådene skal håndteres i kommunalbestyrelserne. Skal kommunalbestyrelserne gennemføre sundhedsrådenes beslutninger 1:1 eller hvordan tænkes dette forhold konkret udfoldet. Dette særligt henset til, at der er bundet en markant økonomi i sundhedsrådene.

2. Arbejdsdeling mellem sundhedsråd og regionsråd.

Arbejdsdelingen mellem sundhedsråd og regionsråd er uklar. Sundhedsrådene er en ny konstruktion, hvor et stående udvalg i regionen har eksterne medlemmer fra de stedlige kommunalbestyrelser. Rådene er etableret således for at sikre et entydigt myndighedsansvar placeret hos regionen. Det fremgår således at "udvalgene i enhver henseende vil være undergivet regionsrådets beslutninger, og at regionsrådet altid vil kunne tage en sag op til behandling og træffe beslutning, medmindre andet er fastsat i lovgivningen. Udvalgene vil dermed ikke være tillagt selvstændig kompetence og det vil være regionsrådet, der i overensstemmelse med gældende ret vil have det endelige ansvar for beslutninger, der træffes i udvalgene, medmindre andet fastsættes i lovgivningen."

Det fremgår af reformaftalen, at sundhedsrådene på regionsrådets vegne og regionsrådets ansvar varetager den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Det indebærer det umiddelbare politiske ansvar for strategi og planlægning af driften af sygehuse, lokal planlægning af almenmedicinske tilbud og praksissektor samt de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommunerne. Det gælder akutsygepleje, patientrettet forebyggelse, specialiseret rehabilitering og dele af genoptræningen på avanceret niveau samt midlertidige ophold på nye regionale sundheds- og omsorgspladser. Sundhedsrådene får også det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet.

Af lovforslaget fremgår der imidlertid ikke en nærmere beskrivelse af sundhedsrådenes opgaver. Det fastslås dog, at den nærmere afgrænsning af sundhedsrådenes myndighedsområde skal fastlægges i styrelsesvedtægten, ligesom der vil være en vis begrænsning på regionsrådets mulighed for at indskrænke udvalgenes kompetencer. Sidstnævnte er dog heller ikke beskrevet nærmere.

Samtidig tillægges regionsrådet/forretningsudvalget driftsansvaret for tværgående opgaver. Her nævnes fx det præhospitale område, der forudsættes at have sammenhæng til akutsygepleje og hjemmebehandlingsteams – som tilrettelægges i sundhedsrådene. Yderligere fremhæves fastsættelse af overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud – som har afgørende betydning for omstillingen af et samlet sundhedsvæsen – der igen også varetages i sundhedsrådene.

Der vil være behov for en nærmere beskrivelse af snitfladerne mellem sundhedsråd og regionsråd/forretningsudvalg. Herunder rammer der sikrer, at sundhedsrådene reelt har rum og kompetencer til at drive udvikling og

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 12

omstilling i lokalområdet, som reformen lægger op til. KL skal bemærke, at sundhedsrådene adskiller sig markant fra stående udvalg i styrelsesloven i og med, at de kommunale repræsentanter i sundhedsrådene ikke har sæde i regionsrådet. Det indebærer efter KL's opfattelse, at der er andre og meget snævrere grænser for, hvor mange sager der indenfor sundhedsrådenes sagsområde kan behandles i regionsrådet uden at dette vil medføre en udhuling af sundhedsrådenes opgave portefølje og dermed en tilsidesættelse af intentionen med loven.

3. Sundhedsrådene som investeringsmotor

Sundhedsrådene tillægges rollen som investeringsmotor til de nære sundhedsindsatser. I reformen er det beskrevet således, at sundhedsrådene får økonomi og beslutningskompetence til at skabe flere tilbud tæt på borgerne. Der er afsat en økonomisk ramme på i alt 4,4 mia. kr. frem mod 2030, der skal understøtte, at sundhedsrådene kan prioritere at udbygge det nære sundhedsvæsen. Her af afsættes i alt 2,4 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i regionerne, herunder flere læger frem mod 2030. Og der afsættes i alt 2,0 mia. kr. målrettet nære sundhedsindsatser i kommunerne. Regionerne er ansvarlige for at sikre en prioritering og fordeling af økonomi inden for regionen og mellem sundhedsrådene.

På den ene side beskrives det i lovforslaget, at "*de nye sundhedsråd får egne ressourcer*" og at sundhedsrådene skal "*udmønte den betydelige økonomiske ramme*". Det understreges på den anden side, at sundhedsrådene er underlagt regionsrådets beslutninger og ikke er tillagt selvstændig kompetence

Sundhedsrådenes kompetence til udmøntning af midlerne er således uklart beskrevet i lovforslaget, hvilket er uhensigtsmæssigt. Særligt henset til en klar arbejdsdeling mellem sundhedsråd og regionsråd og en klar sammenhæng mellem beslutninger truffet i sundhedsrådene og kommunalbestyrelsernes håndtering heraf som en selvstændig myndighed. Håndteringen heraf bør tydeliggøres, så lovgivningen sikrer den ønskede prioritering af det nære sundhedsvæsen.

Den regionale standsningsret i sundhedsrådene kan endvidere medføre en begrænsning i sundhedsrådenes mulighedsrum for at tage beslutninger i fællesskab. Hvilket koblet med regionsrådsmedlemmernes initiativret i regionsrådet betyder, at de kommunale repræsentanternes mulighed for indflydelse på udviklingen af de nære kommunale sundhedsindsatser yderligere begrænses.

4. Den kommunale stemme i de tværgående opgaver og den samlede udvikling af sundhedsvæsenet

Med lovforslaget nedlægges de hidtidige regionale-kommunale samarbejdsfora som Sundhedssamarbejdsudvalget og Kommunekontaktudvalget, ligesom sundhedsaftaler og praksisplaner for almen praksis bortfalder. Hermed fjernes også den formelle ramme for en kommunal-regional dialog på tværs af regionen. Fx være ift. regionernes overordnede fastsættelse af rammer for sundheds- og socialområderne samt varetagelse af tværgående opgaver og planlægning for almen medicinske tilbud.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 12

Eksempelvis er der en tæt sammenhæng mellem almen praksis og de kommunale sundhedsfunktioner, herunder syge- og hjemmepleje og plejehjem. Det er ikke vurderingen, at sundhedsrådenes ansvar omkring de almen medicinske tilbud alene er tilstrækkeligt til at sikre sammenhængen mellem de almenmedicinske og kommunale sundhedsopgaver. Det vil således være afgørende, at kommunerne også har mulighed for at indgå i en dialog med regionsrådet om rammerne for det almen medicinske område, sygehusenes udvikling og ift. tværgående temaer på social og specialundervisningsområdet.

Der bør som minimum beskrives en pligt til, at regionerne sikrer et forum for denne tværsektorielle regionale dialog.

5. *Kommunal, administrativ involvering i sundhedsrådenes arbejde*
Lovforslaget indebærer, at sundhedsrådene etableres som stående udvalg i regionalt regi og overvejende med de samme rammer, som gælder for kommunale, stående udvalg. I og med sundhedsrådene også *"skal danne rammen om et tæt og forpligtende samarbejde mellem regioner og kommuner om sundhedsopgaverne"*, er det afgørende med et tæt samarbejde, ikke kun på det politiske, men også på det administrative og faglige niveau.

KL finder derfor, at der er behov for bestemmelser, som forpligter regionerne til at inddrage kommunernes administrative og faglige niveauer i forberedelsen af rådernes arbejde. Udvalgmøder er lukkede, men der åbnes i styrelsesloven op for at enkelte embedsmænd fra forvaltningen (regionen) kan være til stede. Kommunale embedsmænd bør på lige fod, og med de samme begrænsninger som regionale embedsmænd, kunne deltage i sundhedsrådenes møder. Igen skal KL bemærke, at sundhedsrådene adskiller sig markant fra stående udvalg i styrelsesloven, hvilket loven skal tage højde for.

Nedlæggelse af den kommunal medfinansiering

KL konstaterer, at den kommunale medfinansiering (KMF) nedlægges. Nedlæggelsen af KMF er i tråd med aftale om sundhedsreform 2024.

KL mener, at det er positivt, at de byrdefordelingsmæssige konsekvenser af nedlæggelsen af KMF håndteres i en overgangsordning.

Konkrete bemærkninger til lovforslaget

Bemærkninger til lovforslagets § 1, nr. 8:

- Den foreslåede § 11, stk. 1, nr. 4, litra b i regionsloven:
Det fremgår af den foreslåede § 11, stk. 1, nr. 4, litra b, at regionsrådet yder godtgørelse og bistand efter styrelseslovens § 8a og § 16, stk. 12, til kommunalt udpegede medlemmer af sundhedsrådet.

Brug af ordet *"bistand"* i bestemmelsen har ikke umiddelbart sammenhæng med styrelseslovens § 8a eller § 16, stk. 12. I den forbindelse savner KL en beskrivelse i lovforslaget af, hvilken betjening og/eller bistand, de kommunalt udpegede medlemmer af sundhedsrådet har krav på fra regionen. Det fremgår af regionslovens § 10, stk. 2, at bl.a. kommunestyrelseslovens § 8, stk. 6, finder tilsvarende anvendelse. Det er

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 12

uomtalt i lovforslaget, hvordan et kommunalt udpeget medlem er stillet i en situation, hvor regionsrådet har truffet beslutning om at yde bistand til regionsrådsmedlemmerne efter kommunestyrelseslovens § 8, stk. 6, jf. regionslovens § 10, stk. 2.

Endvidere bemærkes, at det bør fremgå af lovforslagets bemærkninger, at de kommunale forvaltninger – på samme vis som de i øvrigt betjener medlemmer, som udpeges af kommunen til diverse bestyrelser mv. – betjener medlemmet i varetagelsen af hvervet i sundhedsrådet.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 12

- Den foreslåede § 11, stk. 2 i regionsloven:
Det fremgår af den foreslåede § 11, stk. 2, at medlemmer af sundhedsrådene modtager vederlag.

Det fremgår imidlertid af pkt. 3.1.11.3. (s. 121 i lovforslaget) i de almindelige bemærkninger, at *"Kommunale repræsentanter, der i forvejen er aflønnet af kommunen svarende til en fuldtidsstilling, f.eks. en borgmester eller en rådmand, vil dog ikke modtage særskilt vederlag for at repræsentere kommunen i sundhedsrådene."*

Det fremgår modsat ikke af de specielle bemærkninger til § 11, stk. 2, at borgmestre eller rådmænd – i modsætning til en udvalgsformand i en udvalgsstyret kommune – ikke modtager vederlag for deres post i sundhedsrådene.

KL skal foreslå, at alle medlemmerne af sundhedsrådene - også borgmestre og rådmænd - kan få vederlag for deres arbejde i sundhedsrådene. Dette følger efter KLs opfattelse allerede af ordlyden af lovtæksten, men vil kræve en tilretning af de almindelige bemærkninger til lovforslaget.

- Den foreslåede § 11, stk. 4 i regionsloven:
Det fremgår af lovforslagets § 11, stk. 4, at regionsrådet kan beslutte at yde erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste til medlemmer af regionsrådet.

Det fremgår imidlertid hverken af lovtæksten eller af bemærkningerne, om udvalgsformænd i udvalgsstyrede kommuner, som er kommunale repræsentanter i sundhedsrådene kan modtage erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste fra regionen. Dette bør de efter KLs opfattelse have mulighed for. Borgmestre og rådmænd vil efter de kommunale vederlagsregler være udelukket fra at vælge tabt arbejdsfortjeneste.

Bemærkninger til lovforslagets § 1, nr. 15:

- Den foreslåede § 14 d, stk. 1 i regionsloven:
Det fremgår af pkt. 3.1.9.3.2. (s. 87 i lovforslaget) og af de specielle bemærkninger til § 14 d (s. 236 i lovforslaget), at *"kommunale medlemmer vil endvidere ikke have sagsindsigt i sagsmateriale, der i endelig form foreligger i regionens administration"*.

KL skal i den forbindelse bemærke, at kommunale repræsentanter på samme måde som de regionale repræsentanter står til ansvar for

beslutninger truffet i sundhedsrådene (jf. lovforslagets bestemmelser om Ankestyrelses tilsyn og reaktionsmuligheder), men at de kommunale repræsentanter ikke i samme omfang som de regionale repræsentanter har de rettigheder, herunder i forhold til sagsindsigt, som gør det muligt at løfte ansvaret. Det er KL's opfattelse, at de kommunale repræsentanter skal have adgang til sagsindsigt på lige fod med de regionale repræsentanter.

KL noterer sig, at der i lovforslaget lægges op til, at sundhedsrådets formand eller 1/3 af sundhedsrådets regionsmedlemmer kan standse en sag i sundhedsrådet, der herefter skal afgøres endeligt af regionsrådet. Tilsvarende kan (øvrige regionsrådsmedlemmer) bringe en sag, som henhører under sundhedsrådet, op i regionsrådet i medfør af initiativretten. I begge situationer vil de kommunalt udpegede medlemmer af sundhedsrådet dels miste indflydelse på sagen, dels ikke have samme adgang til oplysninger om sagens videre forløb, som sundhedsrådets regionsmedlemmer. KL ønsker dette ændret.

- Den foreslåede § 14 h, § 14 i, § 14 j og § 14 k i regionsloven (om beslutninger i styrelsesvedtægten):
I forhold til kommunernes styrelsesvedtægt antages almindeligvis, at det kun er regler af mere generel og fast karakter vedrørende den overordnede styrelse af kommunen, der skal optages i styrelsesvedtægten. Kommunens udpegning af repræsentanter til diverse bestyrelser, råd og nævn skal således ikke indarbejdes i kommunens styrelsesvedtægt. Det vil derfor være en uhensigtsmæssig nyskabelse, at kommunens valg af repræsentanter til sundhedsrådene skal indarbejdes i kommunens styrelsesvedtægt.

KL finder de foreslåede regler om fastsættelse af disse forhold i kommunernes styrelsesvedtægt unødigt bureaukratisk og en unødigt detailstyring af kommunernes interne forhold og ønsker bestemmelsen bortfalder. KL skal foreslå, at det bliver tilstrækkeligt, at kommunalbestyrelsen træffer beslutningen i et møde.

Såfremt det fastholdes, at valg af kommunale repræsentanter i sundhedsrådene skal fremgå af kommunernes styrelsesvedtægt, bør fristen for kommunernes vedtagelse af bestemmelse i styrelsesvedtægten være den samme som i § 14 k, stk. 2, dvs. senest inden det konstituerende møde.

Fastholder ministeriet den foreslåede formulering, har KL følgende bemærkninger:

Det følger af lovforslagets § 14 h, stk. 1, at en kommunalbestyrelse i en kommune med under 80.000 indbyggere senest den 1. november inden kommunalvalget skal have skrevet ind i kommunens styrelsesvedtægt, om det er borgmesteren eller en udvalgsformand, som skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet.

Det er KL's forståelse, at det vil være tilstrækkeligt, hvis kommunalbestyrelsen i styrelsesvedtægten beslutter inden d. 1. november, at det kommunale medlem i sundhedsrådet er enten

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 12

borgmesteren eller en udvalgsformand - uden at præcisere, hvilken udvalgsformand. Dette indebærer, at kommunalbestyrelsen senere, men inden det konstituerende møde, træffer beslutning i styrelsesvedtægten om, hvilken udvalgsformand der skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet.

Tilsvarende gælder for de mellemstore og store kommuner.

Ligeledes er det KL's forståelse, at hvis kommunalbestyrelsens beslutning efter § 14h, stk. 1, er specifik, således, at det f.eks. besluttet, at det er formanden for kommunens sundhedsudvalg, så kan dette ændres i forbindelse med en ændring af udvalgsstrukturen, f.eks. til formanden for ældre- og omsorgsudvalget, efter den 1. november, men inden det konstituerende møde.

- Den foreslåede § 14 k, stk. 1 og 3, i regionsloven:
Det fremgår af lovforslagets § 14 k, at kommunalbestyrelsens beslutning om, hvem der skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet, er bindende for den kommende funktionsperiode, dog således at der kan træffes fornyet beslutning om, hvilken udvalgsformand, der skal repræsentere kommunen, hvis der i perioden sker ændringer af fordeling af udvalgenes opgaveområder.

Det er KL's vurdering, at der kan være behov for også at tage højde for det ønske, der kan være om, at hvervet som kommunens repræsentant i starten af en funktionsperiode varetages af borgmesteren, mens det senere i funktionsperioden kan være mere hensigtsmæssigt, at en udvalgsformand, der varetager hvervet – eller omvendt.

Det er KL's vurdering, at et sådant ønske også kan opstå i mellemstore og store kommuner, der skal have flere repræsentanter, jf. lovforslagets § 14 i og J.

- Den foreslåede § 14 l i i regionsloven:
Det fremgår af lovforslagets § 14 l, at kommunalbestyrelsen ikke vil have adgang til at udøve instruktionsbeføjelser over for et medlem af sundhedsrådet.

Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelse, at *"kommunalbestyrelsen vil kunne vedtage generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet. Såfremt det kommunale medlem i henhold til kommunens styrelsesvedtægt er formanden for et stående udvalg, vil det pågældende udvalg endvidere kunne vedtage generelle og vejledende rammer for dets formands virke i sundhedsrådet. Medlemmet af sundhedsrådet vil dog ikke være bundet heraf."*

Lovforslaget omtaler imidlertid hverken spørgsmålet om den kommunale repræsentants evt. tavshedspligt eller spørgsmålet om vedkommendes ret og/eller pligt til at videregive oplysninger om sager i sundhedsrådet til kommunen, herunder med henblik på, at kommunalbestyrelsen/udvalget kan fastsætte de ovenfor omtalte generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet. Der henvises til de generelle bemærkning ovenfor.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 12

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 12

I forlængelse af bemærkningernes omtale af mulighederne for at fastsætte generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i sundhedsrådet omtales muligheden for at afsætte formanden for det stående udvalg (og dermed også vedkommende repræsentant i sundhedsrådet, såfremt kommunen har valgt dette). Det bemærkes i den forbindelse, at dette ikke er en mulighed i kommuner med særlige styreformer (delt administrativ ledelse samt magistratsstyre) (København, Aarhus, Aalborg og Odense), og at der derfor for de pågældende kommuner må fastsættes andre styringsmekanismer for virket i sundhedsrådet.

- Den foreslåede § 14 m, stk. 1 i regionsloven:
Det fremgår af lovforslagets § 14 m, stk. 1, at et kommunalt medlem af et andet sundhedsråd kan deltage i sundhedsrådets møder som observatør.

Det fremgår af bemærkningerne til bestemmelsen, at med "deltage" vil skulle forstås, at en observatør vil kunne være med i hele mødet, dvs. både i forhandlingerne og evt. afstemninger. Observatøren vil desuden have ret til at få ordet, ret til at få afvigende mening ført til protokols og ret til at få tilsendt materiale til sundhedsrådets møder. Observatøren har dog ikke stemmeret.

KL gør opmærksom på, at der må være tale om en fejl, når der står, at observatøren kan få sin afvigende mening ført til protokols. Hvis observatøren ikke har stemmeret, kan observatøren per definition ikke have en afvigende mening.

- Den foreslåede § 14 n i regionsloven:
Det fremgår af lovforslagets § 14 n, at alle medlemmer af sundhedsrådet har initiativret i forhold til at få sager på dagsordenen for møder i sundhedsrådet.

Det fremgår både af de almindelige og specielle bemærkninger, at *"bestemmelsen vil skulle forstås i overensstemmelse med regionslovens § 12, stk. 1, jf. § 11, stk. 1, 1. pkt., i lov om kommunernes styrelse, om initiativret i regionsrådet. Det vil blandt andet indebære, at medlemmet vil have ret til at få en sag optaget på udkastet til dagsordenen til et udvalgs møde, men det vil være sundhedsrådet, der vil skulle beslutte ved stemmeflertal, om sagen vil skulle optages på den endelige dagsorden for mødet."*

Det er KL's forståelse, at et medlem i medfør af initiativretten efter gældende ret vil have ret til at få et rettidigt (og lovligt) forslag om kommunens anliggender optaget på den endelige dagsorden, og således ikke vil være op til et flertal i kommunalbestyrelsen at beslutte om sagen skal på den endelige dagsorden. I overensstemmelse hermed vil det således ikke være op til et flertal i sundhedsrådet at beslutte, om sagen skal optages på den endelige dagsorden for mødet i sundhedsrådet.

- Den foreslåede § 14 p, stk. 1 i regionsloven:
Det fremgår af forslaget § 14 p, stk. 1, at det er sundhedsrådets formand som beslutter, om der skal indkaldes stedfortræder for et medlem af

sundhedsrådet, som har forfald i mindst 1 måned – både de regionale og kommunale medlemmer.

Dette fraviger bestemmelsen i styrelseslovens § 28, stk. 2, hvorefter det er gruppen, som kan vælge at indkalde en stedfortræder i et stående udvalg i kommunen.

Det fremgår af pkt. 3.1.9.2. (s. 80 i lovforslaget) i de almindelige bemærkninger til forslaget, at *"kommunale medlemmer af et sundhedsråd vil ifølge aftalen ikke udvælges af en gruppe inden for regionsrådet, men vil være medlem af sundhedsrådet i kraft af, at de varetager det herved, som kommunalbestyrelsen har angivet i kommunens styrelsesvedtægt. De kommunale medlemmer vil derfor ikke være omfattet af de almindelige regler for indtræden af stedfortræder i tilfælde af et udvalgsmedlems forfald."*

Det er KL's opfattelse, at det er uhensigtsmæssigt, at det er formanden for sundhedsrådet, som beslutter, om der skal indkaldes en stedfortræder ved et medlems fravær på over 1 måned. Det er KL's opfattelse, at det bør være obligatorisk, at der indkaldes en stedfortræder ved et medlems fravær op over 1 måned. Tilsvarende gælder, hvor regionsrådet i medfør af den foreslåede § 14 p, stk. 2 og 3, i styrelsesvedtægten har truffet beslutning om stedfortræderindkaldelse ved lovligt forfald på under 1 måned og i tilfælde af inhabilitet.

Det er KL's opfattelse, at spørgsmålet om, hvad der udgør "lovligt forfald", bør fremgå tydeligt af bemærkningerne.

Endelig bemærker KL, at der for så vidt angår valg af stedfortræder i den foreslåede § 14p stk. 6, er lagt op til, at det i styrelsesvedtægten skal fastsættes for hvert kommunale medlem, hvilket herved i kommunen som stedfortræderen eller stedfortræderne skal varetage. Det bemærkes, at ikke alle kommuner har næstformænd i de stående udvalg. Det bør fremgå, hvem der i givet fald kan varetage hvervet som stedfortræder, herunder om det kan være et menigt medlem af udvalget.

- Den foreslåede § 15, stk. 5, litra b i regionsloven:

Generel inhabilitet

Det fremgår af lovforslagets § 15, stk. 5, litra b, at styrelseslovens § 29, stk. 1, 2 og 5, litra a, finder anvendelse for sundhedsrådene.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 1, indebærer, at et kommunalt medlem af et sundhedsråd ikke må indgå økonomisk aftale med den del af regionens forvaltning, som henhører under sundhedsrådet, uden efter forudgået offentlig licitation.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 2, indebærer, at (kommunalt) medlemskab af et sundhedsråd vil være udelukket for regionalt ansatte, der overfor sundhedsrådet er umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde eller ansatte, der i øvrigt har ledende administrative funktioner inden for et forvaltningsområde, der henhører under udvalget.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 10 af 12

I en kommunal kontekst indebærer det, at direktører, forvaltningschefer inden for et stående udvalgs område, fx kultur- og fritidsdirektør, socialdirektør, teknik- og miljødirektør vil anses som "umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde". Mellemledere inden for stående udvalgs område (fx sekretariatschefer, afdelingsledere, institutionsledere – både kommunale og selvejende med driftsoverenskomst) vil anses for at have ledende administrative funktioner inden for et forvaltningsområde, der henhører under udvalget.

Det er KL's opfattelse, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke ansatte i regionen, som er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i sundhedsrådene.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 5, litra a, indebærer, at (kommunalt) medlemskab af et sundhedsråd vil være udelukket for et medlem, som lever i ægteskab eller i et forhold, der kan ligestilles med ægteskab med en person, som er regionalt ansat og som er umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde, og som selv ville være udelukket fra medlemskab af sundhedsrådet i medfør af styrelseslovens § 29, stk. 2, litra a.

I en kommunal kontekst indebærer det, at ægtefæller m.v. til direktører, forvaltningschefer inden for et stående udvalgs område, fx kultur- og fritidsdirektør, socialdirektør, teknik- og miljødirektør vil være udelukket fra medlemskab af det pågældende stående udvalg.

Det er KL's opfattelse, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke personers regionale ansættelse indebærer, at deres ægtefæller m.v. er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i sundhedsrådene.

Speciel inhabilitet

KL har noteret sig, at det et par steder i udkast til forarbejder er anført "overvejelser om inhabilitet", uden at det nærmere fremgår, hvad overvejelserne tager sigte på. KL bemærker i den forbindelse, at det er KL's vurdering, at "den kommunalretlige modifikation" finder anvendelse – dvs. at kommunens medlem(mer) af sundhedsrådet i udgangspunktet ikke vil være inhabile i forbindelse med kommunalbestyrelsens behandling af sager vedrørende sundhedsrådet.

Ønske om yderligere mulighed for at smidiggøre samarbejde om borgerne på tværs af sektorer

Aftalen om sundhedsreformen fra november 2024 ønsker at sikre et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering.

Dette lægger således bl.a. op til et tættere samarbejde mellem kommuner og regioner netop med henblik på at smidiggøre og sikre sammenhængende patientforløb, først og fremmest til gavn for borger og patienter, men også for at opnå et ressourcebesparende og økonomisk mere effektivt sundhedsvæsenet.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 11 af 12

Det er vurderingen, at nye ændringsbestemmelser i lovgivningen er nødvendige for, at kommunerne og regionerne kan opfylde intentionerne i sundhedsreformen. Helt overordnet efterspørges en regulering, der giver mulighed for følgende:

- Kommuner og regioner skal indbyrdes kunne aftale at løse patientrelaterede opgaver for hinanden af hensyn til det gode, sammenhængende patientforløb for patienter, som behandles i eget hjem. Konkret skal man kunne benytte/trække på hinandens administrative setup (indkøbssystemer, fælles varesortiment, lager og logistik samt fakturahåndtering) og faglige setup (læger, andre sundhedsfaglige personer, patientsystemer) til betjening af regionens/kommunens hjemmepatienter. Ydelserne afregnes mellem parterne, så omkostningerne dækkes. Ansvar for opgaven overdrages ikke mellem parterne.

Det vurderes, at ovenstående vil fordrer et gennemsyn af bl.a. regionsloven, sundhedsloven, lov om kommuners og regioners udførelse af opgaver for andre offentlige myndigheder mv.

Dato: 7. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00650

Dok. ID: 3546718

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 12 af 12

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Høringssvar fra KL vedrørende lovforslag om styrket almen medicin

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud).

Dato: 7. marts 2025

Høringssvaret afgives med forbehold for politisk godkendelse.

Overordnede bemærkninger

KL er enig i behovet for at styrke det almenmedicinske tilbud og ser positivt på intentionerne bag lovforslaget, herunder at sikre bedre lægedækning i hele landet og en mere differentieret honorarstruktur, der tager højde for borgernes behandlingsbehov.

Samarbejdet med det almenmedicinske tilbud, herunder let og fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning, er helt afgørende for kommunernes opgavevaretagelse på sundheds-, ældre- og socialområdet. Ligesom et tæt og forpligtende samarbejde mellem kommune og almen praksis er en forudsætning for at lykkes med en omstilling til det nære sundhedsvæsen og at undgå unødvendige indlæggelser på sygehusene. Et velfungerende almenmedicinsk tilbud er essentielt for at sikre sammenhæng i borgernes forløb. Som eksempel bidrager ordninger med fast tilknyttede læger på plejehjem og sociale botilbud til højere kvalitet og mere sammenhæng for borgeren, til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser, samt til opkvalificering af kommunalt personale – men ordningerne kræver, at der er tilstrækkelig kapacitet i det almenmedicinske tilbud.

Det fremgår af både lovforslag om styrket almen medicin og lovforslag om ny regional forvaltningsmodel, at regionsrådet er ansvarligt for fastsættelse af de overordnede rammer for udbygning og udvikling af det almenmedicinske tilbud. Den lokale planlægning, dialog og tilrettelæggelse vil i høj grad kunne foregå i sundhedsrådene, men inden for overordnede rammer fastsat af regionsrådet/forretningsudvalget.

KL mener, at det i lovforslagene bør tydeliggøres, hvilke muligheder for indflydelse kommunerne (via sundhedsrådene) konkret har på planlægningen og udviklingen af det almenmedicinske tilbud, givet at det endelige ansvar og beslutningskompetence tilfalder regionsrådet.

Derudover efterspørger KL en tydeligere beskrivelse af, hvilke mekanismer der skal sikre, at alle borgere får den rette behandling, oplever sammenhængende forløb, og at der er tilstrækkelig lægedækning af kommunale tilbud – såfremt kapaciteten i det almenmedicinske tilbud ikke stiger som forventet i takt med de nye opgaver og det øgede ansvar.

Specifikke bemærkninger**– Kommunernes mulighed for indflydelse på praksisplanlægningen**

Med lovforslaget afskaffes de nuværende praksisplaner, som hidtil er blevet udarbejdet af praksisplanudvalgene, hvor der er repræsentanter fra kommuner, regioner og almen praksis. KL bemærker i den forbindelse, at det almenmedicinske tilbud og kommunernes indsatser på sundheds- og ældreområdet hænger uløseligt sammen og er gensidigt afhængige.

KL ser det derfor som afgørende for udviklingen af det samlede nære sundhedsvæsen, at kommunerne, også i den nye forvaltningsstruktur, har tilstrækkelig indflydelse på planlægningen og udviklingen af det almenmedicinske tilbud.

KL anerkender, at regionsrådene bærer det overordnede ansvar for det almenmedicinske tilbud, herunder økonomien, men skal igen understrege betydningen af, at sundhedsrådene *reelt* får indflydelse på planlægning af praksissektoren, herunder fordeling af lægekapaciteter, lægedækning af kommunale tilbud, valg af klinikformer mv. KL påpeger, at lovforslaget bør indeholde en tydeligere beskrivelse af, hvilken rolle og hvilke beføjelser der reelt tiltænkes tillagt sundhedsrådene.

I forlængelse heraf efterspørger KL, at det i højere grad beskrives, hvordan kommunerne sikres reel indflydelse på de 2,4 mia. kr. årligt (indfaset frem mod 2030), som afsættes med aftalen om en sundhedsreform, til udvikling af de nære og almenmedicinske tilbud, herunder flere læger. KL understreger, at det er afgørende med mekanismer, der sikrer, at midlerne faktisk investeres i nære indsatser.

– National fordeling og styring af lægekapaciteter

KL anerkender, at der kan være behov for statslig styring for at sikre en hensigtsmæssig fordeling af lægekapaciteter på tværs af landet. KL påpeger, at der lokalt er et særligt kendskab til befolkningens sundhedsprofil, behov og eksisterende tilbud, der med fordel kan trækkes på i ft. planlægningen af fordelingen af lægekapaciteter. Kommuner og regioner bør derfor inddrages i arbejdet med en national fordelingsmodel. Ligesom kommuner og regioner bør inddrages i evalueringen af modellen. Sundhedsrådene bør også indtænkes i det løbende arbejde med monitorering og evaluering af modellen.

KL påpeger, at lægemanglen ikke udelukkende finder sted i yderområder, og at modellen skal kunne tage højde for, at der fx også kan være lægemangel i fx udsatte boligområder i eller nær de store byer.

– Flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud

KL ser positivt på, at der åbnes op for flere og nye klinikformer for at sikre en tilstrækkelig lægedækning i hele landet. Kommunerne og de alment praktiserende læger har en lang tradition for at samarbejde om særligt de ældre, kronisk syge og sårbare borgere. Det er afgørende, at regionsklinikker mv. vil have en tilsvarende opmærksomhed på et godt og tæt samarbejde med kommunerne. Der bør generelt være en opmærksomhed på de afledte effekter, som lovforslaget potentielt kan



have på etablerede og velfungerende lokale samarbejdsstrukturer, som fx Kommunalt Lægeligt Udvalg.

Dato: 7. marts 2025

– *Flere opgaver skal løses af det almenmedicinske tilbud*

Lovforslaget beskriver, at alle lægekapaciteter og klinikker vil skulle varetage færre patienter på sigt i takt med, at flere opgaver omstilles til og løses af det almenmedicinske tilbud. KL påpeger, at det er nødvendigt med løbende opfølgning på, om der er proportionalitet mellem de nye opgaver, der tilfalder det almenmedicinske tilbud, og antallet af nye lægekapaciteter. Herunder vil det være hensigtsmæssigt med en nærmere beskrivelse af, hvordan man vil sikre, at alle borgere fortsat modtager den behandling, de har brug for, i tilfælde af, at antallet af nye lægekapaciteter og klinikker ikke stiger hurtigt nok i takt med de nye opgaver.

Afsluttende bemærkninger

KL opfordrer til en fortsat tæt og løbende dialog mellem stat, regioner, kommuner og øvrige for at sikre en hensigtsmæssig videre proces og implementering af lovforslagets initiativer.

Med venlig hilsen

Hanne Agerbak, kontorchef, KL

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Høringssvar - Overgangsloven

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. forslag til lov om overgangen til en ny sundhedsstruktur (overgangsloven), der er sendt i høring med svar frist den 19. marts 2025. KL har med interesse læst forslaget og har en række generelle bemærkninger samt mere konkrete bemærkninger til lovtekst som fremgår nedenfor.

Generelle bemærkninger

Med sundhedsreformen er det politiske ønske at sætte fokus på udviklingen af det nære sundhedsvæsen for at sikre et sundhedsvæsen i balance samt reducere ulighed i sundhed på tværs af landet. Med lovforslaget sættes rammerne for overgangen til en ny sundhedsstruktur.

Der er tale om en betydelig forandring af den nuværende sundhedsstruktur og en god overgang frem mod reformens ikrafttrædelse den 1. januar 2027 er i høj grad betinget af et godt samarbejde om overgangen. Ikke mindst ift. etableringen af de forberedende sundhedsråd og deres arbejde med opgaveflytning fra kommuner til regioner.

Det er afgørende for en god start på sundhedsreformens implementering, at lovgivningen giver tydelige rammer for arbejdet med reform, opgaveflyt og nye samarbejdsformer for kommuner og regioner. Og ikke mindst for de medarbejdere som bliver berørt af reformen. Det vil også være afgørende for at sikre borgerne en fortsat adgang til de sundhedstilbud, der overflyttes til regionerne.

En god reformimplementering er betinget af tydelighed i opgavesnittet ift. de opgaver som overflyttes fra kommuner til regioner og økonomien forbundet hermed. Klarheden om opgaverne har særlig betydning for indgåelse af aftaler mellem region og kommuner om evt. fortsat drift af opgaverne. Samt for rammerne for kommunernes forpligtigelse til at drifte opgaverne frem til 2028 på regional anmodning (se nedenfor under konkrete bemærkninger).

Det vil her være afgørende, at staten sammen med KL og Danske Regioner er med til at skabe de bedste rammer for kommuner og regioners samarbejde om overgangen, også henset til det tidspres implementeringen skal ske under. KL skal derfor opfordre til, at parterne på centralt hold aftaler tydelige rammer for arbejdet med implementering af overgangslovens bestemmelser.

Det fremgår af lovforslagets bemærkninger at der påtænkes at overføre nettoformue fra kommunerne til regionerne baseret på den udgiftsmæssige tyngde af opgaverne der overflyttes. KL stiller sig uforstående overfor dette og har svært ved at se det rimelige i, at kommunerne skal aflevere en øko-

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 12

nomi, som rækker ud over den, som er tilknyttet den konkrete opgaveflytning. Det er ikke sket tidligere, at en afgivende myndighed med et fortsat stort opgaveansvar skal aflevere en del af nettoformuen ifm. en opgaveflytning. Eksempelvis overtog kommunerne driften af jobcentre fra staten uden en tilsvarende overførsel af statens nettoformue. KL mener heller ikke, at der er sammenhæng imellem den enkelte kommunes nettoformue, som i øvrigt er meget ujævnt fordelt mellem kommunerne, og opgavevaretagelsen på sundhedsområdet. Bemyndigelsen i §141 stk. 12 bør derfor udgå af lovforslaget.

KL skal endvidere henvise til de generelle bemærkninger i KL's [Høringssvar: Forslag til Lov om ændring af regionsloven og forskellige andre love \(ny regional forvaltningsmodel\)](#). KL skal særligt gøre opmærksom på høringssvarets bemærkninger om, at det store potentiale i etablering af sundhedsråd med politisk deltagelse af kommuner og regioner også skal kunne realiseres. Det er derfor helt afgørende, at sundhedsrådene sikres rammer, mulighed og kompetencer til at kunne løfte opgaven med omstilling af et samlet sundhedsvæsen og styrkelse af nære sundhedstilbud. Det gælder også de forbedrende sundhedsråd.

Lovgivningen skal være med til at sikre, at kommunerne får en klar og tydelig indflydelse på, hvordan det nære sundhedsvæsen udvikles, og hvordan en omstilling af et samlet sundhedsvæsen virkeliggøres i tæt samspil med regionerne. Et samspil som skal være baseret på en klar forventning om samarbejde og rammerne til at tage beslutninger mellem sektorerne. Det er efter KL's opfattelse desværre ikke tydeligt beskrevet i lovforslaget. Skal den politiske ambition indfries her er der behov for meget mere tydelighed om sundhedsrådenes opgaver og kompetencer.

KL skal endvidere gøre opmærksom på behovet for bestemmelser, som forpligter regionerne til at inddrage kommunernes administrative og faglige niveauer i forberedelsen af rådernes arbejde. Udvalgmøder er lukkede, men der åbnes i styrelsesloven op for, at enkelte embedsmænd fra forvaltningen (regionen) kan være til stede. Kommunale embedsmænd bør på lige fod, og med de samme begrænsninger som regionale embedsmænd, kunne deltage i sundhedsrådenes møder.

Konkrete bemærkninger til lovforslaget

Bemærkninger til lovforslagets § 5

Det fremgår af den foreslåede § 5:

- dels at regionerne kan indgå aftaler med kommunerne om at varetage driften af en opgave der overføres til regionen pr 1. januar 2027. Aftaler skal være indgået senest 1. april 2026
- dels at kommunerne på regionens anmodning har pligt til at varetage driften af sundhedsopgaverne. Denne anmodning skal ske senest 15. april 2026.

Det skal indledningsvist understreges, at der er tale om en meget stram tidsplan ift. indgåelse af aftaler som kan være vanskelig at leve op til i praksis. KL skal opfordre til at fristen for indgåelse af aftaler forlænges.

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 12

I forlængelse heraf er det en udfordring, at beslutning om kommunal drift af de opgaver, hvor myndighedsansvaret overgår i regionerne tages i sundhedsrådene, mens selve præmisserne for aftalerne indgås mellem forretningsudvalget og den enkelte kommune. Det vil være afgørende, at der er sammenhæng mellem sundhedsrådets beslutninger og de vilkår som kommunerne leverer ydelser på, så sundhedsrådenes intentioner ift. opgavevaretagelse virkeliggøres.

Det vil i begge tilfælde være afgørende, at der er tydelighed om hvilken opgave kommunerne skal drifte samt, hvilke rammer dette skal ske under.

Ift. aftaler mellem kommuner og regioner om drift af opgaver, så fremgår det af reform og lovbemærkninger, at *et kommunalt driftsansvar særligt vil være relevant i de kommuner hvor grundlaget for den tilstrækkelige kvalitet er til stede og hvor der er faglig og økonomisk bæredygtighed i tilbuddene.*

Det er endvidere beskrevet, at krav om *varighed af driftsaftalerne søges aftalt centralt*, mens øvrige rammer ikke nævnes.

KL mener, at det vil være formålstjenstligt fra central hånd – i dialog med KL og Danske Regioner – at fastsætte nærmere rammer for, hvornår kommunerne vil kunne leve op til ovenstående krav. Fx overvejelser ift. volumen af opgaven, muligheden for at opgaver kan løftes tværkommunalt mv. Målet hermed er at lette kommuners og regioners drøftelser vedr. indgåelse af aftaler om fortsat drift, der i forvejen er underlagt et betydeligt tidspres.

Ift. kommunernes pligt til at varetage driften af sundhedsopgaver på regionens anmodning, ønsker KL en afklaring af de vilkår, en forpligtigelse til videre drift skal ske under. Baggrunden herfor er, at de opgaver som kommunerne overfører til regionen vil undergå en forandring og der vil således ikke være tale om, at de samme opgaver skal videreføres uændret. Bl.a. vil der blive stillet nye kvalitetskrav til opgaverne, der vil blive udarbejdet kronikerpakker og kvalitetsstandarder, der grundlæggende vil ændre opgaven mv. Eksempelvis vil de kommunale midlertidige pladser som overføres til regionerne skulle videreføres som sundheds- og omsorgspladser, hvortil der stilles andre krav end til de nuværende kommunale pladser.

Det er uklart, hvad kommunens forpligtigelse vil være ift. videre drift, set i lyset af denne udvikling. Gælder forpligtigelsen det tilbud, kommunen yder før 1. januar 2027 og hvordan sikres arbejde med drift af nye standarder og kvalitetskrav, der kommer oven i det kommunale tilbud for 2027 og 2028. Dette bør afklares. Hvis forpligtelsen omfatter en ny ændret opgaveløsning vil det kunne vanskeliggøre de kommunale medarbejderes muligheder for at løse opgaven i det omfang det kræver nye/andre kompetencer. Og hvis der er tale om en væsentlig opgaveændring vil det kunne have konsekvenser for medarbejdernes ansættelsesforhold.

Det fremgår endvidere, at det *"efter drøftelse med Aftalepartierne vil være muligt at forlænge forsyningsperioden"* ud over 2028, hvis der er behov herfor. Denne mulighed for forlængelse understreger endnu tydeligere behovet for tydelighed om, hvad de kommunale forpligtigelser indebærer.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 28 og 75

Betjening og bistand

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 12

Det fremgår af foreslåede § 28, stk. 1, at en lang række bestemmelser i kommunestyrelsesloven, herunder lovens § 8, stk. 6, finder tilsvarende anvendelse for regionsrådene for Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark og disses virksomhed og medlemmer i overgangsåret 2026.

Tilsvarende bestemmelse er for så vidt angår Østdanmark foreslået i bestemmelsen i § 75, stk. 1.

Det er uomtalt i lovforslaget, hvordan et kommunalt udpeget medlem af et forberedende sundhedsråd er stillet i en situation, hvor regionsrådet har truffet beslutning om at yde bistand til regionsrådsmedlemmerne efter kommunestyrelseslovens § 8, stk. 6, jf. lovforslagets §§ 28, stk. 1, og 75, stk. 1.

Endvidere bemærkes, at det bør fremgå af lovforslagets bemærkninger, at de kommunale forvaltninger – på samme vis som de i øvrigt betjener medlemmer, som udpeges af kommunen til diverse bestyrelser mv. – betjener medlemmet i varetagelsen af hvervet i det forberedende sundhedsråd.

Sagsindsigt

Det fremgår af den foreslåede § 28, stk. 1, at en lang række bestemmelser i kommunestyrelsesloven, herunder lovens § 9, finder tilsvarende anvendelse for regionsrådene for Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark og dets virksomhed og medlemmer i overgangsåret, 2026.

Tilsvarende bestemmelse er, for så vidt angår Østdanmark, foreslået i bestemmelsen i § 75, stk. 1.

Det er uomtalt i lovforslaget, hvordan de kommunale repræsentanter i de forberedende sundhedsråd er stillet i forhold til sagsindsigt.

KL skal i den forbindelse bemærke, at kommunale repræsentanter på samme måde som de regionale repræsentanter står til ansvar for beslutninger truffet i de forberedende sundhedsråd (jf. lovforslagets bestemmelser om Ankestyrelses tilsyn og reaktionsmuligheder), men at de kommunale repræsentanter ikke i samme omfang som de regionale repræsentanter har de rettigheder, herunder i forhold til sagsindsigt, som gør det muligt at løfte ansvaret. Det er KL's opfattelse, at de kommunale repræsentanter skal have adgang til sagsindsigt på lige fod med de regionale repræsentanter.

Bemærkninger til lovforslagets § 32, stk. 3 og 7, og 78, stk. 3 og 7:

Det fremgår af de foreslåede bestemmelser, at de kommunale medlemmer af de forberedende sundhedsråd udpeges efter regionslovens § 14 d, stk. 2 og 3, og §§ 14 h-14 j om udpegning af kommunale medlemmer til sundhedsråd, samt at kommunalbestyrelsen træffer bestemmelse herom i styrelsesvedtægten efter reglerne i regionslovens § 14 k.

I forlængelse af KL's bemærkninger til forslag til lov om ændring af regionsloven (Ny regional forvaltningsmodel) og de heri foreslåede § 14 h, § 14 i, § 14 j og § 14 k i regionsloven (om beslutninger i styrelsesvedtægten) skal KL bemærke følgende:

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 12

I forhold til kommunernes styrelsesvedtægt antages almindeligvis, at det kun er regler af mere generel og fast karakter vedrørende den overordnede styrelse af kommunen, der skal optages i styrelsesvedtægten. Kommunens udpegning af repræsentanter til diverse bestyrelser, råd og nævn skal således ikke indarbejdes i kommunens styrelsesvedtægt.

Det vil derfor være en uhensigtsmæssig nyskabelse, at kommunens valg af repræsentanter til de forberedende sundhedsråd skal indarbejdes i kommunens styrelsesvedtægt.

Hertil kommer, at de foreslåede bestemmelser i hhv. overgangsloven og i regionsloven indebærer, at kommunalbestyrelserne skal behandle det omhandlede spørgsmål i styrelsesvedtægten ad to omgange (med hver to behandlinger i kommunalbestyrelsen), nemlig i første omgang for de forberedende sundhedsråd og i anden omgang for de "permanente" sundhedsråd.

KL finder de foreslåede regler om fastsættelse af disse forhold i kommunernes styrelsesvedtægt unødigt bureaukratisk og en unødigt detailstyring af kommunernes interne forhold og ønsker, at bestemmelserne bortfalder. KL skal foreslå, at det bliver tilstrækkeligt, at kommunalbestyrelsen træffer beslutningen i et møde.

Såfremt det fastholdes, at valg af kommunale repræsentanter i de forberedende sundhedsråd skal fremgå af kommunernes styrelsesvedtægt, bør fristen for kommunernes vedtagelse af bestemmelse i styrelsesvedtægten være den samme som i § regionslovens § 14 k, stk. 2, dvs. senest inden det konstituerende møde (delegationsforbud).

Fastholder ministeriet de foreslåede formuleringer, skal KL gentage KL's bemærkninger til forslaget til ændring af regionsloven, der således også vil være relevante for de forberedende sundhedsråd:

Det følger af forslaget om ændring af regionsloven (lovforslagets § 14 h, stk. 1), at en kommunalbestyrelse i en kommune med under 80.000 indbyggere senest den 1. november inden kommunalvalget skal have skrevet ind i kommunens styrelsesvedtægt, om det er borgmesteren eller en udvalgsformand, som skal repræsentere kommunen i sundhedsrådet.

Også for så vidt angår de forberedende sundhedsråd, er det KL's forståelse, at det vil være tilstrækkeligt, hvis kommunalbestyrelsen i styrelsesvedtægten inden d. 1. november, beslutter, at det kommunale medlem i det forberedende sundhedsråd er enten borgmesteren eller en udvalgsformand - uden at præcisere, hvilken udvalgsformand. Dette indebærer, at kommunalbestyrelsen senere, men inden det konstituerende møde, træffer beslutning i styrelsesvedtægten om, hvilken udvalgsformand der skal repræsentere kommunen i det forberedende sundhedsråd.

Tilsvarende gælder for de mellemstore og store kommuner.

Også for så vidt angår de forberedende sundhedsråd er det KL's forståelse, at hvis kommunalbestyrelsens beslutning efter de foreslåede § 14h, stk. 1, i regionsloven, jf. de foreslåede §§ 32, stk. 3, og 78, stk. 3, i forslaget til overgangsloven, er specifik, således, at det f.eks. besluttet, at det er formanden

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 12

for kommunens sundhedsudvalg, der repræsenterer kommunen i det forberedende sundhedsråd, så kan dette ændres i forbindelse med en ændring af udvalgsstrukturen, f.eks. til formanden for ældre- og omsorgsudvalget, efter den 1. november, men inden det konstituerende møde.

Med hensyn til de foreslåede bestemmelser i §§ 32, stk. 7, og 78, stk. 7, bemærkes, at KL forstår det således, at de medlemmer, der er valgt til at varetage hvervet som kommunens repræsentant i det forberedende sundhedsråd i overgangsåret 2026, fortsætter som medlemmer af sundhedsrådet i perioden 2027-2029, "så længe vedkommende beholder dette hverv".

Det er KL's vurdering, at kommunerne i opstartsperioden for sundhedsrådene kan se det som væsentligt, at det er borgmesteren, der med sine koordinerende og tværgående opgaver, er den, der har sæde i det forberedende sundhedsråd, men at der kan være behov for i perioden 2026-2029 at overlade opgaven til en udvalgsformand. Det er KL's vurdering, at et sådant ønske også kan opstå i de mellemstore og store kommuner, der skal have flere repræsentanter. Der ses ikke at være taget højde for denne situation.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 34 og 80

Det fremgår af lovforslagets §§ 34 og 80, at kommunalbestyrelsen ikke vil have instruktionsbeføjelse over for et medlem af et forberedende sundhedsråd.

Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelserne, "*kommunalbestyrelsen vil dog kunne vedtage generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i det forberedende sundhedsråd. Såfremt det kommunale medlem i henhold til kommunens styrelsesvedtægt er formanden for et stående udvalg, vil det pågældende udvalg endvidere kunne vedtage generelle og vejledende rammer for dets formands virke i sundhedsrådet. Medlemmet af det forberedende sundhedsråd vil dog ikke være bundet heraf.*"

Lovforslaget omtaler imidlertid hverken spørgsmålet om den kommunale repræsentants evt. tavshedspligt eller spørgsmålet om vedkommendes ret og/eller pligt til at videregive oplysninger om sager i det forberedende sundhedsråd til kommunen, herunder med henblik på, at kommunalbestyrelsen/udvalget kan fastsætte de ovenfor omtalte generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i det forberedende sundhedsråd

I forlængelse af bemærkningernes omtale af mulighederne for at fastsætte generelle og vejledende rammer for medlemmets virke i det forberedende sundhedsråd omtales muligheden for at afsætte formanden for det stående udvalg (og dermed også vedkommende repræsentant i det forberedende sundhedsråd, såfremt kommunen har valgt dette). Det bemærkes i den forbindelse, at dette ikke er en mulighed i kommuner med særlige styreformer (delt administrativ ledelse samt magistratsstyre) (København, Aarhus, Ålborg og Odense), og at der derfor for de pågældende kommuner må fastsættes andre styringsmekanismer for virket i det forberedende sundhedsråd.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 35 og 81:

Det fremgår af de foreslåede bestemmelser, at bl.a. regionslovens § 14 n om initiativret og § 14 o om standsningsret og § 14 p om indkaldelse af sted-

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 12

fortræder for et kommunalt medlem af sundhedsrådet finder tilsvarende anvendelse for de forberedende sundhedsråd inden for de pågældende regioner.

Om henvisningen til **§ 14 n** i regionsloven bemærker KL følgende:
Det fremgår af lovforslagets § 35 og henvisningen heri til regionslovens § 14 n, at alle medlemmer af det forberedende sundhedsråd har initiativret i forhold til at få sager på dagsordenen for møder i det forberedende sundhedsråd.

Af de specielle bemærkninger fremgår, at ” *Bestemmelsen vil skulle forstås i overensstemmelse med regionslovens § 12, stk. 1, jf. § 11, stk. 1, 1. pkt., i lov om kommunernes styrelse, om initiativret i regionsrådet. Det vil blandt andet indebære, at medlemmet af det forberedende sundhedsråd alene vil have en ret til ved rettidig fremsendelse af forslaget at få sagen optaget på udkastet til dagsorden for et møde i det forberedende sundhedsråd, og at det forberedende sundhedsråd vil skulle beslutte ved stemmeflertal, om sagen vil skulle optages på den endelige dagsorden for mødet, samt have den videre rådighed over sagens behandling.* ”

Det er KL's forståelse, at et medlem i medfør af initiativretten efter gældende ret vil have ret til at få et rettidigt (og lovligt) forslag om kommunens anliggender optaget på den endelige dagsorden, og således ikke vil være op til et flertal i kommunalbestyrelsen at beslutte om sagen skal på den endelige dagsorden. I overensstemmelse hermed vil det således ikke være op til et flertal i det forberedende sundhedsråd at beslutte, om sagen skal optages på den endelige dagsorden for mødet i det forberedende sundhedsråd.

Om henvisningen til **§ 14 o** i regionsloven bemærker KL følgende:

KL noterer sig, at der i lovforslaget lægges op til, at formanden for det forberedende sundhedsråd eller 1/3 af det forberedende sundhedsråds regionsmedlemmer kan standse en sag i det forberedende sundhedsråd, der herefter skal afgøres endeligt af regionsrådet.

Tilsvarende kan (øvrige regionsrådsmedlemmer) bringe en sag, som henhører under det forberedende sundhedsråd, op i regionsrådet i medfør af initiativretten.

I begge situationer vil de kommunalt udpegede medlemmer af det forberedende sundhedsråd dels miste indflydelse på sagen, dels ikke have samme adgang til oplysninger om sagens videre forløb, som regionens medlemmer af det forberedende sundhedsråd. KL ønsker dette ændret.

Om henvisningen til regionslovens **§ 14 p** om indkaldelse af stedfortræder for et kommunalt medlem af det forberedende sundhedsråd bemærker KL følgende:

Det følger af henvisningen til regionslovens § 14 p, stk. 1, at det vil være det forberedende sundhedsråds formand som beslutter, om der skal indkaldes stedfortræder for et medlem af det forberedende sundhedsråd, som har forfald i mindst 1 måned – både de regionale og kommunale medlemmer.

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 12

Dette fraviger bestemmelsen i styrelseslovens § 28, stk. 2, hvorefter det er gruppen, som kan vælge at indkalde en stedfortræder i et stående udvalg i kommunen.

Det fremgår af bemærkninger til bestemmelsen, at det både for de regionale og de kommunale medlemmer af det forberedende sundhedsråd, vil være formanden for det forberedende sundhedsråd, der i det konkrete tilfælde beslutter, om der skal indkaldes stedfortræder til møde i det forberedende sundhedsråd.

Det er KL's opfattelse, at det er uhensigtsmæssigt, at det er formanden for det forberedende sundhedsråd, som beslutter, om der skal indkaldes en stedfortræder ved et medlems fravær på over 1 måned. Det er KL's opfattelse, at det bør være obligatorisk, at der indkaldes en stedfortræder ved et medlems fravær på over 1 måned. Tilsvarende gælder, hvor regionsrådet i medfør af regionslovens § 14 p, stk. 2 og 3, i styrelsesvedtægten har truffet beslutning om stedfortræderindkaldelse ved lovligt forfald på under 1 måned og i tilfælde af inhabilitet.

Det er KL's opfattelse, at spørgsmålet om, hvad der udgør "lovligt forfald", bør fremgå tydeligt af bemærkningerne.

Endelig bemærker KL, at der for så vidt angår valg af stedfortræder, jf. den foreslåede § 35 og 81, jf. regionslovens § 14p stk. 6, er lagt op til, at det i styrelsesvedtægten skal fastsættes for hvert kommunale medlem, hvilket hverv i kommunen som stedfortræderen eller stedfortræderne for medlemmet/medlemmerne af det forberedende sundhedsråd, skal varetage. Det bemærkes, at ikke alle kommuner har næstformænd i de stående udvalg. Det bør fremgå, hvem der i givet fald kan varetage hvervet som stedfortræder, herunder om det kan være et menigt medlem af udvalget.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 36 og 82:

Generel inhabilitet

Det fremgår af lovforslagets 36, stk. 4, 82, stk. 4, at styrelseslovens § 29, stk. 1, 2 og 5, litra a, finder anvendelse for de forberedende sundhedsråd.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 1, indebærer, at et kommunalt medlem af et forberedende sundhedsråd ikke må indgå økonomisk aftale med den del af regionens forvaltning, som henhører under det forberedende sundhedsråd, uden efter forudgået offentlig licitation.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 2, indebærer, at (kommunalt) medlemskab af et forberedende sundhedsråd vil være udelukket for regionalt ansatte, der overfor det forberedende sundhedsråd er umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde eller ansatte, der i øvrigt har ledende administrative funktioner inden for et forvaltningsområde, der henhører under det forberedende sundhedsråd.

I en kommunal kontekst indebærer det, at direktører, forvaltningschefer inden for et stående udvalgs område, fx kultur- og fritidsdirektør, socialdirektør, teknik- og miljødirektør vil anses som "umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde". Mellemedere inden for stående udvalgs om-

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 12

råde (fx sekretariatschefer, afdelingsledere, institutionsledere – både kommunale og selvejende med driftsoverenskomst) vil anses for at have ledende administrative funktioner inden for et forvaltningsområde, der henhører under udvalget.

Det er KL's opfattelse, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke ansatte i regionen, som er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i de forberedende sundhedsråd.

Henvisningen til styrelseslovens § 29, stk. 5, litra a, indebærer, at (kommunalt) medlemskab af et forberedende sundhedsråd vil være udelukket for et medlem, som lever i ægteskab eller i et forhold, der kan ligestilles med ægteskab med en person, som er regionalt ansat og som er umiddelbart ansvarlige for ledelsen af et forvaltningsområde, og som selv ville være udelukket fra medlemskab af det forberedende sundhedsråd i medfør af styrelseslovens § 29, stk. 2, litra a.

I en kommunal kontekst indebærer det, at ægtefæller m.v. til direktører, forvaltningschefer inden for et stående udvalgs område, fx kultur- og fritidsdirektør, socialdirektør, teknik- og miljødirektør vil være udelukket fra medlemskab af det pågældende stående udvalg.

Det er KL's opfattelse, at det bør præciseres med konkrete eksempler i bemærkningerne til bestemmelsen, hvilke personers regionale ansættelse indebærer, at deres ægtefæller m.v. er udelukket fra at være kommunale repræsentanter i det forberedende sundhedsråd.

Speciel inhabilitet

Spørgsmål om speciel inhabilitet er så vidt ses ikke omtalt i lovforslaget.

KL bemærker, at det er KL's vurdering, at "den kommunalretlige modifikation" finder anvendelse – dvs. at kommunens medlem(mer) af de forberedende sundhedsråd i udgangspunktet ikke vil være inhabile i forbindelse med kommunalbestyrelsens behandling af sager vedrørende det forberedende sundhedsråd.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 51, stk. 1, nr. 3, litra b, og 99, stk. 1, nr. 4, litra b.

Det fremgår af de foreslåede bestemmelser, at regionsrådet yder godtgørelse og bistand efter styrelseslovens § 8a og § 16, stk. 12, til kommunalt udpegede medlemmer af det forberedende sundhedsråd.

Brug af ordet "*bistand*" i bestemmelsen har ikke umiddelbart sammenhæng med styrelseslovens § 8a eller § 16, stk. 12. I den forbindelse savner KL en beskrivelse i lovforslaget af, hvilken betjening og/eller bistand, de kommunalt udpegede medlemmer af det forberedende sundhedsråd har krav på fra regionen.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 51, stk. 2, og 99, 2

Det fremgår af de omhandlede bestemmelser, at "*borgmestre, magistratsmedlemmer og formænd for stående udvalg i en kommune, der styres efter reglerne i § 64a i lov om kommunernes styrelse, og fungerende indehavere af disse hverv modtager dog ikke vederlag for de i 1. pkt. nævnte hverv.*"

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 12

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 10 af 12

KL skal foreslå, at alle medlemmerne af de forberedende sundhedsråd - også borgmestre og rådmænd - får vederlag for deres arbejde i de forberedende sundhedsråd.

De forberedende sundhedsråd tillægges betydelige opgaver ifm. forberedelsen af sundhedsreformens implementering. Det foreslås derfor, at medlemmer af sundhedsrådene modtager fuldt vederlag i 2026, svarende til vederlagstaksten for sundhedsrådene der gælder fra 2027.

Bemærkninger til lovforslagets §§ 51, stk. 5, og 99, stk. 5

Det fremgår af de omhandlede bestemmelser, at regionsrådet kan beslutte at yde erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste til medlemmer af regionsrådet.

Det fremgår imidlertid hverken af lovteksten eller af bemærkningerne, om udvalgsformænd i udvalgsstyrede kommuner, som er kommunale repræsentanter i de forberedende sundhedsråd kan modtage erstatning for dokumenteret tabt arbejdsfortjeneste fra regionen. Dette bør de efter KL's opfattelse have mulighed for. Borgmestre og rådmænd vil efter de kommunale vederlagsregler være udelukket fra at vælge tabt arbejdsfortjeneste.

Bemærkninger til lovforslagets kapitel 8

KL tager modellen omkring ændring af væsentlige økonomiske dispositioner beskrevet i kapitel 8 til efterretning.

KL bemærker samtidig at formuleringen: "Væsentlige økonomiske dispositioner", svarer til de bestemmelser, der blev anvendt i forbindelse med kommunalreformen i 2007.

KL mener i den forbindelse, at "væsentlige økonomiske dispositioner" skal forstås som beslutninger, der ligger ud over almindelige budgetkorrektioner i kommunerne.

Det betyder, at kommunerne fortsat kan foretage ændringer, i kommunens anlægsstruktur eller i det nuværende udgifts- / aktivitetsniveau.

Begge dele bør tilføjes til lovforslagets bemærkninger.

Bemærkninger til lovforslagets kapitel 9, § 138

Det fremgår af bemærkningerne at enhver kommunalbestyrelse skal yde (det forberedende) regionsråd den bistand, som rådet måtte forlange, til forberedelse af varetagelse af en opgave der overføres fra kommunen til regionen.

KL mener det bør tilføjes, at det skal være indenfor rimelighedens grænser. Kommunerne vil gerne være med til at sikre det bedste udgangspunkt for de nye sundhedsråd og samtidig sikre at borgerne frem til overgangen modtager tilbud. Det kan være en ressourcekrævende opgave at yde en hvilken som helst bistand. Krav om bistand bør derfor ske under hensyntagen til øvrige opgaver.

Bemærkninger til lovforslagets kapitel 10, §141 stk. 12

Lovforslagets §141 stk. 12 lægger op til, at indenrigs- og sundhedsministeren bemyndiges til at beregne og fastsætte fordeling af nettoformue mellem myndighederne. Det fremgår af bemærkningerne, at der påtænkes gennemført en formuefordeling, hvorefter der overføres nettoformue fra kommunerne til regionerne baseret på den udgiftsmæssige tyngde af de opgaver, som overføres. KL stiller sig uforstående overfor modellen, som indebærer, at kommuner afleverer en økonomi til regionerne, som rækker ud over den konkrete opgaveflytning.

Dette er, jf. DUT-vejledningen, ikke gængs praksis i forbindelse med opgaveflytninger. Lovforslaget henviser til Kommunalreformen som fortilfælde. KL skal hertil gøre opmærksom på, at der her foreligger en særlig situation, som bl.a. indebærer, at amterne blev nedlagt. Der er - også nyere - eksempler på større opgaveflytninger, hvor der ikke i forbindelse med flytningen er foretaget formueoverførsel. Det gælder fx i forbindelse med overførslen af jobcentre fra staten til kommunerne i 2009.

Formuefordelingen er endvidere ikke velbegrundet. Lovforslaget må forstås således, at det lægges til grund, at varetagelsen af opgaven fordrer en vis kapitalbinding hos myndigheden, og at denne meningsfuldt kan opgøres ved en hjælp af udgiftsnøgle og kommunernes nettoformue. Den enkelte kommunes nettoformue er imidlertid påvirket af mange forhold. Der ses heller ikke at være nogen klar sammenhæng mellem den enkelte kommunes opgavevaretagelse på sundhedsområdet og kommunens kapitalbinding på området. Kommunernes midlertidige pladser er således i dag placeret i såvel ejede i form af egne matrikler eller i tilknytning til plejehjem eller sundhedshus såvel som lejede bygninger (ejet af fx alm. boligselskaber, der kan være knyttet op på langvarige kontrakter) samt selvejende institutioner – med resulterende forskellig grad af kapitalbelastning på kommunens balance. Hertil kommer, at det formodentlig i mange tilfælde også efter opgaveoverdragelsen vil være kommunen, der driver de midlertidige pladser på vegne af regionen.

Spørgsmålet om formuefordelingen har jf. ovenstående derfor også en tæt kobling til DUT-sagen. DUT-sagen er ikke afklaret, men der indgår almindeligvis i denne type sager beløb til finansiering af husleje.

Endelig ses der ikke at være taget højde for de omkostninger, kommunerne vil få til tilpasning af kapacitet, når fx bygninger, der overvejende men ikke fuldstændigt anvendes til midlertidige pladser, overgår til regionerne, og kommunerne vil skulle finde nye løsninger.

KL tager kraftig afstand for modellen og mener, at bemyndigelsen i §141 stk. 12 bør udgå af lovforslaget.

Bemærkninger til lovforslagets kapitel 10, 11 og § 156

De foreslåede bestemmelser om medarbejdere og vilkår svarer til de bestemmelser, der blev anvendt i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Det er KL's opfattelse, at disse bestemmelser udgjorde et hensigtsmæssigt grundlag for overførslerne af medarbejdere. KL kan derfor tilslutte sig lovforslagets bestemmelser.

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 11 af 12

Bemærkninger til lovforslagets kapitel 12

KL bemærker, at processen for udarbejdelse af aftaleudkast, forhandlinger og endelig aftale mellem myndighederne er meget tidspresset for kommunerne.

Det fremgår af bemærkningerne til lovforslaget, at den forventede tidsplan vil være som følger:

- 1. april 2026 indgår kommuner og regioner aftaler om fortsat drift af de overførte opgaver.
- 1. maj 2026 er der kommunal frist for forelæggelse af aftaleudkast for regionsrådet.
- 1. juli 2026 er der frist for indgåelse af aftaler mellem kommunalbestyrelse og region.

Tidsplanen efterlader et meget begrænset tidsrum til at håndtere de nødvendige politiske beslutningsprocesser i kommunerne. Det stiller derfor krav om en veltilrettelagt proces for drøftelserne fra centralt hold.

Dato: 14. marts 2025

Sags ID: SAG-2025-00955
Dok. ID: 3550712

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 12 af 12

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Generelle bemærkninger til Sundhedsstyrelsens notat målgruppe for sundheds- og omsorgspladser

KL har en række generelle bemærkninger til Sundhedsstyrelsens notat målgruppe for sundheds- og omsorgspladser.

Dimensionering af opgaveflyt

Sundhedsstyrelsen vurderer, at 75 pct. af den nuværende målgruppe for midlertidige pladser i kommunerne fremover skal have ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. Vurderingen er baseret på MIDO projektets målgruppedefinitioner og Implements kortlægning i 51 kommuner af kommunernes anvendelse af kapaciteten på de midlertidige pladser.

Iflg. KL's spørgeskema til alle landets kommuner om opgaver, der i forbindelse med sundhedsreformen skal overdrages fra kommuner til regioner, udgør aflastnings- og ventepladser, som. Iflg. Sundhedsstyrelsens afgrænsning ikke skal overgå til regionerne, 34 pct. af den samlede kommunale kapacitet.

KL vurderer dog, at de 34 pct. et underkantskøn ift. hvor meget af kapaciteten, der skal forblive i kommunerne. Det skal ses i lyset af de lange ophold, der trækker en uforholdsmæssig stor del af den kommunale kapacitet. KL vurderer at over 40 pct. af den samlede kommunale kapacitet *ikke* falder ind under Sundhedsstyrelsens afgrænsning af målgruppen for regionale sundheds- og omsorgspladser¹.

Økonomisk bæredygtig på midlertidige kommunale pladser

Hvis kommunernes kapacitet af midlertidige pladser reduceres med 75 pct., vil kommunerne have meget få pladser tilbage, fx vil to ud af tre kommuner have 10 eller færre pladser tilbage. Det vil i høj grad udfordre den økonomiske bæredygtighed, fx i forhold til nattevagtsdækning og reducere kommunernes mulighed for at tilbyde fleksibilitet i opgavetilrettelæggelsen. Kommunerne vil derfor i vid udstrækning ikke kunne honorere borgernes behov for midlertidigt ophold efter ældreloven inden for gældende økonomiske rammer.

En ny overgang

Etableringen af regionale pladser med ét formål og fastholdelse af kommunale pladser med et andet formål vil skabe nye overgange for borgeren og potentielt udfordringer med sammenhængende indsatser, hvis målgruppe og visitationskriterier ikke er klare og entydige, jf. neden for. Det sker ikke i dag, fordi ansvaret er forankret kommunalt og kommunerne derfor kan bruge pladserne fleksibelt i forhold til borgerens behov. Den fleksibilitet falder bort med forankring af drift af midlertidigt ophold hos to myndigheder.

¹ Se vedlagte notat "Fordeling af kapaciteten af midlertidige pladser, februar 2025."

Dato: 24. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00489
Dok. ID: 3548667

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 4

Dato: 24. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00489
Dok. ID: 3548667

E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: 3370 3416

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 4

Værgemål

En ikke ubetydelig del af kommunernes tilbud bruges på borgere med uafklaret værgemål, der afventer afgørelse i Familieretshuset. Det er en uhensigtsmæssig brug af kommunal kapacitet, at borgere skal vente måneder på at få afgjort en værgemålssag på grund af lange sagsbehandlingstider i Familieretshuset.

Uklar målgruppe for ophold på regionale og kommunale pladser

Det er grundlæggende uhensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen ikke forholder sig til, at der "indenfor hver målgruppe både vil være borgere, som forventes fremover at have ophold på en plads under regionalt ansvar, og borgere, som fremover skal have ophold på en plads under kommunalt ansvar".

Sundhedsstyrelsen vurderer, at målgruppen for regionale sundheds- og omsorgspladser er borgere, der har "behov for en midlertidig sundhedsfaglig indsats med henblik på at genoptræne eller stabilisere deres funktionsniveau". De kommende sundheds- og omsorgspladser skal "derfor understøtte rehabilitering med det formål 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 jf. Sundhedslovens § 140."

Det fremgår samtidig, at "kommunerne fortsat skal levere faglig bæredygtig sygepleje på de midlertidige kommunale pladser, herunder også sygepleje til borgere med betydelig sygdomsbyrde". KL savner eksempler på, hvad det konkret er for en gruppe borgere med betydelig sygdomsbyrde med behov for sygepleje, som skal håndteres kommunalt og ikke på en regional plads, som parentes bemærket har kompetencer, udstyr, kapacitet og adgang til den nødvendige lægefaglige bistand? Er det multisyge ældre skrøbelig borgere, som regionen vurderer ikke har et rehabiliteringspotentiale og som derfor afsluttes på en regional plads uagtet, at borgeren ikke kan være i eget hjem og som derfor skal have ophold på en kommunal plads med sygepleje mv?

Det er problematisk, at der på såvel regionale som kommunale pladser skal kunne leveres (identiske) sundhedsfaglige indsatser (fx sygepleje), da det vil skabe uklare snit. Det har bl.a. betydning for borgeren, da regionale ophold tilbydes vederlagsfrit, mens kommunale ophold er med egenbetaling for kost og linned.

Herudover er det i fravær af klare og entydige afslutningskriterier i sidste ende et lægefagligt skøn, om borgeren har behov for et regionalt ophold, herunder hvornår borgeren skal afsluttes fra en regional plads uagtet, at borgeren evt. ikke vil være i stand til at være i eget hjem. Hvornår i borgerens forløb på en regional plads afgør man fx, at borgeren ikke længere vil profitere af et regionalt ophold med et rehabiliterende sigte og i stedet skal tilbydes ventepuds i kommunalt regi? Det vil skabe uklare overgange og skabe forskelle i tilbud på tværs af sygehusafdelinger, sygehuse og sundhedsråd. Og kan presse kommunerne til at styrke kompetencer og kapacitet på kommunale pladser.

Dato: 24. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00489
Dok. ID: 3548667E-mail: SILN@kl.dk
Direkte: 3370 3416Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 3 af 4

Det er herudover meget uklart, hvem der har ansvar for borgere med psykiatriske problemstillinger. På den ene side anerkendes det, at personer med svær psykisk lidelse vil være i målgruppen for regionalt ophold hvis deres behandlingsbehov fordrer det. På den anden side understreges det, at fx psykotiske patienter hører til i kommunalt regi, hvis de modtager socialpsykiatriske indsatser. Det bør i KL's optik være underordnet om en borger modtager en socialpsykiatrisk indsats, hvis de har et behandlingsbehov, der tilsiger regionalt ophold på en sundheds- og omsorgsplads eller i behandlingspsykiatrien.

KL undrer sig i øvrigt over, hvad det er for sociale indsatser, kommunen skal levere til borgere med ophold på regionale pladser under deres ophold, herunder om kommunerne skal kompenseres økonomisk af regionen.

Visitation og beslutningskompetence

Det fremgår ikke, hvem der har beslutningskompetencen ift. afslutning af borgere med ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads. Det fremgår heller ikke, hvad kriteriet er for ophold på en regional sundheds- og omsorgsplads bortset fra, at pladserne skal understøtte rehabilitering. Det er stærkt uhensigtsmæssigt, hvis sundhedsrådene skal definere afslutningskriterier. Det er en national opgave bl.a. med henblik på at understøtte ensartethed over hele landet, herunder understøtte borgerens mulighed for frit valg af regionale pladser på tværs af sundhedsråd.

Uklare visitations- og afslutningskriterier kan vanskeliggøre sammenhæng i patientforløb og overgang til eget hjem og presse kommunerne til på ny at opbygge kommunale kapacitet til at varetage borgere, som regionen vurderer afsluttet i regional sammenhæng men som ikke kan være i eget hjem fx pga. fortsatte pleje- og rehabiliteringsbehov, som kun kan tilbydes på midlertidigt ophold, jf. oven for om uklare målgrupper.

KL skal opfordre til, at de kommende regionale sundheds- og omsorgspladser også prioriteres til borgere i eget hjem, der fx henvises fra almen praksis/vagtlæge/kommunal sygepleje med henblik på at undgå sygehusindlæggelse.

KL skal også opfordre til, at det tydeliggøres, at regionen forpligtes til at samarbejde med kommunen om borgerens overgang til eget hjem.

Incitament til rehabilitering

Ansvar for rehabilitering til borgere, der har behov for sundhedsfaglige indsatser, der kan ikke varetages på sygehus eller i eget hjem påhviler fra 2027 regionale sundheds- og omsorgspladser.

KL skal efterlyse overvejelser om, hvordan regionens incitament til rehabilitering kan styrkes. I en kommunal kontekst betyder vellykket rehabilitering færre udgifter til pleje. Det samme er ikke tilfældet ved et regionalt forankret ansvar, der slutter det øjeblik borgeren afsluttes på en regional plads og hvor de videre udgifter til pleje er kommunens ansvar. Herudover kan regionen have incitament til at afslutte borgerens genoptræning under ophold på en regional plads førend det fagligt vurderes

hensigtsmæssigt henset til, at kommunen har ansvar for at levere genoptræning til borgere, der ikke har ophold på en regional plads.

Monitorering

Det er vigtigt, at anvendelsen af regionale sundheds- og omsorgspladser og kommunale aflastnings- og ventepladser monitoreres tæt. Dette med henblik på at sikre, at der er den nødvendige kapacitet i regioner og kommuner, at ophold tilbydes lokalt i kommunerne og at de faglige snit matcher borgernes behov for midlertidigt ophold.

Dato: 24. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00489

Dok. ID: 3548667

E-mail: SILN@kl.dk

Direkte: 3370 3416

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 4 af 4

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Specialiseret, akut regional sygepleje

KL har en række generelle bemærkninger til Sundhedsstyrelsens notat ændret ansvar for specialiseret akutsygepleje.

KL skal indledningsvis understrege, at kommunerne samlet har fået 270 mio. kr. til at etablere kommunale akutfunktioner. Kommunerne har inden for denne økonomiske ramme etableret kommunale akutfunktioner, der efterlever Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard (senest revideret i 2023).

Understøtte samarbejdspartnere

KL læser Sundhedsstyrelsens forslag til faglig afgrænsning af den regionale akutsygepleje fra de indsatser, som forbliver under kommunalt ansvar, som, at den regionale akutsygepleje skal håndtere borgere med akutte/subakutte behov i tæt sammenhæng med det øvrige regionale akutberedskab, herunder ambulancetjeneste, lægevagt/akuttelefoner og det almen medicinske tilbud.

KL forstår herved, at den regionale akutfunktion skal understøtte regionale samarbejdspartnere, som har behov for en akut vurdering af borgere i eget hjem. Det kan fx være vagtlæge/112/1813 m.v., som ikke har mulighed for at foretage hjemmebesøg og derfor rekvirerer den regionale akutfunktion til at foretage en indledning sygeplejefaglig vurdering af borgeren, fx ved fald.

KL forstår i forlængelse heraf, at det med opgaveflyttet dermed ikke længere er en kommunal opgave at understøtte regionale samarbejdspartnere med akut/subakut vurdering/behandling af borgere i eget hjem, fx ved fald.

Understøtte kommunal (syge)pleje

Det betones i den politiske aftale, at den regionale akutfunktion skal robustgøre det regionale akutberedskab, herunder ambulancetjeneste, lægevagt/akuttelefoner og det almen medicinske tilbud.

KL skal understrege, at den kommunale akutfunktion har en markant rolle i at understøtte den øvrige sygepleje og hjemmepleje med faglig sparring fx ift. at forebygge indlæggelser. Iflg. data fra kommunerne fra januar 2025 er det knap 30 pct. af akutfunktionens tid der bruges på at understøtte samarbejdspartnere i kommunerne.

Det er afgørende for den faglige bæredygtighed i den almene sygepleje og hjemmeplejen i øvrigt, at den regionale akutfunktion fortsat prioriterer et tæt og fleksibelt samarbejde med kommunerne og ikke alene har fokus på den præhospital indsats. Dette bl.a. med henblik på at styrke indsatsen med at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

Det bemærkes i den forbindelse, at 58 pct. af alle forebyggelige sygehusophold i 2021 skete blandt borgere, som havde en eller anden

Dato: 27. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00862
Dok. ID: 3549930

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 3

kontakt fx kommunal syge- eller hjemmepleje måneden forud for indlæggelsen. 42 pct. af de forebyggelige indlæggelser vedrører imidlertid borgere, som kommunen ikke har været i kontakt med den seneste måned. Blandt de ældste på 80 år eller derover gælder det, at mere end syv ud af ti forebyggelige sygehusophold vedrører borgere der har været kontakt med kommunen den foregående måned. Kommunerne har således en central mulighed for at forebygge indlæggelser, fordi de har en tæt kontakt til og kender borgeren.

Derfor er det vigtigt, at den regionale akutsygepleje er til rådighed for kommunerne, som det i øvrigt også fremgår af den politiske aftale.

Det fremgår, at "kommuner og regioner i samarbejde, i regi af sundhedsrådene, arbejder for at skabe faglig bæredygtighed på tværs af akutsygeplejen, som bliver et regionalt ansvar, samt i en almene sygepleje". Det følger samtidig af forvaltningsloven, som pt. er i høring, at tværgående funktioner, herunder det præhospitale og den regionale akutsygepleje, er forankret i regionsrådet/forretningsudvalget. KL vurderer, som Sundhedsstyrelsen, at drift af den regionale akutfunktion, henset til sammenhæng til den almene sygepleje og målet om nærhed i indsatsen i øvrigt, skal være forankret i regi af sundhedsrådene.

Volumen i opgaveflyt

Sundhedsstyrelsen beskriver, at en del af opgaveløsningen i de nuværende akutfunktioner rækker ud over indsatserne beskrevet i kvalitetsstandarderne. Det drejer sig bl.a. om en række ikke-akutte opgaver som fx udarbejdelse og vedligeholdelse af instrukser og vejledninger og undervisning af andet personale samt opgaver, som kan være svære at passe ind i kørelister.

KL antager, at opgaver, der i dag varetages i akutfunktionerne og som ikke er knyttet til opgaveflyttet, bliver i kommunerne og derfor ikke regnes med i økonomien i opgaveflyt.

Faglig bæredygtighed i den kommunale sygepleje

KL lægger til grund, at den almene kommunale sygepleje efter opgaveflyttet som beskrevet oven for fortsat forventes at varetage kompleks sygepleje til henviste borgere, herunder fortsat anvender, udvikler og vedligeholder deres viden og kompetencer til tidlig opsporing af begyndende sygdom og i relevant omfang gøre brug af abcde metoden, som er en sygeplejefaglig basiskompetence, til kendte borgere i kommunen (modtagere af pleje, sygepleje m.v.).

Det er en helt afgørende forudsætning for, at kommunen fortsat kan oppebære fagligt bæredygtige indsatser og tiltrække kompetente sygeplejersker, sosu-assistenter, sosu-hjælpere m.fl. til at varetage opgaver i den almene kommunale sygepleje.

Sygepleje uden for borgerens hjem

KL lægger til grund, at almen kommunal sygepleje kan leveres i borgers hjem, på en kommunal midlertidig plads, på sygeplejeklinik og virtuelt på baggrund af en faglig vurdering.

Sammenhæng og kontinuitet

Dato: 27. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00862
Dok. ID: 3549930

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 3

Med etablering af akut sygepleje i regionerne og etablering af regionale hjemmebehandlingsteams er der risiko for, at den sygeplejefaglige indsats, der i samarbejde med den almene sygepleje i kommunerne skal leveres i borgerens hjem bliver fragmenteret og usammenhængende til ulempe for borgeren. Dette er stik imod indsatserne i ældreloven om kontinuitet og færre medarbejdere i borgers hjem.

Det er derfor afgørende, at der sikres klare snit og kriterier for, hvornår indsatsen leveres af en regional funktion (akutsyge og hjemmebehandlingsteams) og hvornår den leveres af en kommunal sygeplejerske fx som led i helhedsplejen. Er det fx hensigten af den regionale specialiserede akutsygepleje på foranledning af fx vagtlæge/1813 skal levere sygepleje til borgere med akut opstået/forværring af sygdom indtil borgerens tilstand er stabil og den almene sygepleje evt. kan tage over? Eller skal hjemmebehandlingsteams evt. videreføre behandling afhængig af kompleksiteten i borgerens behandlingsbehov?

KL forudsætter i øvrigt, at det fortsat også efter 2027 er kommunerne, der visiterer til indsatser i den almene kommunale sygepleje efter henvisning fra en læge, evt. en sygeplejerske fra den regionale akutsygepleje. KL skal i den forbindelse foreslå, at kommunale sygeplejersker kan henvise til den regionale akutsygepleje/hjemmebehandlingsteam.

Deling af data

Når mere behandling skal varetages i borgers hjem og indsatsen skal leveres på tværs af sektorer er det afgørende, at der sikres adgang til fleksibel deling af data om patienten.

Dato: 27. februar 2025

Sags ID: SAG-2025-00862
Dok. ID: 3549930

E-mail: JJC@kl.dk
Direkte: 3370 3852

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 3

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Bemærkninger til notat og revideret kvalitetsstandard

KL takker for muligheden for at afgive skriftlige kommentarer til Sundhedsstyrelsens *Notat: Ændret ansvar for den patientrettede forebyggelse* og den reviderede kvalitetsstandard for patientrettet forebyggelse.

KL skal indledningsvis understrege, at kommunerne samlet har fået 183 mio. kr. (midlerne ville først være fuldt indfaset i 2030) til den patientrettede forebyggelse og efterlevelse af kvalitetsstandarderne herfor.

Begge notater er vedlagt med bemærkninger indskrevet med rettefunktion/kommentarbokse.

Herudover har KL en række mere generelle bemærkninger der fremgår nedenfor.

Forpligtende kvalitetsstandarder og efterfølgende kronikerpakker

Kommunerne er i dag forpligtede til at leve op til kvalitetsstandarderne for borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarden fastsætter således forpligtende kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger til indsatserne gældende for den *enkelte* kommune. Det er uklart, hvad det betyder for fx nærheden til tilbuddene, at regionen får myndighedsansvaret for den patientrettede forebyggelse.

Vil regionen fremadrettet være forpligtet til at sikre, at tilbuddet findes i den enkelte kommune, som tilfældet er i dag? Ellers vil det blive betragtet som en forringelse for borgerne, idet nærhed til tilbud er afgørende – særligt for sårbare borgere, der især har gavn af tilbuddene.

Brobygning til civilsamfund

Inddragelse af lokale organisationer og civilsamfund er en integreret del af den patientrettede forebyggelse, hvilket der stilles tydelige krav til i kvalitetsstandarden. Det er uklart hvem der fremadrettet har ansvaret for at inddrage og brobygge til civilsamfundet.

Er det regionerne (jf uklare sætning om drøftelse i sundhedsråd i kvalitetsstandarden)? Er det kommunerne (jf. henvisning til at kommunerne skal understøtte det faglige miljø når ansvaret for den patientrettede forebyggelse overgår til regionerne i kvalitetsstandarden.)?

Hvem har ansvaret for at koordinere ift. øvrige forvaltninger mv.

Målgrupper

KL bakker overordnet op om overvejelserne omkring den patientrettede forebyggelse forstået som målgruppen, der i dag er omfattet af kvalitetsstandarderne.

Dato: 26. februar 2025

Sags ID: SAG-2024-05221
Dok. ID: 3549769

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

Dato: 26. februar 2025

Sags ID: SAG-2024-05221
Dok. ID: 3549769

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

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

Der er dog fortsat behov for en tydeliggørelse af målgrupper for hhv. den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse og dermed også ift. hvilke tilbud der flyttes. En tydelig snitflade er afgørende for det videre arbejde og samarbejde omkring de to områder.

- Det bør helt klar fremgå at patientrettet forebyggelse henvender sig til borgere som er diagnosticerede med en kronisk sygdom. Det vil sige til indsatser målrettet borgere, som har behandlingskrævende diagnoser.
- Det bør desuden tydeligt fremgå hvor gruppen af borgere med risiko for kronisk sygdom hører til. I kvalitetsstandarden fremgår det at tilbuddene med fordel kan gives til denne gruppe – vil det så fremadrettet være her de skal mødes af et tilbud og er det denne gruppe der henvises til når der nævnes *tidlige forebyggende indsatser i notatet*? Det nævnes eksempelvis at præhabitering fx ift. kræft kan være et patientrettet forebyggelsestilbud.
- En konsistent afgrænsning mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse betyder også, at fx mentale sundhedstilbud til borgere med stress og lette til moderate symptomer på angst og depression er borgerrettet forebyggelse. Ingen af de pågældende tilstande er en diagnose og tilbuddene hjemles under Sundhedslovens §119 stk. 2 sammen med øvrige borgerrettede forebyggelsestilbud

Bæredygtige kommunale tilbud

Kun 1/5 af kommunerne angivet på en nylig forespørgsel at de har en selvstændig enhed der varetager patientrettet forebyggelse. Det er derfor positivt at der er fokus på robusthed og bæredygtighed ift. de borgerrettede tilbud kommunerne er ansvarlige for, når ansvaret for den patientrettede forebyggelse overgår til regionen. Dette fokus bør også gælde ift. genoptræningsområdet efter § 140, hvor der ofte også er samordning.

Der er en betydelig risiko for etablering af parallelsystemer – ikke mindst ift. nikotin og alkoholtilbud, som ikke er afklaret i notatet.

Monitorering

Som følge af sundhedsreformen og flytning af den patientrettede forebyggelse til regionerne er implementeringen af FSIII på forebyggelsestilbud sat i bero. Grunden hertil er, at det er en stor implementeringsøvelse at igangsætte, når opgaven overflyttes til regionerne.

Det vil være hensigtsmæssigt, at afklare om arbejdet skal fortsætte i regioner og kommuner som grundlag for fortsat kvalitetsudvikling af forebyggelsestilbuddene, herunder finansiering af indsatsen.

Almen praksis

Almen praksis har også en række forebyggelsestilbud (ofte paralleltilbud) rettet mod borgere med kronisk sygdom. Disse nævnes slet ikke i papirerne. Ligeledes fylder den almen medicinske rolle en del ifbm det faglige oplæg til Kræftplan V. Det er slet ikke nævnt, hvordan AP er tænkt ind fx ifht tovholderrolle, henvisning til præhabitering mv

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Bemærkninger til Sundhedsstyrelsens høring vedr. ændring i placering af ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og mest specialiserede del af avanceret genoptræning

Dato: 26. februar 2025

Sags ID: SAG-2024-04553
Dok. ID: 3549765

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

Tak for høring af notat om ansvarsændring på genoptræningsområdet. Vi har udover nogle tekstmæssige bemærkninger til notat af 21. februar 2025, som fremgår af selve notatet følgende overordnede bemærkninger til udkastet:

Udvidelse af målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau

Ift. tidligere udkast har Sundhedsstyrelsen arbejdet med en tydeligere afgrænsning af målgruppen, som med fordel kan flyttes fra avanceret genoptræning til specialiseret rehabilitering. Det er dog fortsat ikke tydeligt, hvilke patienter, det omhandler, herunder hvilken del af den neurologiske gruppe, som skal flytte.

Det er en svær øvelse i og med, at vejledningen ikke er særlig tydelig, og visitationspraksis derfor i dag er meget uens. Det er derfor positivt, at bekendtgørelse og vejledning revideres, så visitationspraksis forhåbentlig bliver nogenlunde ens i hele landet.

Det bliver en vigtig opgave for de enkelte sundhedsråd at aftale den nærmere afgrænsning. Det kan også omhandle om sundhedsrådet beslutter at "udlicitere" områder til "udvalgte" kommuner, privatleverandør eller lign.

Gruppen af patienter med Parkinsons sygdom og Sklerose

KL har af flere omgange påpeget, at vi ikke finder, at eventuelle udfordringer med genoptræning til borgere med Parkinson og Sklerose kan løses i forbindelse med denne opgaveflytning og en udvidelse af målgruppen for specialiseret rehabilitering.

Der er ift. borgere med sklerose tale om borgere, som enten er ny-diagnosticerede, eller typisk er i forløb på Sklerosehospitalet (hvor de modtager et længere specialiseret rehabiliteringsforløb) og i høj grad efterfølgende får eller fortsætter med at få vederlagsfri fysioterapi. Det bør ikke være et argument, at volumen ift. genoptræningsplaner og få borgere ift. de enkelte kommuner taler for, at denne gruppe skal have specialiseret rehabilitering.

Genoptræning til borgere med Sklerose eller Parkinson er ikke målgrupper, hvor kommunerne i dag modtager genoptræningsplaner. De senere år er der blevet opmærksomhed på, særligt fra Sklerosehospitalet, at disse borgere kan have gavn af en genoptræningsplan også ift. at sikre et sammenhængende forløb til egen kommune og liv. Antallet er – som angivet – meget lille. Typisk vil denne gruppe ikke have behov for specialiseret rehabilitering, men for tværfaglige indsatser, så de kan håndtere hverdagen i hjemmet, på jobbet mv. KL har tidligere i forbindelse med de drøftelser, der

har været om ventetider på sklerosehospitalerne italesat, at hospitalerne i højere grad bør lave indsatser, som understøtter borgerne i eget hjem. Også gennem vidensdeling med de personer, som er tilknyttet borgeren fra kommunen mv.

Ift. borgere med Parkinson viser en undersøgelse fra REHPA fra 2020 (Livet med Parkinson og behovet for rehabilitering), at udfordringerne blandt mennesker med Parkinsons sygdom er specielt udtalte i forhold til dagligdags aktiviteter, mobilitet og kognition. Samtidig viser undersøgelsen, at rehabiliteringsbehov, hvad angår fysiske problemer og mobilitet, er dækket ind i langt større grad end for andre problemer og behov, der rapporteres.

Vælger Sundhedsstyrelsen at fastholde, at der fremadrettet skal ske en ny og udvidet indsats til borgere med neurodegenerative lidelser, skal denne derfor finansieres med nye midler. Dvs. at det ikke indgår i DUT-regnskabet, som omhandler opgaveflyttet fra de kommunale midler, der i dag anvendes til avancerede genoptræning.

Monitorering af opgaven

KL vil opfordre til, at man følger udviklingen i antal af planer også med afsæt i en baseline. Både for at sikre, at der ikke sker en (uhensigtsmæssig og ufinansieret) opgaveglidning, og for, at intentionen om mere ensartet kvalitet på tværs af sundhedsrådene sikres.

Dato: 26. februar 2025

Sags ID: SAG-2024-04553
Dok. ID: 3549765

E-mail: LHT@kl.dk
Direkte: 3370 3558

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

2.2

Orienteringssag: Status på implementeringen af sundhedsreformen

Sundhedsreform

Sundhedssamarbejdsudvalget
Den 6. marts 2025

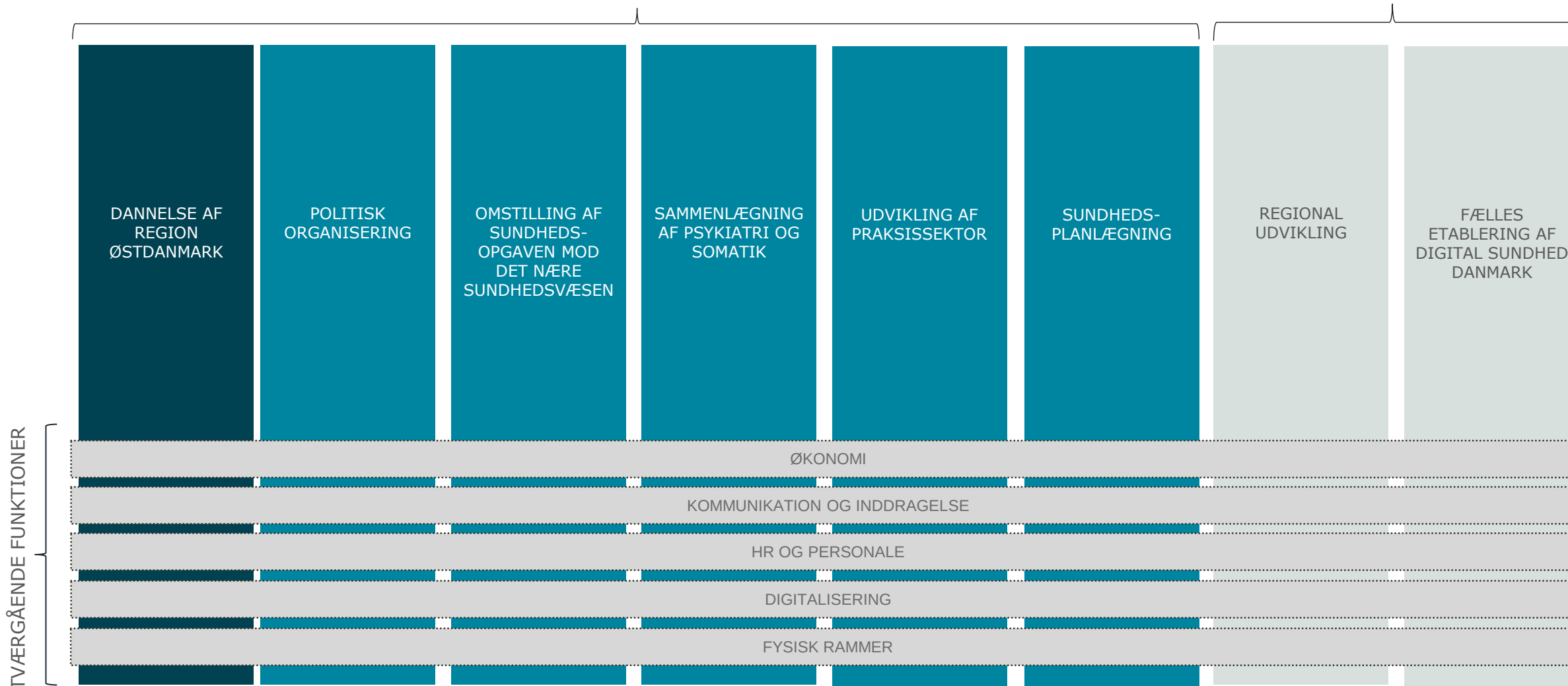
Lisbeth Iversen
Reformsekretariatet



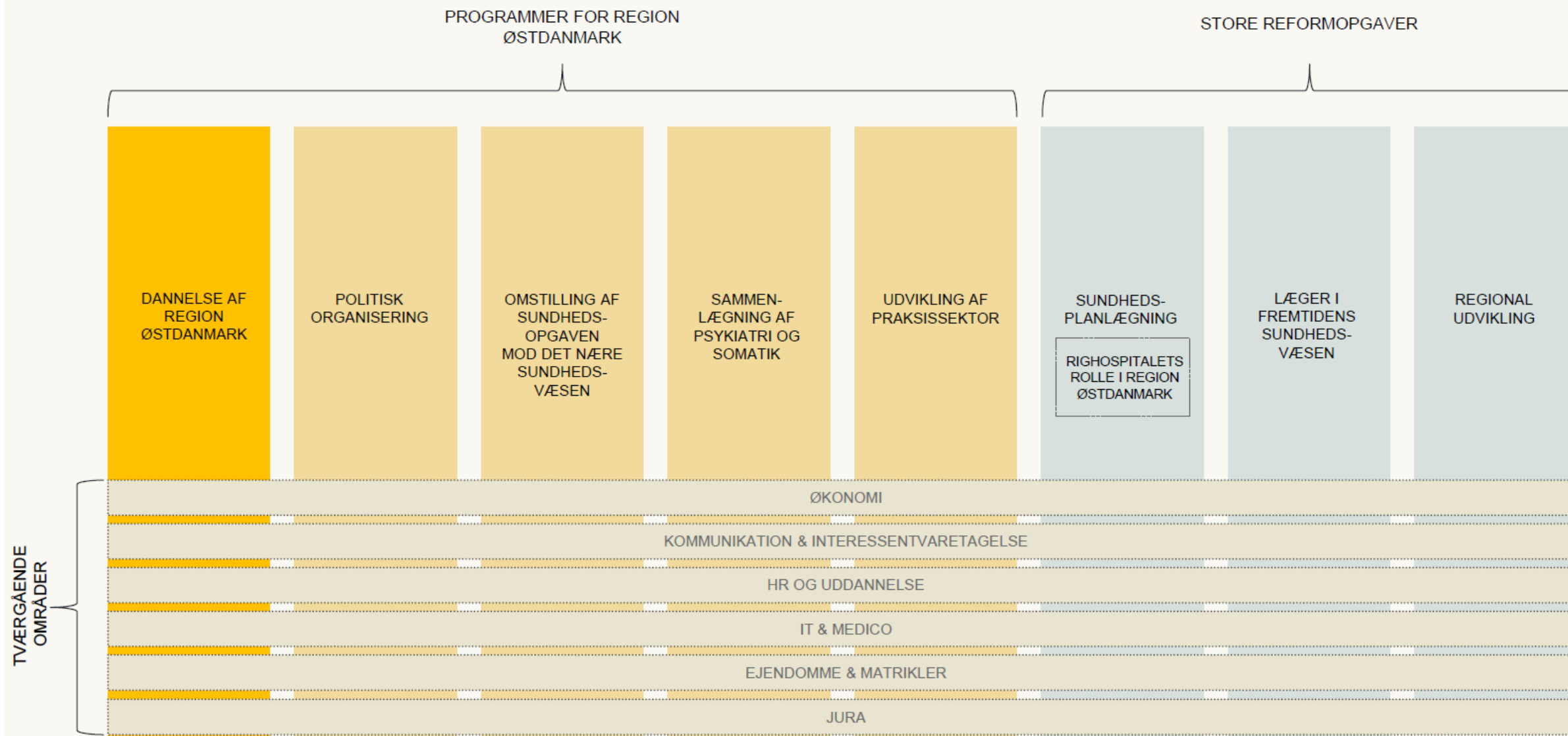
Organisering af Sundhedsreform i Region Sjælland

DELPGRAMMER

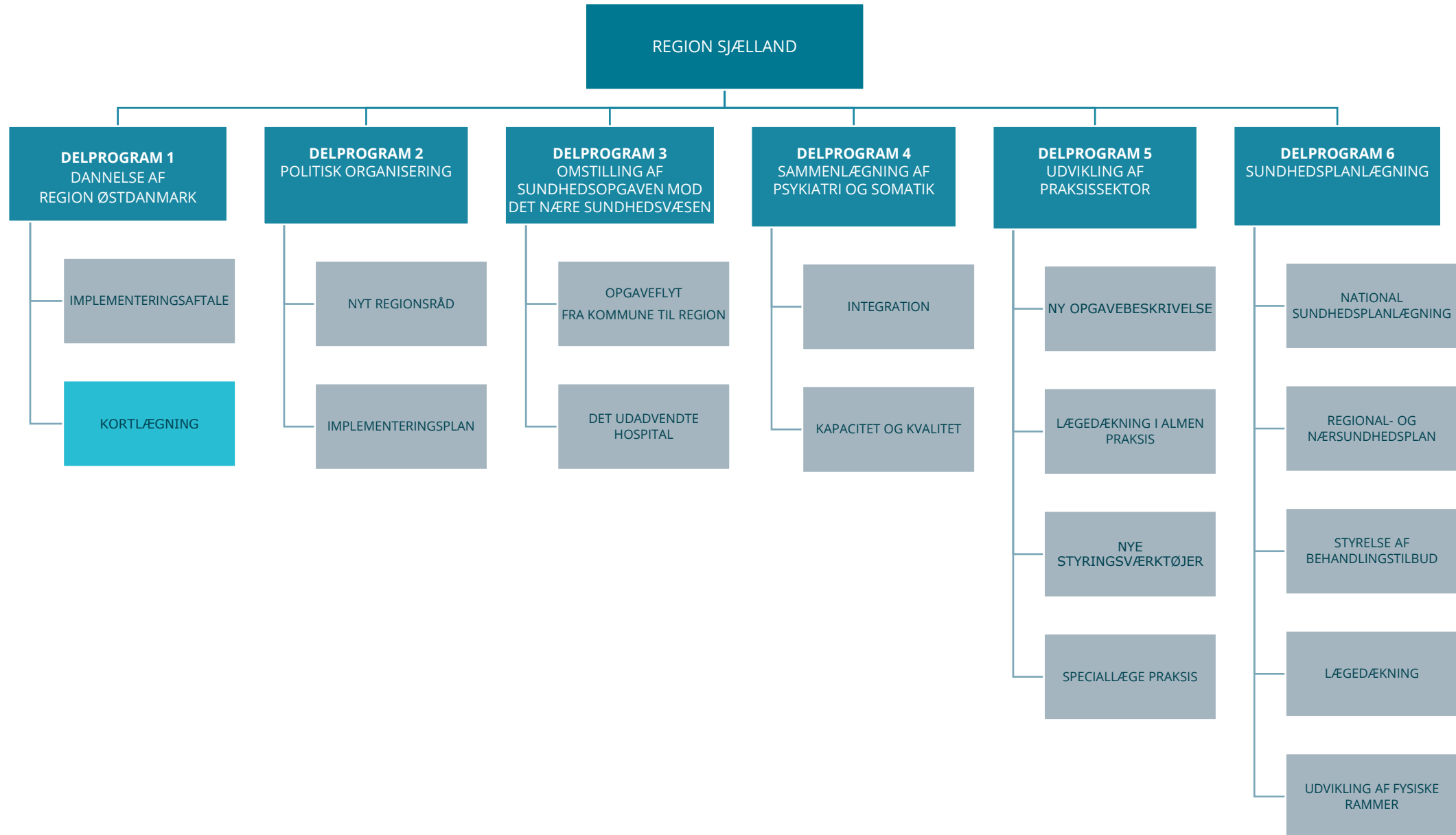
OPGAVER



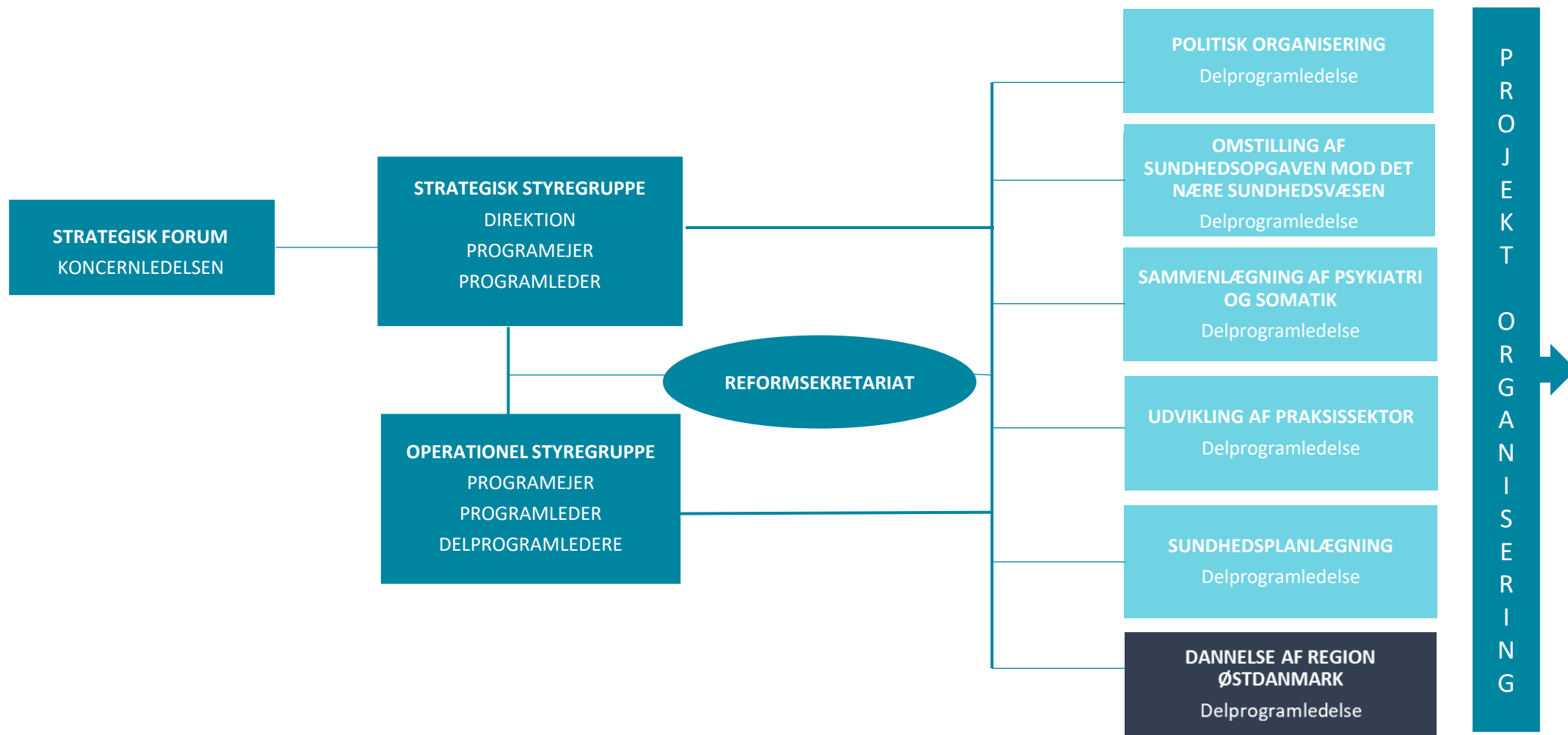
Region Hovedstadens organisering



PROGRAMORGANISERING



Programorganisation





Ny struktur

4 regioner, sundhedsråd,
målretning af midler til det nære,
opgaveflytning



Lægereform

reform af almen medicin, lofter på
universitetssygehuse,
uddannelsesstillinger, fordeling af
speciallægepraksis



Sammenhæng psykiatri og somatik

Centrale elementer i reformen



Ny organisering af digitalisering

Digital sundhed DK, ny
planlægningskompetence, Center
for sundhedsinnovation mv.



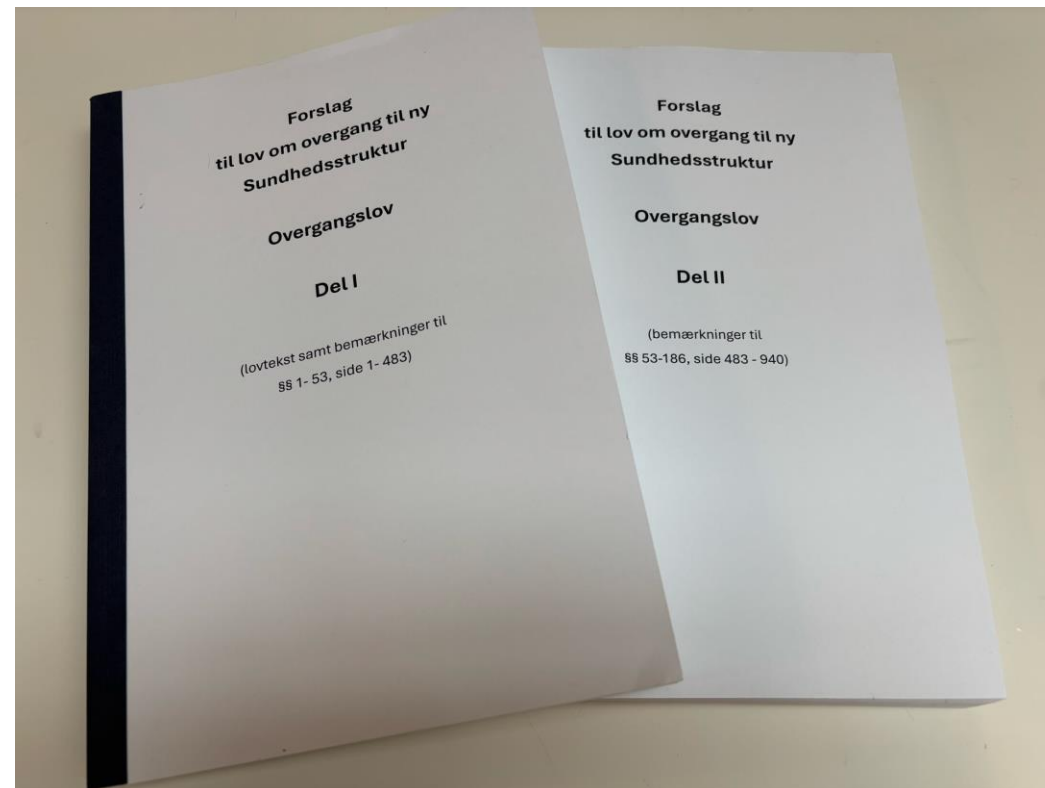
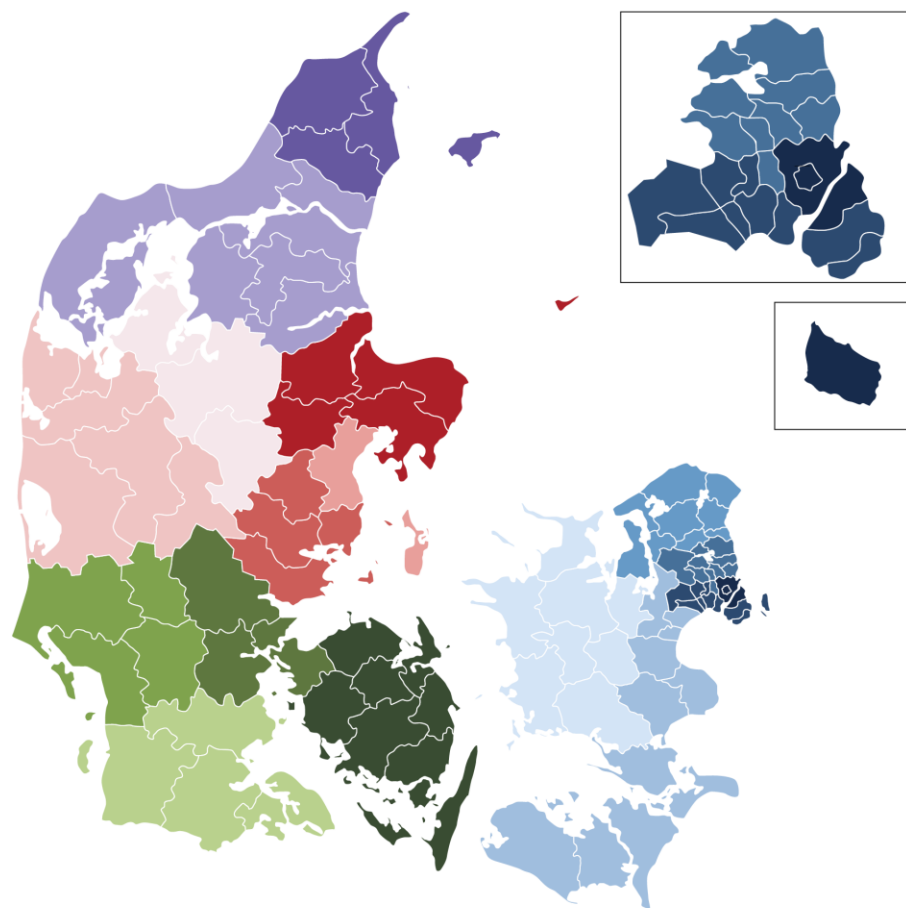
Behandling tættere på

bl.a. sundheds- og omsorgspladser,
hjemmebehandlingsteams, som
muliggøres af opgaveflytninger fra
kommuner

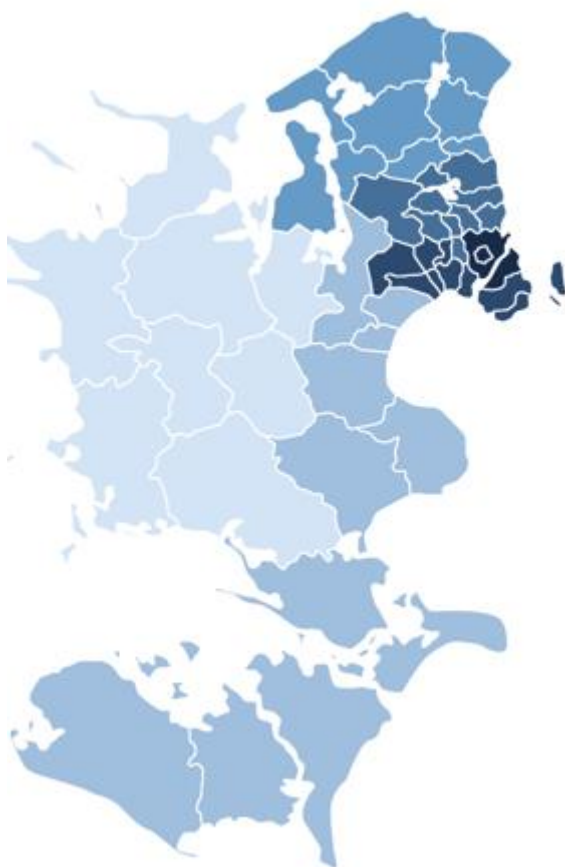


Kronikerpakker og nye patientrettigheder

Ny forvaltningsmodel



Sundhedsråd



Region Østdanmark

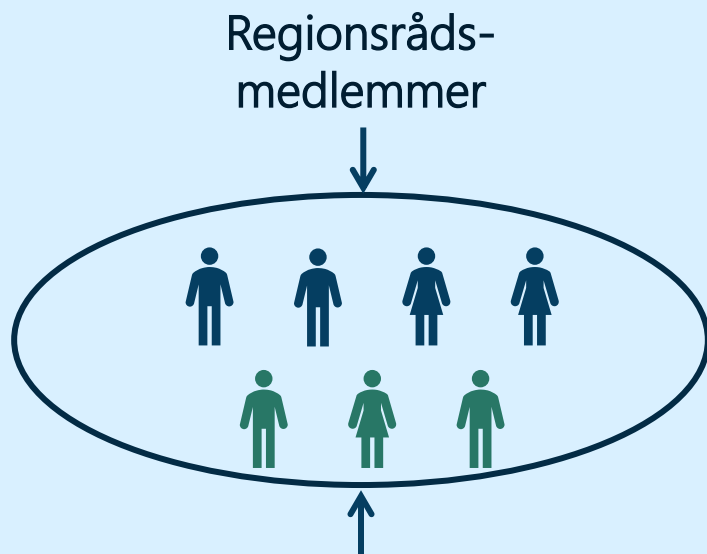
- Hovedstaden
- Hovedstaden Syd og Vest
- Hovedstaden Nord
- Nordsjælland
- Sjælland og øerne
- Midt- og Vestsjælland

	Antal regionale repræsentanter	Antal kommunale repræsentanter	Antal medlemmer i alt
Østdanmark			
Hovedstaden	7	6	13
Hovedstaden Syd og Vest	10	9	19
Hovedstaden Nord	10	9	19
Nordsjælland	9	8	17
Midt- og Vestsjælland	11	10	21
Østsjælland og Øerne	11	10	21



Sundhedsrådenes sammensætning og opgaver

Sammensætning



Kommunale udvalgsformænd/ borgmestere

Kommuner med:

- < 80.000 borgere = 1 medlem
- > 80.000 borgere = 2 medlemmer
- > 300.000 borgere = 3 medlemmer

Opgaver



Budgetansvar for samlede økonomi i geografiske områder, inkl. sygehuse – herunder udmønte de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen



Udarbejde en nærsundhedsplan



Vende sygehusene udad



Lokal planlægning af almen medicinske tilbud og praksissektor

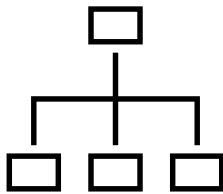


Nye regionale opgaver: bl.a. akutsygepleje, sundheds- og omsorgspladser, hjemmebehandling, patientrettet forebyggelse mv.



Aftaler med kommuner om bl.a. rekruttering og sammenhængende forløb

Overgangsbestemmelser i 2026

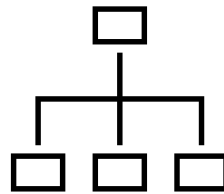


Ny organisation

Forberedende
regionsråd

Forberedende
Forretningsudvalg

Seks forberedende
sundhedsråd

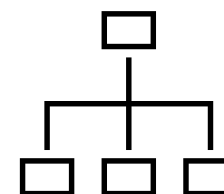


Region Sjælland

Afgivende regionsråd

Forretningsudvalg

Udvalg



Region Hovedstaden

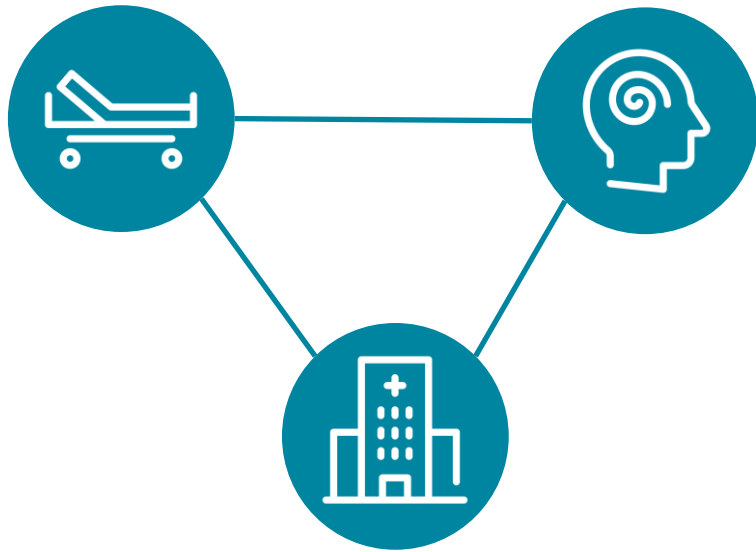
Afgivende regionsråd

Forretningsudvalg

Udvalg



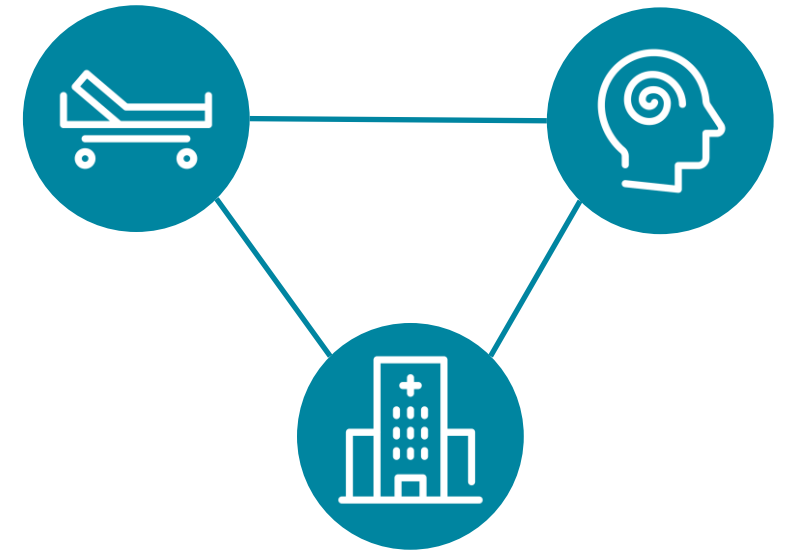
Integration og ligestilling af psykiatri og somatik



Psykiatri og somatik

Igangværende proces

- 25. marts: Forretningsudvalget drøfter principper og modeller, som skal endeligt godkendes af Regionsrådet
- Marts?: Forventet aftale mellem regering og Danske Regioner
- 1. april: Regionsrådet beslutter scenarium til kvalificering ved inddragelse
- April – maj: Inddragelse af relevante interessenter
- August: Endelig godkendelse af model i Regionsrådet



Reform af almen praksis

Mere central styring

- Fordeling af lægekapaciteter
- Revideret opgavebeskrivelse
- Ny honorarstruktur og fleksible ansættelsesforhold
- Øget uddannelse af speciallæger i almen medicin

Nye muligheder og opgaver

- Lede udvikling og samarbejde
- Nye karriereveje og rekruttering af læger
- Benytte forskellige klinikformer
- Forhåndsgodkendelse af købere af ydrenumre
- Opfølgning på ydere/leverandører



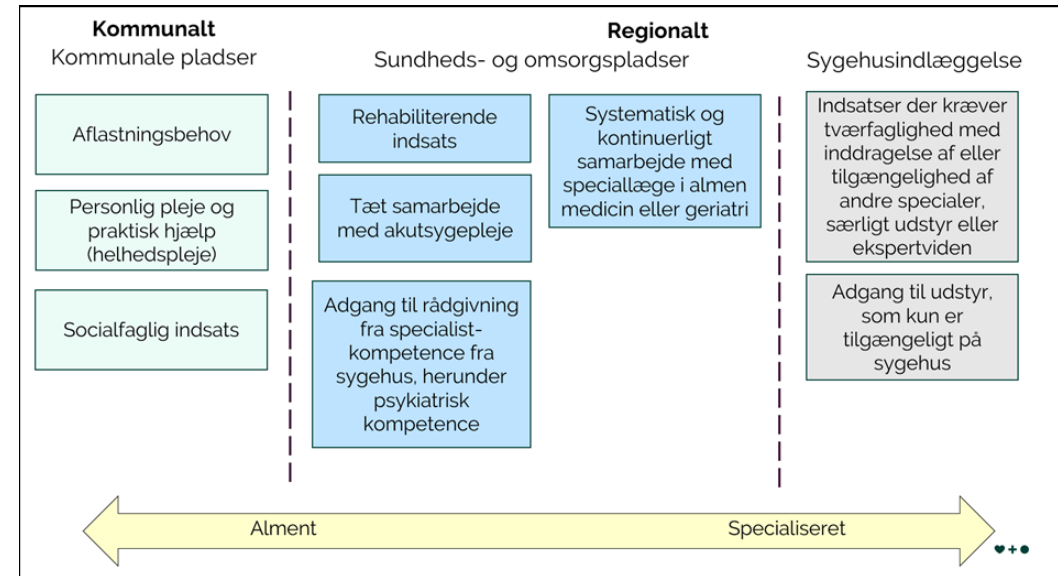
Reform af almen praksis

Igangværende tiltag

- Politisk aftale ml. regeringen og Danske Regioner fra december 2024:
 - Frem til 1. juli 2025 kan der tilføjes nye lægekapaciteter (0-kapaciteter) i områder dårligst lægedækning (11 kommuner i Region Sjælland)
 - Ansættelsesstop for speciallæger i almen medicin på sygehuse - Sjællands Universitetshospital-Nykøbing F. er undtaget
- Lovpakke 1 i høring (fordelingsmodel, tillæg, klinikformer)
- Etablering af to licensklinikker i Region Sjælland (Vordingborg og Næstved kommuner)

Opgaveflytning

- Sundhedsstyrelsens faglige oplæg om opgaveflyt:
 - Sundheds- og omsorgspladser
 - Genoptræning
 - Specialiseret akutsygepleje
 - Patientrettet forebyggelse



Opgaveflytning

Seks pejlemærker

1. Vi ønsker en hurtig afklaring med staten om opgaver og økonomi
2. Vi vil have lokal dialog om overdragelsen af opgaver
3. Vi vil skabe klare rammer, når kommuner skal være leverandør for et sundhedsråd
4. Vi ønsker tryghed for medarbejderne
5. Vi vil bevare de gode tilbud i overgangsfasen
6. Vi vil sikre en god dialog om opgaverne nu og i fremtidige sundhedsråd



Seks pejlemærker mellem KL og Danske Regioner for arbejdet med implementering af sundhedsreformen

1. Vi ønsker en hurtig afklaring med staten om opgaver og økonomi

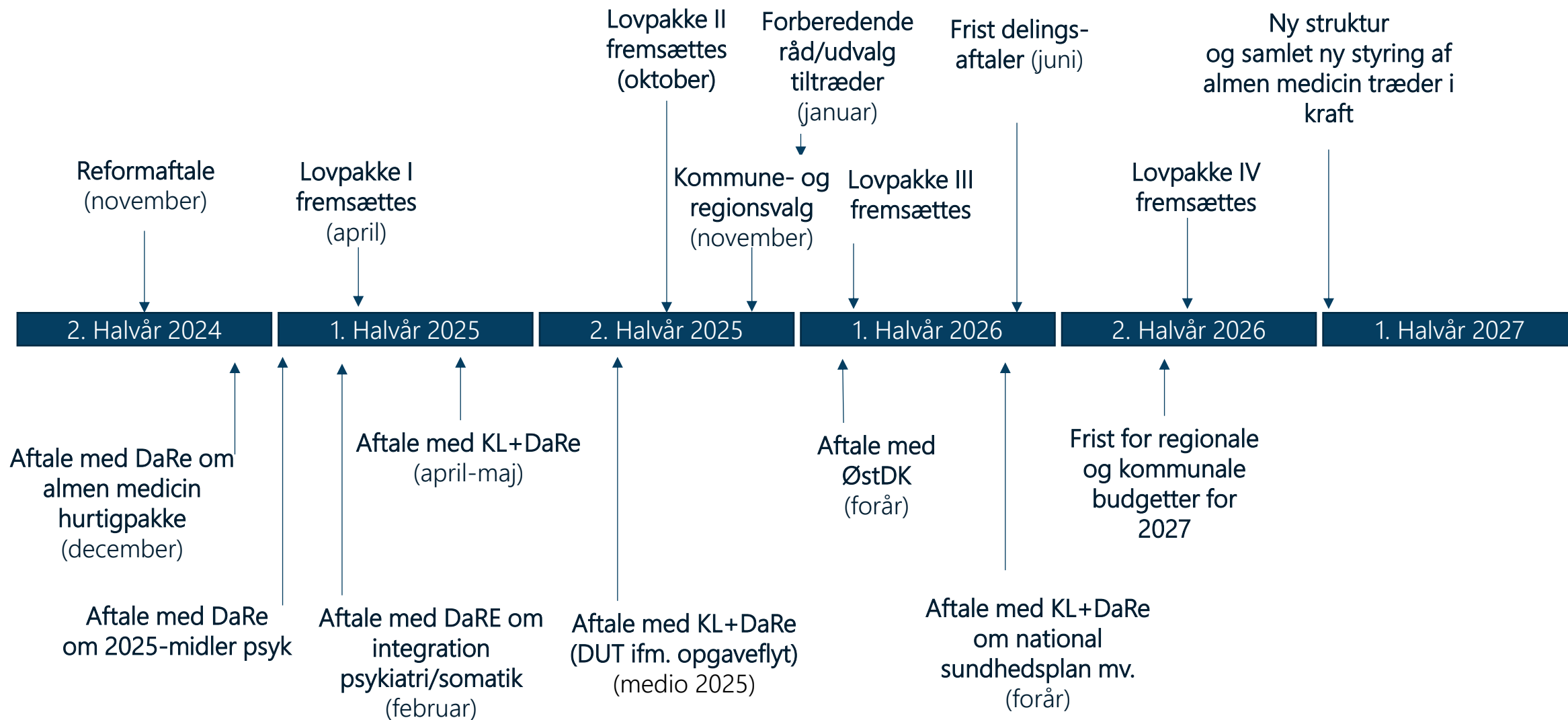
KL og Danske Regioner er enige om, at den nationale afklaring af det kommende opgavesnit og af den tilhørende økonomi bør ske så hurtigt som muligt i foråret 2025 for at skabe klare rammer for de efterfølgende lokale forhandlinger og aftaler om opgavevaretagelse, herunder driftsaftaler og delingsaftaler.

Der er ligeledes enighed om, at der er brug for mere klarhed om processerne vedr. opgaveflytning og grundlaget for de kommende delingsaftaler. Der er brug for en ensartet tilgang til processerne, og rammerne herfor skal beskrives centralt (ift. økonomi, opgavesnit, delingsaftaler, rammer for driftsaftaler mv).

Eventuelle udligningskonsekvenser i kommuner eller regioner som følge af opgaveflytningen drøftes med de centrale sundhedsmyndigheder, og skal ikke indgå i den lokale dialog om opgaveflytningen.



Tidslinje for aftaler og lovpakker 2025-27



2.4

Orienteringssag: Status for rammeaftale 2025-2026 – implementering af fokusområder

Organisation 2025 og frem

Programstyregruppen: Øverste adm. ledelsesstrategiske niveau i Rammeaftalens organisation. To kommunaldirektører og formanden for Rammeaftalen med direkte reference til K17 og KKR

Styregruppen varetager den generelle drift ift. Rammeaftalen (jf. rammeaftalebekendtgørelsen) og herunder ift. national koordination i Socialstyrelsen samt repræsentation i tværregionale og tværkommunale mødefora. . Herudover implementering af Rammeaftalens fokusområder 2: "Styrket sektorsamarbejde om borgerne på socialpsykiatri- og handicapområdet" og 3: "Øget trivsel blandt børn og unge – styrket indsats og forebyggelse"

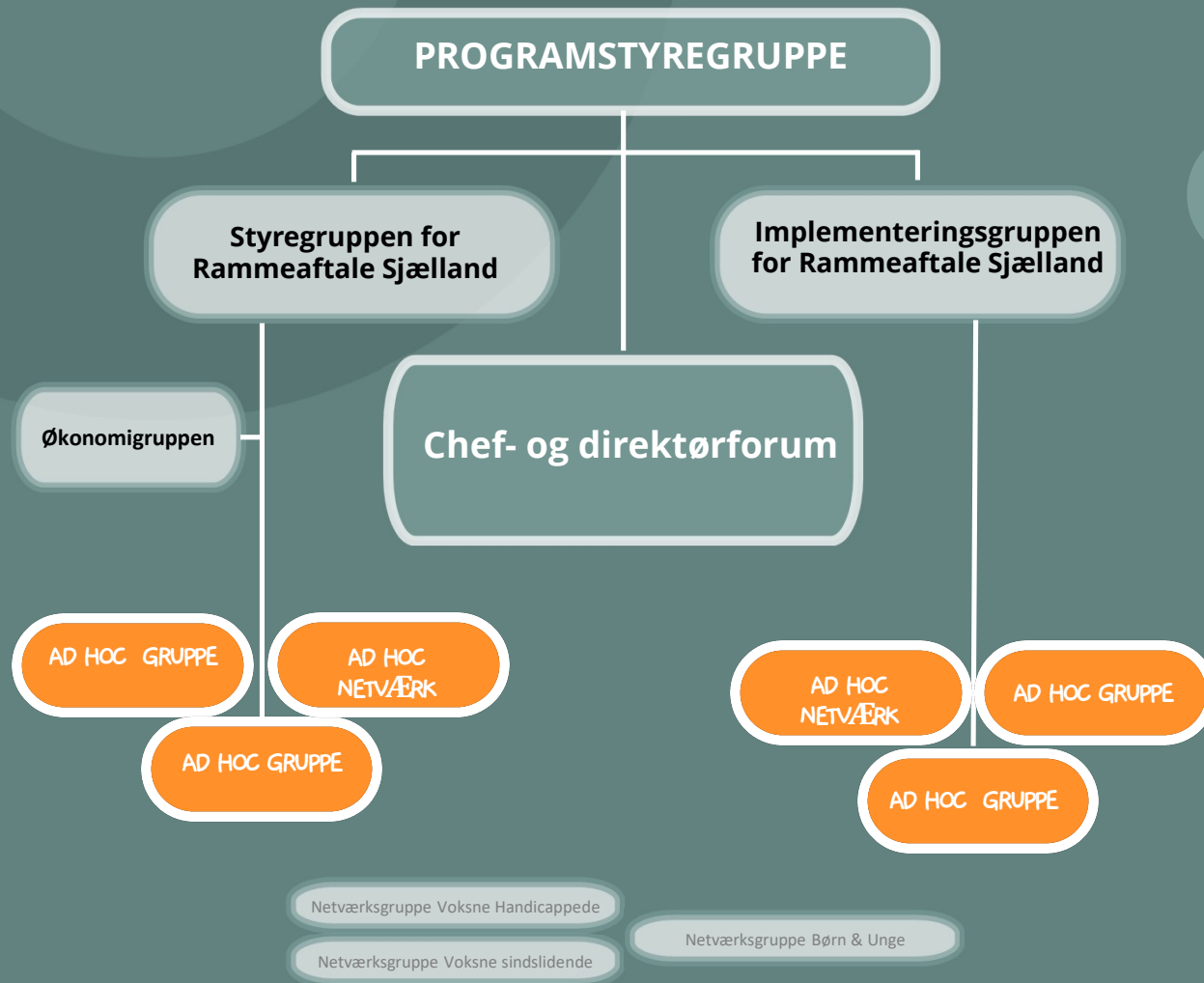
Implementeringsgruppen varetager implementering af udviklingsprogrammet under Rammeaftalens fokusområde 1: Implementering af 3 fælleskommunale principper.

Økonominetværket med fast reference til Styregruppen

Direktør- og Chefforum som Gatekeeper ifm. godkendelse, iværksættelse og nedlukning af Rammeaftalens udviklings- og implementeringsinitiativer

Ad hoc grupper eller Ad hoc netværk til gennemførelse af konkrete initiativer eller kulturforandringer m.m. Iværksættelse af grupperne og netværk forudsætter godkendelse i enten Udviklingsgruppen eller Styregruppen.

4 faglige netværksgrupper som selvkørende ERFA grupper. Styregruppen og Udviklingsgruppen har mulighed for at trække på dem ved behov. Netværksgrupperne beslutter selv, hvordan de organiserer sig.



2.5

Beslutningssag: Afrapportering - Social- og boligstyrelsens centrale udmelding - udsatte gravide med rusmiddelforbrug



GRAVIDE MED SKADELIGT RUSMIDDELBRUG Forny et behandling

De administrative styregrupper på det specialiserede socialområdes besvarelse af:

Social- og Boligstyrelsens anmodning om forny et behandling af den centrale udmelding vedrørende Døgnbehandlingsindsats til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug

Af rapportering 31. maj 2025

Forord

De fem kommunale formænd for De Administrative Styregrupper fremsender hermed en rapport til Social- og Boligstyrelsen vedrørende den fornyede behandling af den centrale udmelding om gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug og behov for højt specialiseret døgnindsatser.

Der skal lyde en tak til de regionale Familieambulatorier for at stille op og dele viden og erfaringer om målgruppen i forbindelse med udarbejdelse af rapporten.

Styregruppeformændene har besluttet at udfærdige én samlet besvarelse på den centrale udmelding, som er gældende for de fem KKR-områder.

Styregruppeformændene ser frem til den videre dialog med Social- og Boligstyrelsen.

Rigtig god læselyst.

På vegne af de 98 kommuner,

Med venlig hilsen

Lotte Henriksen, socialchef, Aarhus Kommune

Henrik Aarup-Kristensen, direktør, Brønderslev Kommune

Morten Bøgelund Andersen, direktør, Greve Kommune

Søren Trier Høisgaard, direktør, Egedal Kommune

Mette Heidemann, direktør, Fredericia Kommune

Indhold

Resumé.....	3
1. Indledning.....	4
1.1 Baggrund	4
1.2 Social- og Boligstyrelsens begrundelse for den fornyede centrale udmelding.....	5
1.3 Organisering omkring afrapporteringen	5
2. Perspektiver på Social- og Boligstyrelsens vurdering af målgruppen	7
3. Indsatsen for målgruppen	10
3.1 Regionernes arbejde med målgruppen	10
3.2 Kommunernes arbejde med målgruppen	11
3.3 Samarbejdsaftaler	11
4. Afrapportering.....	14
4.1 Konkret løsningsforslag	14
4.1.1 Tidsperspektiv – formaliserede samarbejder	16
4.1.2 Forslag til finansiering.....	16
4.1.3 Tidsperspektiv - etablering	16
4.2 Sundhedsreformen	16
5. Konklusion	18
6. Perspektivering.....	19
7. Bilagsoversigt.....	20

Resumé

Denne afrapportering indeholder de fem administrative styregruppers behandling af Social- og Boligstyrelsens centrale udmelding vedr. udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for højt specialiseret døgnindsatser.

Kommunernes besvarelse af denne centrale udmelding tager udgangspunkt i Social- og Boligstyrelsens vurdering af behovet for døgnbehandlingstilbud til målgruppen, målgruppens kompleksitet, målgruppens størrelse, samt at ekspertisen til håndtering af målgruppen er i Familieambulatorierne.

Sundhedsreformen medfører en omstrukturering af sundhedsopgaverne, hvor regionerne overtager en række opgaver fra kommunerne. På nuværende tidspunkt er det uklart, hvor ansvaret for en højt specialiseret døgnbehandlingsindsats til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og herunder særligt komplekse problemer placeres. Kommunerne vurderer, at en sådan indsats primært er en sundhedsopgave, som ikke naturligt hører under kommunernes ansvarsområde og som derfor bør placeres i regionalt regi og i tilknytning til de regionale familieambulatorier som i forvejen varetager den specialiserede indsats ift. målgruppen.

På den baggrund er det kommunernes vurdering, at de foreslåede døgnbehandlingspladser bør etableres i forbindelse med de regionale Familieambulatorier, og med fuld statslig finansiering.

Kommunernes opgaver på området er at etablere helhedsorienterede indsatser målrettet både kvinder med misbrug, børnene og familierne. Kommunerne løser opgaverne i samarbejde med Familieambulatorierne. Det arbejde vil naturligvis også indbefatte samarbejde med et døgnbehandlingstilbud. Både på det praktiske samarbejdende plan og forhold til opdatering af de allerede eksisterende samarbejdsaftaler.

Hvem er målgruppen, og kommunernes arbejde hermed: Målgruppen er udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug, som har behov for døgnbehandlingsindsatser. Kommunerne har rapporteret at de gravide, når de er identificeret, altid tilbydes en helhedsorienteret, tværfaglig og individuel indsats, ofte forankret i matrikelløse indsatser i nærmiljøet. Familieambulatorierne spiller en central rolle i at møde og behandle denne målgruppe.

Datagrundlag: Social- og Boligstyrelsen har vurderet, at målgruppen udgør 83 kvinder på landsplan. Data viser, at ud af disse kvinder har 36% modtaget misbrugsbehandling før familieanbringelsen, og 19% har modtaget misbrugsbehandling samtidig med døgnopholdet. Der er således tale om en begrænset målgruppe på henholdsvis 30 og 16 gravide.

Kommunernes dialog med Familieambulatorierne: Der er behov for et fortsat stærkt samarbejde mellem kommunerne og Familieambulatorierne. Familieambulatorierne har specialiseret viden og tilbud til gravide med rusmiddelproblematik og samarbejder tæt med føde- og børneafdelingerne samt psykiatrien. Kommunerne og familieambulatorierne arbejder allerede godt sammen om at sikre en helhedsorienteret indsats for målgruppen.

1. Indledning

1.1 Baggrund

Social- og Boligstyrelsen har med lov om social service § 13 b, stk. 2 og 3 kompetence til at udmelde målgrupper og særlige indsatser til kommunalbestyrelserne, hvis Social- og Boligstyrelsen vurderer, at der er behov herfor. Social- og Boligstyrelsen kan således gennem centrale udmeldinger foretage udmeldinger af målgrupper og særlige indsatser, hvor der er behov for øget koordination eller planlægning på tværs af kommuner eller regioner for at sikre det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud.

Social- og Boligstyrelsen udsendte den 26. november 2019 en central udmelding til landets kommunalbestyrelser med målgruppen udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandlingsindsatser. Kommunerne afgav en besvarelse herpå i 2020, hvoraf det fremgik, at grundet Social- og Boligstyrelsens definition af, at målgruppen skulle have behov for døgnbehandlingsindsatser, så var der kendskab til et meget begrænset antal kvinder i målgruppen i kommunerne.

Social- og Boligstyrelsen udsendte den 27. september 2022 en anmodning til alle landets kommuner om en opdateret beskrivelse af aktuelle indsatser og forslag til fremadrettede indsatsmodeller til målgruppen. Baggrunden herfor var, at Social- og Boligstyrelsen fortsat var af den opfattelse, at målgruppen af udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelforbrug havde en størrelse, der gjorde det relevant at videreføre sagsbehandlingen af den centrale udmelding. Kommunerne svarede i denne forbindelse, at de gravide, når disse er identificeret, altid tilbydes en helhedsorienteret, tværfaglig og individuel indsats, som i høj grad er forankret i matrikelløse indsatser i nærmiljøet, da dette giver det bedste grundlag for at arbejde videre med kvinden – også efter graviditeten. I denne proces inddrages øvrige tværsektorielle samarbejdspartnere altid.

Social- og Boligstyrelsen har den 14. maj 2024 udsendt en anmodning om fornyet behandling af deres tilrettelæggelse og organisering af døgnbehandlingsindsatsen til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug.

Den fornyede behandling har deadline den 31. maj 2025.

1.2 Social- og Boligstyrelsens begrundelse for den fornyede centrale udmelding

I den fornyede behandling på den centrale udmelding vedr. døgnbehandlingsindsats til udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug vurderer Social- og Boligstyrelsen, at der aktuelt ikke eksisterer de fornødne helhedsorienterede døgnbehandlingstilbud. Social- og Boligstyrelsen angiver, at på baggrund af de besvarelser, som de modtog i både 2020 og 2023 fra kommunerne, er det fortsat deres vurdering, at der ikke eksisterer de nødvendige helhedsorienterede døgnbehandlingstilbud/-afdelinger, der kan imødekomme en højt specialiseret døgnbehandlingsindsats til den del af målgruppen, der har særligt komplekse problemer og fordrer en døgnindsats. Social- og Boligstyrelsen vurderer, at tilvejebringelse af de nødvendige tilbud kan medvirke til at forstærke forebyggelsen af antallet af børn, der diagnosticeres med prænatal eksposition for rusmidler.

Social- og Boligstyrelsen anmoder derfor om, at kommunerne i den fornyede behandling forholder sig til etablering af døgnbehandlingstilbud, der har mulighed for at modtage udsatte gravide med et skadeligt rusmiddelbrug og behov for døgnbehandling. Social- og Boligstyrelsen anmoder desuden om, at der sikres et formaliseret og struktureret samarbejde mellem kommunernes tilbud og det regionale Familieambulatorie i hver region, eksempelvis gennem en skriftlig samarbejdsaftale.

Social- og Boligstyrelsen anmoder om, at kommunerne i den fornyede behandling forholder sig til følgende:

1. Konkret løsningsforslag til model for etablering af døgnbehandlingstilbud/-afdeling herunder hjemmelsgrundlag, evt. tilknytning til eksisterende tilbud, indholdet i den faglige indsats, kompetencesammensætning og geografisk placering
2. Tidsperspektiv for indgåelse af et formaliseret og struktureret samarbejde mellem kommunernes tilbud og det regionale Familieambulatorie (samarbejdsaftale)
3. Forslag til finansieringsmodel for etablering af døgnbehandlingstilbud/-afdeling
4. Tidsperspektiv for etablering af døgnbehandlingstilbud

1.3 Organisering omkring afrapporteringen

De fem KKR-områder har valgt at udarbejde en fælles besvarelse af den fornyede behandling af den centrale udmelding. Dette med henblik på at få inddraget så mange perspektiver som muligt på tværs af landet, og samtidig levere en koordineret og samlet afrapportering.

Styregruppen, bestående af repræsentanter fra rammeaftaleområderne i de fem KKR-områder, har haft det overordnede ansvar for at besvare den centrale udmelding. Den praktiske opgave har været løst af en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra de fælleskommunale sekretariater i Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden.

Socialchef i Aarhus Kommune, Lotte Henriksen, har fungeret som forperson for arbejdsgruppen og ageret bindeled til styregruppen.

Arbejdet med besvarelsen er blevet gennemført fra juni 2024 til marts 2025, hvorefter rapporten har været til politisk behandling i landets KKR-områder og eventuelt i de enkelte kommunalbestyrelser, inden endelig aflevering til Social- og Boligstyrelsen i maj 2025.

UDKAST 28.2.25

2. Perspektiver på Social- og Boligstyrelsens vurdering af målgruppen

Kommunernes opgørelsen af målgruppens omfang 2017-2019

Social- og Boligstyrelsen udsendte i november 2019 en landsdækkende central udmelding om udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug. Den centrale udmelding omfattede udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug med behov for døgnbehandlingsindsats. Det vil sige, at kvinderne i målgruppen havde et forbrug af stoffer og/eller alkohol, som medfører høj risiko for rusmiddelrelaterede problemer og skader hos kvinden og/eller fosteret. Nedenfor fremgår en oversigt over antal udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug, som kommunerne har visiteret til behandlingsindsatser i perioden 2017-2019.

Tabel 1. Antal udsatte gravide i målgruppen i perioden 2017-2019 – På landsplan

	2017	2018	2019
Antal udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug, som kommunerne har visiteret til en behandlingsindsats, dvs. både døgnindsatser og ambulante indsatser, fx misbrugs- eller familiebehandlingsindsatser	37	45	58
Antal udsatte gravide kvinder med skadeligt rusmiddelbrug, som kommunerne har visiteret til en døgnbehandlingsindsats	6	6	8

Kilde: Kommunernes afrapporteringer 2020 ift. Social- og Boligstyrelsens centrale udmelding om udsatte gravide med skadeligt rusmiddelbrug 2019. Se uddybende og links i bilagsafsnit sidst i rapporten

Kommunernes perspektiver på målgruppen

Styregruppeformændene i de fem KKR-områder sendte i maj 2020 en henvendelse til Social- og Boligstyrelsen vedrørende den centrale udmelding med fokus på udfordringer ift. målgruppestørrelse, faglig og økonomisk bæredygtighed, frivillighed i behandlingen, opsporing, motivation og mørketal. Henvendelsen fremhævede:

- En meget begrænset målgruppe (årligt 6-8 i perioden 2017-2019) giver udfordringer ift. faglig og økonomisk bæredygtighed af et kommunalt døgntilbud.
- Frivillighed i behandlingen betyder, at anvendelsen af døgntilbud afhænger af kvindernes motivation til at acceptere døgnbehandling, og ambulante behandling er også nødvendigt ift. at sikre behandling.

Målgruppen kan være svær at opspore og særligt i de tilfælde, hvor kommunen ikke modtager en bekymringsskrivelse/underretning fra relevante samarbejdspartnere.

Social- og Boligstyrelsens vurdering af målgruppens omfang

Social- og Boligstyrelsen vurderer jf. den fornyede behandling af den centrale udmelding, at størrelsen af målgruppen udgør 83 kvinder på landsplan.

Der har efterfølgende været dialog mellem kommunerne og Social- og Boligstyrelsen ift. om Social- og Boligstyrelsen kan være behjælpelige med at udlevere cpr. nr. på de 83 kvinder, der indgår som en del af Social- og Boligstyrelsens vurdering af størrelsen på målgruppen; udsatte gravide kvinder med et skadeligt rusmiddelbrug med behov for døgnbehandling. Social- og Boligstyrelsen har svaret tilbage, at det ikke er muligt for dem at videregive de efterspurgte data.

Social- og Boligstyrelsen har efterfølgende – på baggrund af dialog med de fælleskommunale sekretariater – fremsendt data vedr. de 83 kvinder, som har modtaget en indsats efter SEL § 52.3.4 (familieanbringelse), herunder også hvilke eventuelle øvrige indsatser kvinderne har modtaget op til/før, at de modtager en familieanbringelse (for eksempel misbrugsbehandling).

Tabel 2: Sociale serviceydelser iværksat før døgnopholdet blandt målgruppen^[1]

	Antal	Pct.
Har været i misbrugsbehandling før døgnopholdet	30	36%
Har modtaget øvrige ydelser til socialt udsatte efter Lov om social service (fx § 85)	24	29%
Familien har modtaget andre forebyggende foranstaltninger før døgnopholdet	60	72%
Heraf modtagere af familiebehandling (BL § 32 nr. 5)	36	43%

Anm.: Målgruppen omfatter gravide kvinder med et rusmiddelbrug under graviditeten, og som i perioden fra graviditetens start til og med barnet er fyldt 1 år har modtaget døgnbehandling efter §52 stk.3 nr.4 efter Lov om social service. Der indgår kun kvinder, som er i befolkningen pr. 31/12/2020. Misbrugsbehandling vedrører både stofmisbrug og alkoholmisbrugsbehandling. For misbrugsbehandlinger og øvrige ydelser til socialt udsatte efter Lov om social service ses der på ydelser og forløb i perioden 2018 til og med starten af døgnopholdet. For forebyggende foranstaltninger ses der både på, om barnet eller øvrige barn, i løbet af livet, har modtaget øvrige forebyggende foranstaltninger, før iværksættelsen af døgnopholdet.
Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

^[1] Kilde: Socialstyrelsens svarbrev 4/9-2024 ift. Rammeaftalesekretariaternes dataforespørgsel

Ifølge Social- og Boligstyrelsen er det derudover muligt at trække data på, hvilke andre ydelser kvinderne har modtaget samtidig med, at de har modtaget indsats efter BL § 32, nr. 6 (familieanbringelse).

Tabel 3: Sociale serviceydelser modtaget samtidig med døgnbehandling for målgruppen^[1]

	Antal	Pct.
Har været i misbrugsbehandling under døgnopholdet	16	19%
Har modtaget øvrige ydelser til socialt udsatte efter Lov om social service (fx SEL § 85):	13	16%

Familien har modtaget andre forebyggende foranstaltninger før døgnopholdet	70	84%
Heraf modtagere af familiebehandling (BL § 32 nr. 5)	39	47%

Bemærk, at nogle kvinder vil være gengangere ift. opgørelsen over indsatser givet før døgnopholdet. Hvis fx. misbrugsbehandlingen er iværksat før døgnopholdet, men forsætter efter døgnopholdet er startet, vil kvinden altså tælle både som modtager af misbrugsbehandling før og under døgnopholdet.

Anm.: Målgruppen omfatter gravide kvinder med et rusmiddelbrug under graviditeten, og som i perioden fra graviditetens start til og med barnet er fyldt 1 år har modtaget døgnbehandling efter §52 stk.3 nr.4 efter Lov om social service. Der indgår kun kvinder, som er i befolkningen pr. 31/12/2020. Misbrugsbehandling vedrører både stofmisbrug- og alkoholmisbrugsbehandling. Indsatserne kan enten være iværksat før eller under døgnopholdet. Kilde: Socialstyrelsens egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata.

[\[1\]](#) Kilde: Socialstyrelsens svarbrev 6/11-2024 ift. Rammeaftalesekretariaternes opfølgende dataforespørgsel

Af ovenstående fremgår, at ud af de 83 kvinder i målgruppen, der har været i døgnbehandling efter SEL § 52.3.4 (familieanbringelse), har 30 af kvinderne (36%) ligeledes modtaget misbrugsbehandling op til familieanbringelsen, og 16 kvinder (19%) har modtaget misbrugsbehandling samtidig med døgnopholdet.

I et kommunalt perspektiv tyder ovenstående på, at den reelle målgruppe for gravide kvinder med behov for familie- og misbrugsbehandling i døgnregi, er betydeligt mindre end antaget i Social- og Boligstyrelsen (dvs. de 83 kvinder) med hhv. 30 og 16 kvinder, der har modtaget misbrugsbehandling hhv. før og samtidig med døgnopholdet (der er derudover gengangere dvs. kvinder, som optræder i begge opgørelser).

3. Indsatsen for målgruppen

Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug er en meget sårbar målgruppe, der har brug for specialiseret hjælp, samt et kvalificeret tværfagligt og tværgående samarbejde. Gravide kvinder med behov for døgnbehandling er i kommunalt regi en begrænset målgruppe, som kommunerne sjældent møder, men som i højere grad mødes i regi af de regionale Familieambulatorier i forbindelse med svangreomsorg. Familieambulatorierne har den specialiserede viden og tilbud til målgruppen og herunder specifikt til gravide med rusmiddelproblematik og samarbejder tæt med føde- og børneafdelingerne samt psykiatrien.

3.1 Regionernes arbejde med målgruppen

Regionerne har oprettet Familieambulatorier ved de store hospitalers gynækologisk-obstetriske afdelinger. Disse ambulatorier er ofte de første, der møder gravide kvinder med misbrugsproblemer. Deres arbejde fokuserer på graviditeten, den tidlige barselsperiode og eventuel opfølgning på behandling af både mor og barn.

Familieambulatorierne tilbyder også støtte til børn fra fødslen til skolealderen, som har været udsat for afhængighedsskabende stoffer, alkohol og/eller andre rusmidler under graviditeten.

Et tæt og vedvarende samarbejde mellem Familieambulatorierne og kommunerne er afgørende¹

Af Sundhedsstyrelsen hjemmeside fremgår:

Familieambulatorierne er specialiserede regionale enheder målrettet gravide, der har behov for ekstra støtte af sociale eller psykiske årsager.

Familieambulatoriet er et tilbud til gravide, der har eller har haft et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler. Indsatsen kan også omfatte gravide, hvis partner har problemer med alkohol og/eller andre rusmidler.

Familieambulatorierne kan også være tværfaglige tilbud til gravide, der har behov for ekstra støtte af sociale eller psykiske årsager, f.eks. pga. depression, angst eller tidligere fødselsdepression.

Der findes Familieambulatorier i alle fem regioner i Danmark.

Praktiserende læger, jordemødre, sundhedsplejersker og andre professionelle inden for sundheds- og socialområdet kan henvise gravide, deres partnere og børn det regionale Familieambulatorium.²

¹ VEJ nr 49 af 30/06/2009

² [Familieambulatorier målrettet gravide - Sundhedsstyrelsen](#)

3.2 Kommunernes arbejde med målgruppen

Kommunerne har fokus på at hjælpe familier med gravide kvinder med misbrug. Det er en målgruppe, der er svær at opspore samtidig med, at kvinderne ofte har flere individuelle samtidige udfordringer. Derfor sker kommunernes arbejde med målgruppen med udgangspunkt i den gravide kvinde og dennes familie og med et stærkt fokus på det tværgående samarbejde til alle relevante omkring kvinden/familien.

Organiseringen af kommunernes indsatser kan variere fra kommune til kommune, men de overordnede mål er at beskytte både mor og barns sundhed og trivsel. Kommunernes arbejde med målgruppen fremgår af afrapporteringerne på den oprindelige centrale udmelding fra Social- og Boligstyrelsen tilbage fra 2019.

Kommunerne har stort fokus på opsporing og forebyggelse, og det er samtidig et vilkår, at det sjældent er kommunerne, der først møder kvinderne i målgruppen. Derfor lægger kommunerne meget vægt på det tværsektorielle samarbejde og samarbejdet med regionernes Familieambulatorier.

Kommunerne peger derfor på, at oprettelse af eventuelle døgnpladser bedst lægges i forlængelse af Familieambulatorierne, der har den bedste mulighed for at opbygge ekspertisen i kraft af arbejdet med kvinder, der er tæt på målgruppen samt at de allerede i dag har kontakt til kvinder i målgruppen.

Cases

I bilag 2 findes cases, der tidligere har været fremsendt til Social- og Boligstyrelsen i forbindelse med afrapportering på den centrale udmelding fra 2020.

3.3 Samarbejdsaftaler

Størstedelen af regioner og kommuner har indgået samarbejdsaftaler med beskrivelser af samarbejdet og opgavefordelingen mellem regionerne og kommunerne. Formålet med samarbejdsaftalerne er bl.a. at understøtte bedre sammenhænge mellem delindsatser, som forskellige tilbud og fagpersoner leverer overfor målgruppen. Formålet er desuden, at sikre koordinering og kommunikation, så viden om de gravide og deres børn ikke går tabt mellem aktørerne i indsatserne.

Figur 1: Samarbejdsaftaler mellem kommuner og regioner

Kommuner	Samarbejdsaftale
Nordjyske kommuner	De nordjyske kommuner, Region Nordjylland og PLO Nordjylland har indgået en samarbejdsaftale om udsatte gravide. Aftalen beskriver en model for screening, som skal sikre opsporing af og samarbejde om opfølgende indsatser om udsatte gravide, herunder kvinder med et skadeligt rusmiddelforbrug. Aftalen er indgået i 2017, og hvert andet år vurderes det om aftalen har behov for revideringer. Samarbejdsaftale om udsatte gravide

Midtjyske kommuner	I den midtjyske region er der to samarbejdsaftaler vedrørende målgruppen sårbare gravide med skadeligt rusmiddelbrug. Den ene er samarbejdsaftale om Familieambulatoriet, som udfolder det særlige tværsektorielle samarbejde om familier med misbrugsproblemer med tilknytning til Familieambulatoriet og bidrager til at forløbene bliver målrettede og velkoordinerede. Den anden er samarbejdsaftale om fælles gravidteam, som skal sikre tidligere hjælp og en mere koordineret indsats til sårbare gravide og dermed hjælpe familierne til at give deres børn en god start på livet.
Sydjyske kommuner	Eksisterende samarbejdsaftaler til målgruppen er: 1. Samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravideⁱ og 2. Samarbejdsaftale omkring gravide og børn tilknyttet Familieambulatoriet Plus i Region Syddanmarkⁱⁱ. Samarbejdsaftalen sætter rammen omkring det tværsektorielle samarbejde i Region Syddanmark, som vedrører alle aktører i svangreomsorgen og forebyggende indsatser for børn og unge, som møder de sårbare gravide (praktiserende læge, jordemødre, fødsels- og barselsafsnit, Familieafdeling (myndighed) sundhedspleje og andre relevante aktører). Særligt er der fokus på samarbejdet mellem det sundhedsfaglige og det socialfaglige område, hvor samarbejdsaftalen bygger på et fælles sprog, som tager udgangspunkt i barnets tarv. En sammenskrivning af eksisterende aftaler har resulteret i en revideret samarbejdsaftale der har været i høring medio 2024 og afventer endelig godkendelse.
Sjællandske kommuner	Der er vedtaget en fødeplan for Region Sjælland i 2023 som beskriver samarbejdet mellem de enkelte aktører og dermed også i forhold til udsatte/sårbare gravide mv. Kommunale sundhedsplejersker har været inddraget i udarbejdelse af plan. Se følgende link: Fødeplan for Region Sjælland – sunde og kompetente familier - Region Sjælland - Vi er til for dig. Med fødeplanen genetableres et formaliseret tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste, praktiserende læger, psykiatri og regionens fødertilbud, herunder fødertilbud uden for sygehus med fødeafdeling. Det formaliserede samarbejde forankres i Fødselsfagligt samarbejdsforum og forventes i væsentligt omfang at bidrage til at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i Region Sjælland. Fødselsfagligt samarbejdsforum skal yde faglig rådgivning til Region Sjælland i sager, der berører svangreomsorgen, ligesom det skal bistå med at udpege områder, der kræver en særlig indsats med henblik på at sikre sammenhængende, helhedsorienterede og individualiserede svangreforløb i hele Region Sjælland. Det videre arbejde med at følge op på den konkrete implementering af fødeplanen forankres også i Fødselsfagligt samarbejdsforum. Samarbejdsaftale i region Sjælland er beskrevet i værktøjskassen: Værktøjskassen - Region Sjælland - Vi er til for dig

	Samarbejdsaftale om Gravide, nyfødte og børn bl.a.: 338-kommunikation-og-samarbejde-ved-forloeb-for-gravide-og-nyfoedte2019.pdf
Hovedstads kommuner	I hovedstadsregionen eksisterer der ikke en decideret samarbejdsaftale ift. målgruppen af gravide med rusmiddelbrug, der er indgået på tværs af KKR Hovedstaden, Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden. Dog kan henvises til de kommunikationsaftaler, der er indgået mellem parterne ifm. vedtagelse af sundhedsaftale 2024-2027. Der er ved at blive indgået en formaliseret samarbejdsaftale mellem Familieambulatorierne og rusmiddelcentre i Københavns Kommune, og lignende planlægges med de øvrige samarbejdspartnere i de kommunale rusmiddelcentre. Der er desuden igangsat drøftelser i relevante fora mhp. om der skal udarbejdes en samarbejdsaftale for målgruppen af sårbare gravide.

4. Afrapportering

Kommunernes fokus er i høj grad på den tidlige opsporing, forebyggelse og styrkelse af den tværgående indsats til målgruppen af gravide med skadeligt rusmiddelbrug. Det er kommunernes vurdering, at det samtidig er den type indsats, der giver mest effektiv hjælp til målgruppen samtidig med, at udgangspunktet er fagligt og økonomisk ansvarligt.

For den del af målgruppen, som kan profitere af døgnbehandling, har Familieambulatorierne ekspertise og erfaring, som er relevant med henblik på bedst muligt at understøtte den gravide (og dennes nære familie) med støtte og indsatser, der passer til de enkeltes behov og livssituation. Som angivet ovenfor under datagrundlaget for målgruppen, er der dog formentligt tale om en relativt begrænset målgruppe med behov for en særligt fagligt høj indsats, som er tæt koordineret på tværs af kommunerne, Familieambulatorierne, psykiatrien osv.

Det er ofte Familieambulatorierne der først møder kvinderne i målgruppen og dermed giver det mening, at indsatsen til målgruppen ligger i forlængelser heraf.

Kommunerne vil i denne sammenhæng henvise til et forslag fra Danske Regioner i 2023 (Bilag 3), hvor man har præsenteret et forslag til etablering af højt specialiseret døgnbehandlingstilbud til gravide med rusmiddelforbrug, hvor der er mulighed for hurtig visitation og adgang, da tid er en afgørende faktor i forhold til udviklingen af fosterskader. Danske Regioner foreslår, at tilbuddet bør være regionalt og uden kommunal finansiering. Danske Regioner foreslår desuden, at tilbuddet bør ligge i tilknytning til Familieambulatorierne, der har den specialiserede viden om målgruppen, og som samarbejder tæt med psykiatrien samt føde- og børneafdelingerne.

I forslaget beskriver Danske Regioner, at ovenstående forslag ville kunne understøtte den samlede arbejdsgang, hvis døgnbehandlingstilbuddet bliver tilknyttet Familieambulatorierne. Det ville samtidig medvirke til, at de gravide ikke falder mellem flere stole. Dette bakker kommunerne op om. Samtidigt er det vigtigt for kommunerne at slå fast, at kommunerne selvfølgelig fortsat bidrager til arbejdet med målgruppen gennem de allerede gode samarbejder, der er med Familieambulatorierne, fx gennem samarbejdsaftalerne.

4.1 Konkret løsningsforslag

Det er kommunernes vurdering, at eventuelle døgntilbud til målgruppen af gravide med et rusmiddelforbrug bør lægges i regionalt regi i tilknytning til Familieambulatorierne. En forudsætning for oprettelse af døgnpladser til målgruppen og dennes familie er, at det sker ved statslig finansiering.

I forbindelse med udformning af nærværende fælleskommunale afrapportering på den fornyede behandling af den centrale udmelding har kommunerne været i kontakt med flere Familieambulatorier i regionerne. Kommunerne er her blevet bekræftet i, at Familieambulatorierne har de rette, højt specialiserede, kompetencer til at iværksætte indsatser for målgruppen, samt at de har et kendskab til kvinderne, hvorfor et døgntilbud til målgruppen bør åbnes i regi af Familieambulatorierne.

Kommunerne vurderer at oprettelse og drift bør følges tæt i regionalt regi. Eksempelvis med forskning og registrering af hvilke kvinder der tager mod tilbuddet, hvilken betydning

geografisk placering har, hvor langt er kvinderne/familierne villige til at rejse for at komme på døgntilbud, hvilke udfordringer kvinderne og familierne har samt hvem der får gavn af døgnophold. Samtidig vil det være relevant at afdække forhold i forbindelse med udskrivning og overgang til eget hjem mm., samt at der er et samtidigt fokus på at øge vores viden om opsporing og motivering af kvinder i målgruppen.

Hjemmelgrundlag

Kommunerne anbefaler, at de eventuelle nye døgntilbudspladser etableres ved brug af samme hjemmelsgrundlag, som den nuværende vejledning om etablering af regionale Familieambulatorier³, samt Vejledning om tilbageholdelse af gravide alkoholmisbrugere i behandling efter sundhedslovenⁱⁱⁱ, og Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling.^{iv}

Tilknytning til eksisterende tilbud

Oprettelse af døgnpladser foreslås i tilknytning til eksisterende regionale Familieambulatorier.

Indhold i den faglige indsats

Den faglige indsats skal være som nu samtidig med, at der oprettes mulighed for døgnophold for den gravide kvinde og dennes nære familie (eventuel partner og andre børn). Kommunerne anbefaler, at vurderingen af yderligere faglige indsatser for den sårbare gravide og dennes familie foretages af regionerne, som vil forestå driften af døgntilbuddene.

Kompetencesammensætning

Kompetencesammensætningen på et nyt døgnbehandlingstilbud skal være den samme, som der er i dag på de regionale Familieambulatorier, med samme tværfagligt samarbejde. Det kan ske i samarbejde med regionernes integrerede tilbud til borgere/patienter med dobbeltdiagnose, herunder fordi det samtidig er uafklaret, hvor stort overlappet i målgruppen vil være. Kommunerne anbefaler, at yderligere overvejelser i forhold til kompetencesammensætning i arbejdet med sårbare gravide varetages i regionerne, som vil forestå driften af døgntilbuddene.

Geografisk placering

Bedste placering vurderes at være i tilknytning til eksisterende regionale Familieambulatorier. Kommunerne vurderer ydermere, at regionerne står for at vurdere hvor og i hvilket omfang, der er behov for oprettelse af døgnpladser til gruppen af sårbare gravide.

³ [Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier](#)

Der er Familieambulatorier i alle regioner, hvilket betyder at borgerne har fornuftig adgang til støtte mv.

4.1.1 Tidsperspektiv – formaliserede samarbejder

I størstedelen af regionerne er der deciderede samarbejdsaftaler mellem region og kommuner omkring sårbare gravide herunder gravide med misbrug. Kommunerne anbefaler, at samarbejdsaftalerne opdateres med afsnit om muligheden for døgnophold i det tilfælde, at der oprettes døgnpladser i alle regioner.

4.1.2 Forslag til finansiering

Det er kommunernes vurdering, at et eventuelt døgntilbud bør etableres ved statslig finansiering. Erfaring fra oprettelse af specialiserede tilbud peger på, at det kan tage 1-3 år at køre et tilbud i gang og få belagt pladserne.

Et eventuelt døgntilbud i regi af de regionale Familieambulatorier kan med fordel gøres fleksibelt, så døgnpladser kan åbnes og lukkes efter behov. Det kræver, at man i den regionale planlægningsproces sørger for at tilføre personaleressourcer, som kan hentes og købes fri fra lignende opgaver, og der er udarbejdet en plan for, hvordan der dækkes ind ved behov. Dette er naturligvis afhængig af, om der er nok i målgruppen til, at der kan drives et selvstændigt døgntilbud til målgruppen.

4.1.3 Tidsperspektiv - etablering

Det anbefales, at Social- og Boligstyrelsen går i dialog med Danske Regioner, om hvilken region/hvilket Familieambulatorie, der er villig til at gennemføre en prøvehandling på at oprette døgnpladser i forlængelse af de eksisterende Familieambulatorier. Samt at den dialog også fører til en tidsplan for etableringen.

Ydermere anbefaler kommunerne, at Social- og Boligstyrelsen går i dialog med ministeriet med henblik på at sikre statslig finansiering til oprettelse af de nye regionale døgnpladser til målgruppen af sårbare gravide.

4.2 Sundhedsreformen

Som beskrevet ovenfor i afsnit 1.2 angiver Social- og Boligstyrelsen, at det fortsat er vurderingen, at der ikke eksisterer de nødvendige helhedsorienterede døgnbehandlingstilbud/-afdelinger, der kan imødekomme en højt specialiseret døgnbehandlingsindsats til den del af målgruppen, der har særligt komplekse problemer og fordrer en døgnindsats. Social- og Boligstyrelsen vurderer, at tilvejebringelsen af de nødvendige tilbud kan medvirke til at forstærke forebyggelsen af antallet af børn, der diagnosticeres med prænatal eksposition for rusmidler.

Den vurdering er kommunerne enige i, men kommunerne ser ikke at målgruppen fagligt og behandlingsmæssigt hører til i kommunalt regi og de forholder sig til, at Social- og Boligstyrelsen efterspørger en højt specialiseret døgnindsats, som primært er en sundhedsindsats, både ift. somatik og psykiatri. Det er ikke en opgave, som i forvejen varetages af kommunerne, men af Familieambulatorierne og en døgnindsats ligger i naturlig forlængelse heraf.

Samtidig pågår der et arbejde med at implementere en ny sundhedsstruktur, som overordnet set går ud på at samle sundhedsindsatserne inden for samme organisation. I aftalen om sundhedsstruktur peges der i den forbindelse på regionerne som den organisation, der skal varetage sundhedsopgaverne.

Overordnet set skal kommunerne overdrage sundhedsopgaver til regionerne pr. 1. januar 2027. I aftalen om sundhedsreform er der specificeret en nærmere proces for overdragelse af opgaver. Opgaverne, som skal overdrages, er på nuværende tidspunkt ikke nærmere defineret. Der er dog defineret fire hovedkategorier af opgaver: den akutte specialiserede sygepleje, patientrettet forebyggelse, rehabilitering på specialiseret niveau samt dele af ansvaret for genoptræning og tilbud om midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for en sundhedsfaglig indsats.

Med sundhedsreformen etableres 17 sundhedsråd, som skal varetage den umiddelbare forvaltning af regionernes sundhedsopgaver inden for et afgrænset geografisk område. Det indebærer også det umiddelbare politiske ansvar for strategi og planlægning af driften af sygehuse (herunder Familieambulatorierne) samt de sundhedsopgaver, som flyttes fra kommunerne. Sundhedsrådene får desuden det umiddelbare ansvar for regionens opgaver på socialområdet.

På den baggrund er det kommunernes vurdering, at der på nuværende tidspunkt mangler en overordnet vurdering af den fremtidige ansvarsplacering af en højt specialiseret døgnbehandlingsindsats til den del af målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug, der har særligt komplekse problemer og fordrer en døgnindsats. Det er kommunernes vurdering at denne indsats bør placeres i regionalt regi i sammenhæng med familieambulatorierne

Det er derfor kommunernes anbefaling, at Social- og Boligstyrelsen går i dialog med Sundhedsministeriet for at sikre at den nye sundhedsstruktur placerer den højt specialiserede døgnbehandlingsindsats til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug med behov for døgnbehandling, i regionerne.

5. Konklusion

Målgruppen af gravide med rusmiddelbrug er en sårbar gruppe, der har brug for meget og også meget specialiseret hjælp og ekspertisen til håndtering af målgruppen er i familieambulatorierne.

Familieambulatorierne blev oprettet til målgruppen af gravide kvinder med misbrug og dennes familie. Herunder børn op til skolealderen som i fostertilværelsen har været udsat for afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler.

For denne målgruppe vurderer styregruppen, at regionerne er de rette til at etablere eventuelle døgntilbud. Selvfølgelig med et fortsat tæt samarbejde med kommunerne for at sikre sammenhæng i indsatserne.

På den baggrund er det kommunernes vurdering at de foreslåede døgnpladser bør etableres i forbindelse med Familieambulatorierne med fuld statslig finansiering

Med en region som ansvarlig for etablering af døgnpladser går kommunerne meget gerne i dialog omkring videreudvikling af det tværgående samarbejde mellem Familieambulatorie og kommuner – herunder ved behov supplering af eksisterende samarbejdsaftaler.

Kommunernes opgaver på området er at etablere helhedsorienterede indsatser i samarbejde med Familieambulatorierne. Dette arbejde vil naturligvis indbefatte samarbejde med et døgnbehandlingstilbud. Både på det praktisk samarbejdende plan og ift. opdatering af allerede eksisterende samarbejdsaftaler.

Sundhedsreformen medfører en omstrukturering af sundhedsopgaverne, hvor regionerne overtager en række opgaver fra kommunerne.

På nuværende tidspunkt er det uklart, hvor ansvaret for en højt specialiseret døgnbehandlingssindsats til målgruppen af udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og herunder særligt komplekse problemer skal placeres. Kommunerne vurderer, at en sådan indsats primært er en sundhedsopgave, som ikke naturligt hører under deres ansvarsområde.

Derfor anbefales det, at Social- og Boligstyrelsen går i dialog med Sundhedsministeriet for at sikre at den nye sundhedsstruktur kan rumme en løsning, der sikrer den nødvendige behandlingstilgang.

6. Perspektivering

Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og behov for døgnbehandling er en målgruppe, som har behov for en særlig indsats og ekstra opmærksomhed, både af hensyn til kvinderne i målgruppen, deres familie og de ufødte børn.

De regionale Familieambulatorier spiller en central rolle i at møde og behandle denne målgruppe, som de er i kontakt med i forbindelse med svangreomsorgen for de gravide. Familieambulatorierne har som en del af det regionale sundhedsområde specialiseret viden og tilbud til gravide med rusmiddelproblematik og samarbejder tæt med føde- og børneafdelingerne samt psykiatrien.

Udsatte gravide med skadeligt misbrug og behov for døgnbehandling er en målgruppe som fagligt og organisatorisk varetages bedst i regionalt regi. Det er graviditeten og herunder det sundhedsmæssige hensyn til kvinden og det både ufødte og fødte barn der er den væsentligste opgave og som bedst løses sundhedsfagligt i regionalt regi og herunder både ift. somatik og psykiatri.

Udsatte gravide med skadeligt rusmiddelforbrug og behov for døgnbehandling er derfor i sin karakter en regional og ikke kommunal opgave og bør herunder også finansieres statsligt som den øvrige del af sundhedsområdet.

Ift. den socialfaglige del er der fortsat behov for et stærkt samarbejde mellem kommunerne og Familieambulatorierne som fortsat skal arbejde godt sammen om at sikre en helhedsorienteret indsats for målgruppen, men med de regionale Familieambulatorier som anker og hovedaktør i indsatsen.

Ift. til centrale udmeldinger er det styregruppens anbefaling, at der på både ledelses- og medarbejderniveau tilrettelægges en så tidlig dialog som muligt. Der er et behov for at arbejde konstruktivt på tværs af sektorer med at løse de samfundsmæssige opgaver på socialområdet og herunder også ift. afklaring af hvor opgaverne løses bedst og herunder om de er primært socialfaglige eller sundhedsfaglige som ift. de gravide.

Med disse opmærksomhedspunkter ønsker styregruppen en fortsat konstruktiv dialog med Social- og Boligstyrelsen.

7. Bilagsoversigt

1. Henvisninger til kommunernes afrapporteringer 2020
2. Cases vedr. sårbare gravide
3. Forslag fra Danske Regioner

UDKAST 28.2.25

Bilag 1

Henvisning til kommunernes afrapporteringer 2020

Hovedkonklusionen er, at det må formodes at være yderst vanskeligt at drive et højt specialiseret tilbud, fagligt såvel som økonomisk med den meget lille målgruppe. Det foreslås, at der genereres mere viden om målgruppen. Herunder udarbejdelse af en forløbsbeskrivelse der indeholder beskrivelse af, hvordan man kan tilrettelægge ambulante indsatser til målgruppen.

Sjælland: <https://www.rs17.dk/media/yt3mcscdp/bilag-12-b-afrapportering-ift-socialstyrelsens-centrale-udmeldinger-om-gravide-med-skadeligt-rusmiddelbrug.pdf>

Midtjylland: [Rapport Central Udmelding Udsatte Gravide Kvinder Med Rusmiddelbrug \(pdf\).pdf](#)

Hovedstaden: [Afrapportering-paa-Central-Udmelding Udsatte-gravide-med-skadeligt-rus-middelbrug.pdf](#)

Syddanmark: [Microsoft Word - Afrapportering Udsatte gravide kvinder 020820](#)

Nordjylland: [Centrale udmeldinger 2020](#)

Bilag 2

Cases vedr. sårbare gravide

Case 1 – Janni

Janni har været indskrevet i substitutionsbehandling i sin lokale rusmiddelbehandling i et par år, men har ved siden af den medicinske behandling et sideforbrug af kokain, heroin og hash.

Janni er hjemløs, og bor på et herberg med sin kæreste, som også er i substitutionsbehandling i rusmiddelbehandlingen, og som også har et sideforbrug af rusmidler.

Da man i rusmiddelbehandlingen får kendskab til, at Janni er gravid, er hun i tredje trimester. Det er herberget, hvor Janni bor, der har opdaget Jannis graviditet, og herberget kontakter det regionale familieambulatorie, Jannis egen læge, rusmiddelbehandlingen og kommunens familieafdeling.

Der sættes, fra Rusmiddelbehandlingens side, familieorienterede rusmiddelbehandlere på sagen med det samme, og der etableres hurtigt et netværksmøde mellem de familieorienterede rusmiddelbehandlere, behandleren på rusmiddelsbehandlingstilbuddet, kontaktpersonen fra herberget og Janni.

Behandleren fra rusmiddelsbehandlingstilbuddet taler med Janni om døgnbehandling for at få Janni væk fra rusmiddelmiljøet. Det ønsker Janni ikke, da hun vil være i nærheden af hendes kæreste. Janni indvilger dog i et ophold på et krisecenter i nærheden, hvor hun efter planen skal opholde sig resten af graviditeten. Løsningen er altså et kompromis, hvor Janni kommer væk fra rusmiddelmiljøet, uden dog at komme for langt væk fra kæresten, og som krisecentret går med til, selvom Janni ikke umiddelbart er i målgruppe for et § 109 krisecenter.

Aftalen bliver, at krisecentret står for den daglige omsorg af Janni og udleverer hendes medicin, som er ordineret på rusmiddelsbehandlingstilbuddet. De sørger samtidig for, at Janni leverer overvågede urinprøver tre gange om ugen. Familiespecialisten fra rusmiddelsbehandlingstilbuddet har familieorienterede rusmiddelsamtaler med Janni ca. én gang ugentligt på krisecentret, hvor de bl.a. taler om rusmidler, trang, ønsker for fremtiden og forældreskab. Herberget står for de mere praktiske ting, herunder at følge Janni til familieambulatoriet ca. en gang ugentligt. Der afholdes netværksmøder mellem alle parterne: det regionale familieambulatorie, kommunens familieafdeling, rusmiddelbehandlingen, de familieorienterede rusmiddelbehandlere, krisecentret og herberget mødes ca. 1. gang om måneden. Her deles væsentlige informationer, og indsatserne koordineres.

Kommunens familieafdeling mødes også jævnligt med Janni, og kommunens familieafdeling modtager herudover løbende status fra de familieorienterede rusmiddelbehandlere. Kommunens familieafdeling indstiller, at barnet skal fjernes ved fødslen. Janni og den kommende far indvilger i en frivillig anbringelse.

Janni bliver på krisecentret graviditeten ud og ca. halvanden måned efter fødslen. Herberget stiller en udslningsbolig til rådighed for Janni og hendes kæreste. Kæresten har, undervejs i Jannis graviditet, været i fængsel. I den forbindelse er også han kommet af med sit sideforbrug.

Parret går fortsat i rusmiddelbehandling med ugentlige samtaler på rusmiddelsbehandlingstilbuddet samt parsamtaler med familiespecialisten. Parret er motiverede for at få hjembragt

barnet, og de lægger begge urinprøver med henblik på at dokumentere den gode udvikling, de er i. Herberget har daglig kontakt med parret og følger dem hen til rusmiddelbehandlingen. Der arbejdes herudover på en boligindstilling med henblik på, at parret kan få en mere stabil boligsituation.

Janni og hendes kæreste har overvåget samvær med barnet, og kommunens familieafdeling er stadig i gang med undersøgelser af familiens forhold.

Case 2 - Ditte

Ditte har et voldsomt kokainforbrug. Hun bor i egen bolig og arbejder som tjener.

Ditte bliver ikke-planlagt gravid. Hun har ingen kontakt til barnets far. Ditte går til egen læge, og lægen kontakter det regionale Familieambulatorie med henblik på at få Ditte opstartet i et forløb. Familieambulatoriet kontakter kommunens familieafdeling og den lokale rusmiddelbehandling.

Ditte er ikke umiddelbart motiveret for at gå i rusmiddelbehandling, men med pres fra kommunens familieafdeling opstarter hun i et rusmiddelbehandlingstilbud.

Indsatsen i rusmiddelbehandlingstilbuddet består bl.a. af urinprøvetagning tre gange om ugen og herudover én samtale om ugen med fokus på rusmidler, rusmidlernes konsekvenser for Ditte, hendes barn og øvrige familie mv. Der søges om tilskud til tandbehandling, som bevilges. Kommunens familieafdeling knytter en familiebehandler på Ditte med henblik på at forberede hende til at blive forælder, og samtidig er hun i forløb på det regionale familieambulatorie.

Rusmiddelbehandlingen forsøger at inddrage Dittes nye kæreste i behandlingen samt en anden nær relation, som er bonusmor for Ditte. Ditte ser positivt på at inddrage bonusmor, men det lykkes ikke af praktiske årsager.

Ca. hver 14. dag koordinerer rusmiddelbehandleren med familiebehandleren, og der afholdes flere gange fællesmøder med Ditte, også hjemme ved Ditte selv. Der er herudover et tæt samarbejde med familieambulatoriet. Det koordineres eksempelvis nøje, hvem der tager urinprøver hvornår, så Ditte ikke belastes mere end nødvendigt.

Ditte får et tilbagefald to gange undervejs, men kommer tilbage i behandling. I forbindelse med tilbagefaldene drøftes muligheden for døgnbehandling. Ditte ønsker dog ikke døgnbehandling. Hun ønsker at blive i sin lejlighed, som hun vil gøre klar til barnet og samtidig bevare den tætte kontakt til hendes nærmeste.

Tilbagefaldene bliver et vendepunkt for Ditte, og hun indser, at hun har brug for hjælp.

Hen mod slutningen af graviditeten bliver Ditte besværet af graviditeten, og den ugentlige samtale foregår i Dittes hjem, mens urinprøvetagningen ligeledes foretages i hjemmet af en privat leverandør. Efter fødslen har Ditte svært ved at komme ud af hjemmet, og det er svært for hende at overskue så mange indsatser på én gang.

Det aftales, at hun afsluttes i rusmiddelbehandlingen, mens kommunens familieafdeling fortsætter deres indsatser. Herudover fortsættes urinprøvetagning ved den private leverandør.

Der afholdes et fællesmøde som afslutning på rusmiddelbehandlingen.

Case 3 – Eva

Eva har været indskrevet i substitutionsbehandling gennem flere år. Hun bor i egen bolig med sin mand og et barn på ca. 5 år. Eva har også født et andet barn, som var abstinent ved fødsel og afgik ved døden nogle uger efter.

I første trimester af sin nuværende graviditet fortæller Eva sin behandler, at hun er gravid. Det regionale familieambulatorie orienteres, og Eva indskrives.

Der tilrettelægges en indsats, hvor Eva aflægger urinprøver tre gange ugentligt og testes med alkometer. Hun fremmøder til overvåget indtagelse af metadon et par gange om ugen, og herudover afhenter hun en lille dosis metadon på apoteket en gang om ugen. Hun har samtaler med en rusmiddelbehandler én gang ugentligt og følges herudover tæt af familieambulatoriet.

Der er et tæt samarbejde mellem rusmiddelbehandleren, lægen i hendes behandlingstilbud og familieambulatoriet i forhold til intensiv opfølgning af fremmøde til urinprøve aflægning, rusmiddelstatus samt administration af substitutionsbehandling.

Eva giver flere gange under forløbet udtryk for et ønske om at nedtrappe sin metadondosis – og om at være trappet ud af metadon ved tidspunktet for fødslen, da hun frygter at føde endnu et abstinent barn.

Da Eva er kendt med at indtage illegal metadon i forbindelse med nedtrapning, aftales det at fastholde hende på en stabil metadondosis under graviditeten for at sikre fosterets trivsel. Det vurderes, at et ustabil indtag af metadon vil være mere skadeligt end en stabil dosis metadon.

Efter en kortere periode, hvor Eva har tilbagefald på benzodiazepiner og alkohol drøftes det, om Eva skal indlægges med henblik på at støtte op om og fastholde afholdenhed samt stabilt metadon indtag forud for fødsel. Eva ønsker dog ikke en indlæggelse, da hun ikke ønsker at forlade sit barn, og da hendes mand arbejder meget.

Den ambulante indsats fortsættes derfor, og Eva ender med at føde et sundt barn uden abstinenser

Bilag 3

Forslag fra Danske Regioner

UDKAST 28.2.25

ⁱ <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler-og-forlobsprogrammer/samarbejdsaftaler-om-born-og-unge/samarbejdsaftale-vedrorende-sarbare-gravide>

ⁱⁱ <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/samarbejdsaftaler-og-forlobsprogrammer/samarbejdsaftaler-om-born-og-unge/samarbejdsaftale-omkring-gravide-og-born-tilknyttet-familieambulatoriet-plus-i-region-syddanmark>

ⁱⁱⁱ <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/9674>

^{iv} <https://www.retsinformation.dk/eli/ita/2017/972>

UDKAST 28.2.25

2.6

Orienteringssag: Sikrede institutioner – beslutning om at øge kapaciteten

Bilag til referat - økonomi vedrørende sikrede pladser

De samlede kommunale udgifter til sikrede døgninstitutioner var i 2023 på 247 mio. kr. (24-pl) Hertil skal tillægges ca. 94 mio. kr. til udgifter til sikrede døgninstitutioner og særligt sikrede afdelinger ifm. afgørelser i regi af Ungdomskriminalitetsnævnet. I alt ca. 341 mio. kr.

Ifølge Danmarks Statistik kan identificeres 104 helårsanbringelser. Det svarer til en gennemsnitlig helårspris på ca. 3,3 mio. kr.

Fordelingen mellem retlige og sociale anbringelser er nogenlunde ligelig. I forhold til antallet af anbringelsesdøgn i sikret regi var der i 2023 en lille overvægt af sociale anbringelser, mens der i antallet af anbringelser var en lille overvægt af retslige anbringelser. Forklaringen på forskellen er, at de sociale anbringelser varer længere end de retslige.

Retlige anbringelser – 50 pct. finansiering af kommunen og 50 pct. objektiv finansiering

Kommunerne betaler en fast takst (kriminalpræventiv takst) på 1.652.253 kr. årligt (2024-niveau) for unges ophold i sikrede døgninstitutioner, når ophold sker på baggrund af en varetægtsfængsling, afsoning eller idømt foranstaltning (retlige anbringelser.) Det svarer til en takst pr. døgn på 4.527 kr.

Taksten svarer til ca. 50 pct. af prisen for en plads på en sikrede institution. De øvrige 50 pct. af prisen er en objektiv finansiering.

Den objektive finansieringsandel fordeles mellem landets kommuner efter antallet af 15-17-årige, der bor i de enkelte kommuner pr. 1. januar i året forud for driftsåret.

Et eventuelt over- eller underskud på den objektive finansiering i forhold til det endelige regnskab indregnes i beregningsgrundlaget for efterfølgende år.

Alternativer til de retslige anbringelser

Når der ikke er ledig kapacitet på de sikrede institutioner, er det ikke muligt for unge, med et retsligt grundlag, – fx varetægtsfængsling i surrogat – at få ophold. Den unge vil i stedet skulle sidde varetægtsfængslet i arresten/fængsel.

Når de unge sidder varetægtsfængslet i arresten/fængsel, er de typisk isoleret i 23 af døgnets 24 timer. De har som udgangspunkt en times socialisering med andre, som ofte er voksne, dvs. over 18 år.

Dato: 6. februar 2025

Sags ID: SAG-2024-00222
Dok. ID: 3542417

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 2

Varetægtsfængsling af unge i almindelige arrester/fængsler er således udelukkende at betragte som en nødløsning.

Sociale anbringelser - 100 pct. finansiering af den anbringende kommune

For børn og unge, der er anbragt af hensyn til barnet eller den unges sikkerhed eller for at tilvejebringe et grundlag for socialpædagogisk behandling (sociale anbringelser) finansieres opholdet på den sikrede døgninstitution 100 pct. af den anbringende kommune.

Taksten pr. døgn for en social anbringelse er omkring det dobbelte af taksten pr. døgn for retlige anbringelser kan variere fra ca. 7000 kr. til 10.000 kr. pr. døgn (fra ca. 2,6 mio. kr. til 3,7 mio. kr. årlig)

Alternative tilbud/løsninger til en social anbringelse på en sikret institution

Når kommunerne ikke kan få plads på en sikrede institution, på grund af manglende kapacitet, er kommunerne nødsaget til at etablere soloprojekter, som alternativ til en anbringelse på en sikret institution. I de sager kan døgnprisen typisk variere fra ca. 7.500 til ca. 20.000 kr.

Til sammenligning kan prisen for en social anbringelse på en sikret institution variere fra ca. 7.000 til ca. 10.000 kr. pr. døgn.

Udvidelsen af antal pladser på de sikrede institutioner vil, så længe pladserne optages af børn og unge fra den nuværende venteliste, således som udgangspunkt medføre en besparelse, idet de dyrere ventelistetilbud kan opsiges.

Dato: 6. februar 2025

Sags ID: SAG-2024-00222
Dok. ID: 3542417

E-mail: HGH@kl.dk
Direkte: 3370 3249

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 2

2.7

Orienteringssag: Greater Copenhagen EU Office – årsberetning for 2024



GREATER
COPENHAGEN
EU OFFICE

Årsberetning 2024

INDHOLD

Forord 2

2024 i tal 3

Grønne, sunde og digitale cases 4

2024 i billeder 24



FORORD

Greater Copenhagen EU Office rådgiver og støtter østdanske universiteter, kommuner, regioner og virksomheder i at engagere sig i EU-samarbejdet og på den måde sikre størst muligt udbytte. I vores årsberetning finder du eksempler på den værdi, vi skaber gennem arbejdet med interessevaretagelse og projektudvikling.

2024 var præget af god energi med arrangementer i Østdanmark og Bruxelles, utallige besøg fra ejerkredsen, kapacitetsopbygning, vidensdeling og netværksskabelse. Den fælles indsats resulterede i stort forskningspolitisk engagement og et rekordhøjt hjemtag af EU-midler.



Det lykkedes at hente intet mindre end 201 mio. kroner hjem i EU-støtte til grønne, sunde og digitale projekter. Aldrig før har vi bidraget med så meget finansiering til bæredygtig udvikling på blot et enkelt år. Og løfter vi os højere op og kigger ud over de seneste fem år, har vi hjulpet østdanske aktører med at få hele 877 mio. kroner fra EU.

Dedikation og de mange millioner gør en forskel – både for samfundet og den enkelte borger. Men uden opbakning og engagement fra ledelse og dygtige medarbejdere på de østdanske universiteter, kommuner og regioner kunne vi ikke have gjort det. Derfor vil vi benytte lejligheden til at takke for det gode samarbejde.

En stor tak skal der også lyde til medarbejderne på Greater Copenhagen EU Office. Vi tror på, at en bæredygtig, veldrevet og god arbejdsplads med rum til forskellighed og udvikling skaber de bedste forudsætninger for at lykkes.

Birgitte Wederking

Direktør

Christian Holm Donatzky

Bestyrelsesformand (2023-2024)

2024 I TAL



19 skriftlige og mundtlige
input til EU-policyudvikling.

126 rådgivningsforløb
med kommuner, regioner
og universiteter, der resulterede i
104 indsendte EU-ansøgninger.



Facilitering af **72** events,
workshops og webinarer, som
skabte synlighed om
EU-muligheder i Østdanmark.



201 mio. kroner hjem til
Østdanmark gennem **57**
godkendte EU-ansøgninger.



Dialog med over **119**
virksomheder med henblik

på at styrke deres kompetencer inden for
internationalisering, søge efter internationale
samarbejdspartnere eller finde EU-finansiering
til innovative projekter.



37 østdanske kommuner,
2 regioner og **4** universiteter
engageret i konkrete EU-muligheder
med hjælp fra Greater Copenhagen
EU Office.



3 mio. kroner udbetalt fra Greater
Copenhagen EU Offices forprojektordning til
at støtte kommuner, regioner og universiteter
i at forberede EU-ansøgninger.



Mere end **30** besøgsgrupper
på inspirationstur til Bruxelles.

OMSTILLINGSÅR I EU OG EN SÆRLIG INDSATS HOS OS

2024 var på mange måder et omstillingsår i EU-systemet. En ny Europa-Kommission og valg til Europa-Parlamentet gav EU-institutioner og -aktører anledning til at formulere nye politiske visioner og prioriteter, som sammen skal være med til at sætte en langsigtet retning for EU.

Vi har ydet en særlig indsats for løbende at formidle udspil og rapporter til ejerkredsen, kommissionsformand Ursula von der Leyens politiske retningslinjer, Det Europæiske Råds Strategiske Dagsorden, Letta-rapporten, Draghi-rapporten og Heitor-rapporten.

Vi har analyseret de forskellige indspil til EU's fremtid med blik for ejerkredsens interesser og prioriteter, så de har mulighed for at regne bevægelserne på EU-niveau med i deres interessevaretagelse, positionering og arbejde med EU-relaterede muligheder.



LIFE ACT

Action for Climate Transition

LIFE ACT er et landsdækkende samarbejde, der skal sikre en hurtigere og bedre koordineret implementering af de 98 danske kommuners klimahandlingsplaner.

Projektet har fået **126 mio. kroner** i EU-støtte fra LIFE og sørger for over **250 ekstra årsværk** til at løfte de danske kommuners arbejde med udledninger fra landbrug, energi, transport, klimaledelse og klimatilpasning.

Greater Copenhagen EU Office har været med hele vejen i processen – fra idé til godkendt ansøgning. Sammen med Dacob - de danske EU-regionskontorer i Bruxelles - har vi bistået de danske kommuner, regioner og universiteter med koordinering, rådgivning og kvalitetssikring af ansøgningen.

Greater Copenhagen EU Office har desuden støttet de østdanske aktører med 600.000 kroner i forprojektmidler til udgifter forbundet med ansøgningsprocessen, og vi har hjulpet mere end 50 støttepartnere med at deltage i ansøgningen.

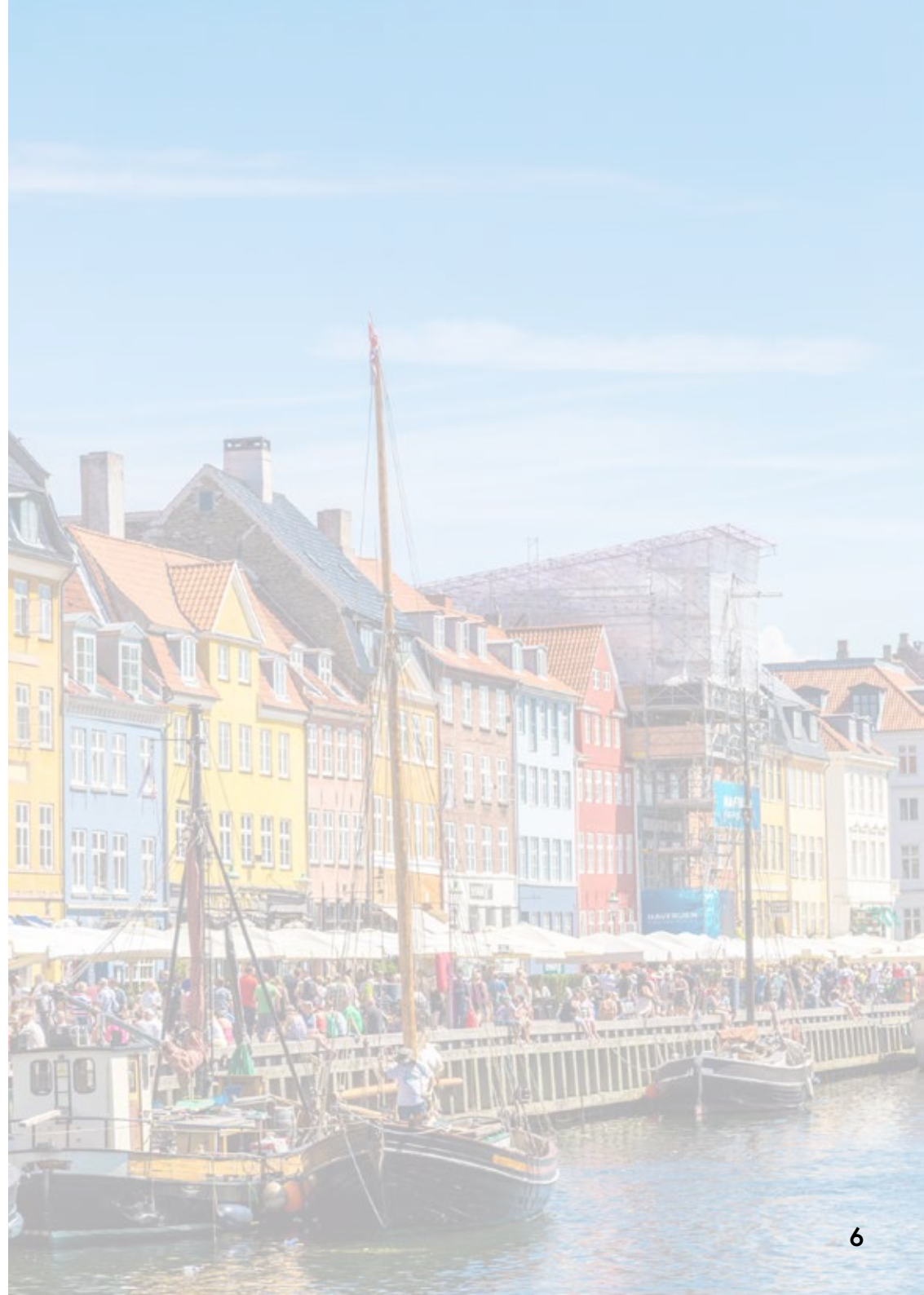
BÆREDYGTIG TURISME I ET LOKALT PERSPEKTIV

København er på vej til at blive en af verdens mest eftertragtede turistdestinationer med sit hippe byliv, smukke gamle kvarterer og specielle attraktioner, og antallet af gæster til byen ser ud til kun at gå en vej: op!

Men hvordan sikrer hovedstaden, at den forbliver attraktiv samtidig med, at turismen er bæredygtig? Det skal **European Urban Initiative**-projektet **CULTIGEN** hjælpe med at løse.

Projektet, der har fået **35 mio. kroner** i EU-støtte, skal skabe innovative løsninger som fx nye kulturelle aktiviteter, borgersamlinger, måling af turisme og nye produkter, der kan sprede turismen ud og skabe ny viden.

Københavns Kommune, der leder projektet, skal udvikle en drejebog, som kan anvendes af både dem selv og udbredes til andre byer.



TRANSPORTSEKTOREN SAMLET TIL VIDENDELING I BRUXELLES

Der var dømt fire dages pitstop i Bruxelles, da EU's store transporttræf **Connecting Europe Days** samlede folk fra transportsektoren på tværs af Europa for at diskutere aktuelle emner og dele viden og erfaringer fra området - og vi var selvfølgelig også til stede.

Et af de helt store spørgsmål var, hvordan transportsektoren kan indfri ambitionerne i den europæiske grønne pagt, reducere CO₂-udledninger og omstille den europæiske infrastruktur til klimaforandringer.

De østdanske kommuner og regioner var også at finde til eventet. Fx var vi forbi standen med delemobilitetsprojektet SMALL, som **Region Hovedstaden** indgår i. Og folkene fra Rønne Havn på **Bornholm** præsenterede deres engagement i EU-projekter og ambitionen om at blive knudepunkt for grøn energiforsyning til skibsfart i Østersøen.

Med **SMALL**-projektet vil man udvide markedet for delemobilitetsløsninger uden for storbyerne og til nye målgrupper. Projektet skal både skabe større viden om målgrupperne, og så vil man teste delemobilitetsløsninger i forskellige geografiske områder, bl.a. Hillerød, hvor der både er nyt hospital og stadion på vej.

EU TROR PÅ DANSK DRONETEKNOLOGI

Fremtidens transportmidler skal være bæredygtige, og hvis man spørger startup-virksomheden **Skypuzzler**, der holder til i **København**, så er droneteknologi vejen frem.

Droner kan bruges til at løse mange forskellige opgaver, blandt andet til at inspicere fx højspændingsledninger, broer, vindmøller og bygninger – steder som ellers kan være svært fremkommelige. Skypuzzler har udviklet et system, der kan være med til at skalere droneindustrien på en måde, der tager højde for sikkerhedskravene.

Skypuzzler modtog i 2024 **18,5 mio. kroner** i EU-støtte fra **EIC Accelerator**, men det er ikke første gang, de har held med en EU-ansøgning. I 2023 gik de nemlig sammen med en belgisk virksomhed om at søge finansiering fra **Eurostars**. Her lykkedes det at få 5,7 mio. kroner i EU-støtte, hvor **2,2 mio. kroner** gik til den danske virksomhed.

A white drone with four arms is shown from a low angle, carrying a large, light-brown cardboard box. The box has several labels, including 'FRAGILE' in large letters and a red 'HANDLE WITH CARE' sticker. The drone is flying against a clear blue sky with some light clouds.

"De her EU-penge er sindssygt vigtige for os. Og vi passer godt ind med vores løsning i både Europa-Kommissionens dronestrategi, men også i Green Deal og den grønne omstilling."

Jesper Skou, direktør for Skypuzzler

UNIVERSITET OG KOMMUNE SAMMEN OM ENERGIOPTIMERINGSPROJEKT

Et langt og tæt samarbejde om EU-projekter har givet **DTU** og **Lyngby-Taarbæk Kommune** vigtig viden og løsninger på energiområdet. Siden 2018 har samarbejdet været med til at forankre forskningen i den virkelige verden og samtidig give kommunen et løft til at løse opgaver fra deres klimahandlingsplan.

Senest er projektet **OPTIX** skudt i gang. Det handler om energidistrikter og bygninger, der genererer mere strøm, end de bruger.

DTU leder projektet, som skal demonstrere innovative løsninger for energioptimering i byområder og bygninger ved hjælp af digitale modeller, der tager højde for mange forskellige faktorer forbundet med energieffektivitet.

Projektet, der løber fra 2024-2027, er et Clean Energy Transition-partnerskab med partnere fra hele syv lande.



START ER KOMMET GODT FRA START

START står for **Centre for Sustainable Agrifood Systems** og er en forskningsbaseret samarbejdsplatform for de otte danske universiteter **Danmark Tekniske Universitet**, Aarhus Universitet, **Københavns Universitet**, IT-Universitetet i København, **Copenhagen Business School**, Aalborg Universitet, Syddansk Universitet og **Roskilde Universitet**. Tilsammen repræsenterer START et europæisk forskningskraftcenter, der har til formål at fremskynde den grønne omstilling inden for Agrifood Systems.

Det danske universitetssamarbejde **START** har på blot to år markeret sig som en vigtig spiller inden for bæredygtig udvikling af landbruget og fødevarsystemerne. Det blev tydeligt, da Europa-Parlamentet dannede rammen om en rundbordsdiskussion med danske parlamentarikere, repræsentanter fra Europa-Kommissionen og interesseorganisationer i Bruxelles.

Her drøftede de udfordringer og løsningsmuligheder, og diskussionen understregede vigtigheden af forskningsverdenens arbejde og input, og samtidig fik START fremvist centrale forskningsvinkler og indsigter og gjort det klart, at der er behov for handling og moderne lovgivning.

Greater Copenhagen EU Office og Central Denmark EU Office forberedte i fællesskab delegationsbesøget, der kom på et tidspunkt, hvor de store politiske diskussioner og visioner blev drøftet i EU, og inden forberedelserne til nye programmer og budget for alvor tager fart.

AKADEMISK FRIHED, EXCELLENT OG BANEBRYDENDE FORSKNING

70 rektorer og prorektorer var med, da vi - i samarbejde med nordiske kolleger - afholdt **Nordic University Days**, der gav rum til dybdegående diskussioner om fremtiden for europæisk forskning, innovation og uddannelse.

Blandt deltagerne var **Københavns Universitet**, **Danmarks Tekniske Universitet** og **Copenhagen Business School**.

Deltagerne bidrog med unik viden og perspektiver i forhold til det kommende rammeprogram (**FP10**), der skal danne rammen om europæisk forskning fra 2028.

Og var man med på en lytter, var det tydeligt, at særligt behovet for at styrke den akademiske frihed i en tid, hvor geopolitiske udfordringer påvirker forskningsmiljøerne globalt, og hvor behovet for excellent og banebrydende forskning er enormt.



NORDIC
UNIVERSITY DAYS
23-24 September
2024



CBS-rektor, Peter Møllgaard, modererede et oplæg om den kritiske balance mellem sikkerhed og akademisk frihed i den nuværende geopolitiske situation. Hans bidrag kastede lys over, hvordan universiteter og forskere skal navigere i en stadig mere kompleks verden, hvor akademisk integritet er under pres fra eksterne trusler.



SUNDHEDSVÆSENET SKAL VÆRE EN ATTRAKTIV ARBEJDSPLADS

Sundhedsvæsenet har brug for flere varme hænder. Der er både udfordringer med at rekruttere nye kvalificerede medarbejdere og holde fast i dem, man allerede har.

To EU-projekter med **Sjællands Universitetshospital** i spidsen går til kamp mod netop de problematikker.

I **Recruit and Retain** under **Interreg Deutschland-Danmark**-programmet skal man arbejde målrettet med at få unge til at vælge sundhedsuddannelserne og fastholde dem på studiet.

Og i **Horizon Europe**-projektet **KEEPCARING** vil man forsøge at finde frem til forskellige løsninger, der kan nedbringe stress og udbrændthed blandt sundhedspersonalet. Projektet sigter mod at opbygge en sundere arbejdsstyrke, hvilket i sidste ende skal føre til bedre patientbehandling.

SUCCEs MED SÆRLIG PROJEKTTYPE INDEN FOR EU'S SUNDHEDSPROGRAM

Joint Actions er en særlig projekttype under EU's sundhedsprogram **EU4Health**, som arbejder med store sundhedsproblemstillinger på tværs af mange forskellige EU-lande. Og de rummer en masse muligheder for vores hospitaler og kommuner.

I 2024 er vi derfor gået strategisk til værks og har opbygget viden om programmet og screenet de mange indkaldelser.

Det har givet pote og resulterede i tre godkendte Joint Actions-projekter om cancer og telemedicin med et samlet hjemtag på **19 mio. kroner** til **Region Sjælland** og **Region Hovedstaden**.

De tre projekter, der blev godkendt i 2024 hedder **Jane-2**, **CCI4EU** og **eCAN+**.

Udover de tre ansøgninger, der blev godkendt i 2024, har vi hjulpet med at forberede yderligere fem ansøgninger bl.a. inden for emner som mental sundhed og røgfrie miljøer, som skulle være lige på trapperne. Så nu venter vi i spænding.

REGION SJÆLLAND ER BLANDT EU'S BEDSTE TIL AT TÆNKE NYT

Det mener Europa-Kommissionen, der i 2024 udnævnte **Region Sjælland** - med Sjællands Universitetshospital i front - til en af EU's **Regional Innovation Valleys**. Det er et prestigefyldt netværk af europæiske aktører, der går forrest i udviklingen af nye sundhedstilbud.

Udnævnelsen betyder endnu flere nye digitale og forebyggende løsninger til gavn for borgerne - både i Danmark og i Europa.

"Jeg er stolt over udnævnelsen, som sammen med UNITE-projektet markerer et gennembrud for sundhedsinnovation i Danmark. Udnævnelsen åbner døre til et unikt europæisk samarbejde og er en anerkendelse af vores hidtidige arbejde med at udvikle løsninger, som er særligt relevante for borgere uden for de større byer".

Jens Ravn, formand for udvalget for forebyggelse, det præ-hospitale område, forskning og innovation i Region Sjælland.

Baggrunden for udnævnelsen er partnerskabet i projektet **UNITE**, som er blevet tildelt 150 mio. kroner i støtte fra EU, hvoraf Region Sjællands andel ligger på **15 mio. kroner**.

Projektet, der løber over fire år, har som mål at skabe et "grænseløst europæisk digitalt sundhedsinnovationsøkosystem", der samler aktører fra den private og offentlige sektor, universiteter og civilsamfundet.

Region Sjælland samarbejder i projektet med partnere fra Belgien, Tyskland, Grækenland, Italien, Polen, Rumænien og Storbritannien.

Sjællands Universitetshospital og Sundhedsinnovation Region Sjælland har i projektet primært fokus på sundhedsløsninger omkring behandlinger i eget hjem.

ØSTDANSK STARTUP VIL FORLÆNGE LEVETIDEN FOR MEDICINSKE IMPLANTATER

Virksomheden **Safe Implant Technology** fra **Odsherred Kommune** har udviklet en særlig teknologi, der skal forhindre at medicinsk udstyr bliver frastødt af kroppen.

Virksomheden har fået **2,2 mio. kroner** i støtte fra EU-programmet **Eurostars** til at fortsætte udviklingen af teknologien. Safe Implant Technology er nemlig gået med i **GLUCARE-projektet** sammen med to andre partnere – Aalborg Universitet og en virksomhed fra Norge.

Målet med projektet er at undersøge, hvordan man kan indsætte en blivende sensor i kroppen på diabetespatienter, som vil gøre det langt nemmere for patienterne af overvåge deres blodsukker kontinuerligt og præcist.

"Efter vi har fået Eurostars, er vores fornemmelse, at når vi taler med mulige investorer, lytter de lidt mere. Det, at vi har fået soft funding, gør, at vi på en eller anden måde er lidt mere interessante".

Morten Olesen, medstifter af Safe Implant

EN VERDEN AF EU-MULIGHEDER - OG ØSTDANMARK ER KLAR TIL AT GRIBE DEM

Vi gør os umage med at klæde vores østdanske kommuner, regioner og universiteter godt på, så de nemmere kan gribe ud efter de mange muligheder, som EU-systemet rummer.

I 2024 har vi afholdt en lang række **workshops, webinarer, mentorforløb, møder** og **events**, vi har taget imod og hjulpet utallige østdanske besøgsgrupper i Bruxelles, og vi har skabt **kontakter** og fået nye **netværk** til at blomstre.

Netværksmøde for EU-kordinatorer

Sådan søger du
Digital Europe

Cost Action-workshop

Konsortiemøder

Besøgsgrupper

Eurostars-webinar

Webinar: Inspiration fra
Odsherred Kommune

New European Bauhaus
Festival

Green Week

Events

Funding event for SME

Webinar om værdien af
EU-projekter i Østdanmark

1:1 rådgivning

Studieophold

European Week of Regions
and Cities

Inside Horizon Europe

Webinar

MEP-event

Events

Workshop: Teacher Shortages in the EU
- A shared challenge and good practices

Webinar for kommuner
om digital sundhedsteknologi

EDF-event

Netværksmøde for
forskningskoordinatorer

Konference

Matchmaking

Informationsmøde
om LIFE

Mentorforløb

Social Sciences and
Humanities workshop

Webinar om Danmarks
kommende EU-formandskab

Workshop om klimaledelse

OPBYGNING AF KAPACITET OG NETVÆRK TIL EUROPEAN DEFENCE FUND

Der er stigende interesse blandt forskere og virksomheder for at involvere sig i europæisk samarbejde om forsvar og sikkerhed. Greater Copenhagen EU Office har indsamlet og formidlet information om europæisk forsvarspolitik og muligheder for EU-støtte fra European Defence Fund.

Gennem Dacob-samarbejdet med de andre danske EU-kontorer har Greater Copenhagen EU Office været medarrangør af flere danske informationsarrangementer, samt et netværksarrangement i Bruxelles op til Europa-Kommissionens store årlige konference om prioriteterne i European Defence Fund.

Greater Copenhagen EU Office repræsenterer EU-kontorerne i Forsvarsministeriets referencegruppe for European Defence Fund. I gruppen sidder også universiteterne, Dansk Industri, forsvarsklyngen CenSec og Nationalt Forsvarsteknologisk Center. Det giver adgang til indsigt og viden, som kontoret bruger til at positionere østdanske forskningsmiljøer og vejlede østdanske virksomheder bedre i, hvordan de kan søge EU-støtte.

NY PULJE TIL MINDRE PROJEKTER

I 2024 udvidede vi vores populære forprojektordning med en ny pulje, hvor man kan søge 25.000 kroner til mindre EU-projekter i programmer som Erasmus Small Scale Partnerships, European City Facility, Interreg ÖKS forprojekt og Borgerprojektforden i Interreg Deutschland-Danmark.

Idéen er at hjælpe kommuner med begrænset EU-erfaring i gang med at afsøge muligheder og opbygge kapacitet til arbejdet med EU-støtte. Den nye pulje har allerede været katalysator for 12 nye ansøgningsforløb, og flere er nu godt i gang med EU-projekter.

Blandt modtagerne er bl.a. **Allerød Kommune** med projektet Girl Power Empowers og **Furesø Kommune** med projekter om ungedemokrati og fællesspisning med bæredygtighed i fokus.

Forprojektordning

Med Greater Copenhagen EU Offices forprojektordning kan østdanske kommuner, regioner og universiteter få økonomisk støtte til at forberede EU-ansøgninger, fx til:

- Refundering af arbejdstimer
- Konsulenthonorar
- Udgifter til rejser og repræsentation

A young woman with blonde hair tied back is climbing a wooden rock wall. She is wearing a black t-shirt, black shorts, and colorful sneakers. She is suspended in the air, with her arms outstretched and a joyful expression. The wall is covered in various colored climbing holds (purple, blue, grey, and orange). A rope is attached to her harness and runs vertically along the wall. The background is a solid light blue color.

FEM UNGDOMSSKOLER FÅR NU NEMMERE ADGANG TIL EU-STØTTE

I 2024 fik ungdomsskoler i hele fem østdanske kommuner godkendt deres ansøgninger om at få en **Erasmus-akkreditering** på ungdomsområdet.

Akkrediteringerne giver ungdomsskolerne nemmere adgang til tilskud fra EU-programmet Erasmus+ via en forenklet ansøgningsproces til og med 2027.

De ungdomsskoler, som nu er kommet gennem nåleøjet, kan bruge EU-støtten på at gennemføre ungdomsudvekslinger for unge mellem 13 og 30 år og til kompetenceudvikling for medarbejdere og ledere.

De fem kommuner, der har opnået akkreditering, er **Brøndby, Gentofte, Guldborgsund, Helsingør** og **Holbæk**.

STRATEGISK FORSKNINGSRÅD FIK NY VIDEN OG INSPIRATION I BRUXELLES

Region Sjællands Strategiske Forskningsråd besøgte Bruxelles for at udvikle regionens deltagelse i EU-finansierede projekter på sundhedsområdet.

Forskningsrådet fik indblik i EU-programmer, direkte inspiration til regionens tilgang til EU-finansiering fra universitetshospitalet i Gent samt mulighed for at drøfte sundhedspolitiske prioriteter.

Besøget gav deltagerne ny indsigt i EU-programmernes vilkår og inspiration til regionens organisatoriske udvikling inden for understøttelse af EU-finansiering.

Greater Copenhagen EU Office stod for at sammensætte program med eksterne oplægsholdere, grundig introduktion til **Horizon Europe** og **EU4Health** samt sparring i interne drøftelser om tilgang til EU-midler.



ARRANGEMENTSPULJE

I 2024 åbnede vi en ny arrangementspulje med det formål at øge viden, kompetencer og parathed til engagement i EU-muligheder. Gennem puljen kan østdanske kommuner, regioner og universiteter få dækket udgifter til EU-relaterede arrangementer i Danmark og Bruxelles.

Arrangementspuljen var populær fra start og succesraten høj - hele 21 ud af 25 ansøgninger er blev godkendt i løbet af året.

Med hjælp fra arrangementspuljen kunne **Copenhagen Business School, Region Hovedstaden, Region Sjælland og Helsingør, Roskilde, Holbæk, Halsnæs, København, Roskilde, Hillerød, Brøndby og Lolland kommuner** sende medarbejdere til European Week of Regions and Cities i Bruxelles. Medarbejdere fra **Københavns Universitet** og **Region Hovedstaden** deltog i Research & Innovation Week, ligesom **Lolland** og **Københavns kommuner** benyttede muligheden for at sende medarbejdere afsted til New European Bauhaus Festival.

SOCIAL SCIENCES & HUMANITIES FOR MENNESKER, MARKED OG SAMFUND

En arbejdsgruppe ledet af **Copenhagen Business School** under Danske Universiteter arbejdede i 2024 tæt sammen med Europa-Kommissionen om, hvordan Social Sciences & Humanities (SSH) bidrager med markeds- og samfundsinnovation.

Samarbejdet resulterede i en fælles workshop i Bruxelles, som samlede 85 deltagere fra 18 lande for at drøfte værdien af SSH-disciplinerne, og hvordan resultaterne af tværfaglig forskning kan få endnu større effekt.

Workshoppen bød på en engageret deltagerkreds og konstruktive drøftelser, som efterfølgende er blevet samlet i en række opfordringer til handlinger, der kan drøftes videre både i nationalt og i EU-regi.

Greater Copenhagen EU Office har arbejdet tæt sammen med Copenhagen Business School under planlægning og afholdelse af workshoppen og hjulpet med koordineringen med Europa-Kommissionen.





INDSPARK TIL RAMMEPROGRAM FRA UNIVERSITETER OG REGIONER

I 2024 blev debatten om EU's forsknings- og innovationsprogram fra 2028, **FP10**, skudt i gang i EU-miljøet.

Sammen med universiteter og regioner udarbejdede vi ni korte budskaber, som markerer aktørernes ønsker til FP10, fx et mere tilgængeligt og brugervenligt program, bedre rammer for at stimulere innovation samt fortsættelse af succesfulde instrumenter såsom det Europæiske Forskningsråd og forskermobilitet.

Budskaberne blev delt med en række interessenter i EU-institutionerne og præsenteret i vores netværk, **ERRIN** og **UnLiON**, på et tidspunkt, hvor Europa-Kommissionen ønskede input fra interessenter. Positionspapiret har desuden dannet baggrund for input til Europa-Parlamentets rapport om Horizon Europe og anbefalinger til FP10.

Sideløbende organiserede vi et besøgsprogram for Danske Universiteters EU-gruppe, som over to dage drøftede budskaber og den EU-politiske kontekst for FP10 med EU-institutionerne.

2024 I BILLEDER



Nogle grå og regnfulde dage i Bruxelles blev afløst af solskin og klart vejr, da vores bestyrelse og styregruppe var på årligt visit. EU-ambassadør Søren Jacobsen fortalte om den nye Europa-Kommission og det danske EU-formandskab i 2025. MEP Stine Bosse gav et indblik i prioriteter inden for grøn omstilling og sundhed.



Til European Week of Regions and Cities var Roskilde Kommune oplægsholder på vores event om, hvordan lokal og regional klimahandling kan være med til at indfri EU's klimamål. Roskilde Kommune var en af de 20 seje pilotkommuner i DK2020-projektet, der tilbage i 2019 begyndte at lave klimahandlingsplaner, som lever op til målsætningerne i Parisaftalen.



Der var flot fremmøde, da EU-koordinatorer og projektudviklere fra østdanske kommuner og regioner mødtes til netværksmøde i Køge. Mette Dyrskjød, kabinetsmedlem i Margrethe Vestagers team, gav et indblik i Europa-Kommissionens arbejde. Og vi fortalte om muligheder for EU-samarbejde på sundhedsområdet, og hvordan kommuner og regioner kan være med.



I samarbejde med Dacob og Danmarks Faste Repræsentation ved EU bød vi de danske MEP'er og deres ansatte velkommen til byen og til at komme og møde os. Udover at høre lidt om os fik parlamentarikerne mulighed for at introducere sig selv og deres ambitioner for perioden.

2024 I BILLEDER



Sådan en sikkerhedshjelm og -briller klæder alle. Det fik tre af vores "grønne" kolleger bevist, da de lagde vejen fordi Sjællands Klimaalliance, der holdt klimakoordinationsforum i Vordingborg. Det blev også til et spændende besøg på både Køng Biogas og ved det kommende solcelleanlæg ved Køng Mose.



Sjællands Universitetshospital, Europa-Kommissionen, Europa-Parlamentet, Den Danske Europabevægelse og mange andre var parate i deres telte, da Birgitte Wederking deltog i Folkemøde på Bornholm. Under besøget talte hun med relevante repræsentanter, lyttede til spændende debatter og fik en god portion inspiration med tilbage til Bruxelles.



Helsingør Kommune var inviteret til paneldebat i Europa-Kommissionen for at dele ud af de gode erfaringer fra Helsingør Ungdomsskoles JA-kontoret! Et projekt, der har til formål at hjælpe kommunens unge med at gøre deres idéer til virkelighed. Udover JA-kontoret! var der talere fra Norge, Slovakiet og Ungarn.



I 2024 samlede vi igen forskere fra østdanske regioner og universiteter til kursus. Denne gang med titlen Inside Horizon Europe! Et initiativ, der skal styrke forskeres muligheder for at navigere i Horizon Europe-programmet og sikre succesfuld adgang til EU-midler.

2024 I BILLEDER



Bruxelles var fuld af god energi, da vi i samarbejde med regionskontorer fra Norge, Sverige og Finland afholdt eventet "Urban and sustainable water solutions: tackling key challenges in the Nordic capital regions". John Flyvbjerg fra Region Hovedstadens afdeling for miljø var på scenen for at gøre deltagerne klogere på arbejdet med PFAS i Danmark.



Ambassadør Søren Jacobsen gav et spændende indblik i EU's prioriteter under vores webinar "Danmarks kommende EU-formandskab", som vi stod bag sammen med Dacob og Danmarks Faste Repræsentation ved EU. Webinaret gik i dybden med, hvor EU står i dag, hvor EU er på vej hen, og hvad det alt sammen betyder for Danmarks EU-formandskab.



I 2024 var der valg til Europa-Parlamentet, og det gav journalisterne en fornyet interesse for EU. Blandt andet havde vi TV 2 Kosmopol på besøg for at optage et nyhedsindslag om Greater Copenhagen EU Offices arbejde for de østdanske kommuner, regioner og universiteter. Og vores direktør, Birgitte Wederking, fik mulighed for at fortælle om vores arbejdet i en artikel i Altinget.



Byen summede af liv til Cohesion Forum, hvor også Kathrine Monsrud Ekelund, næstformand i vores bestyrelse og regionsrådsmedlem for Region Sjælland, havde taget turen til Bruxelles for at drøfte regional udvikling med kollegaer fra hele Europa, herunder Elisa Ferreira, der er EU-kommissær for samhørighed og reformer.

VIL DU VIDE MERE?



Mail info@cphoffice.eu

Telefon +45 45 11 02 98

Hjemmeside www.cphoffice.eu

Nyhedsbrev [Tilmeld dig her](#)

Videolink [Hvad er Greater Copenhagen EU Office?](#)

FØLG OS PÅ SOCIALE MEDIER



[Greater Copenhagen EU Office](#)



[@GCPHEU](#)



[Greater Copenhagen EU Office](#)

Billedmateriale

Forside t.v.:	Colourbox
Forside t.h.:	Visit Copenhagen, Astrid Maria Rasmussen
S. 4:	Colourbox
S. 5 top:	Life Act-projektet
S. 5 bund:	Life Act-projektet
S. 6	Colourbox
S. 7	Colourbox
S. 8	Colourbox
S. 9	Colourbox
S. 12	Colourbox
S. 13	Colourbox
S. 14	Colourbox
S. 15	Colourbox
S. 16	Visit Copenhagen, Daniel Rasmussen
S. 17	Colourbox
S. 18	Colourbox
S. 19	Colourbox
S. 23	Colourbox

2.8

**Orienteringssag: Aftale om Rød løber for
produktionsvirksomheder**

Politisk aftale om Rød løber for produktionsvirksomheder 2024-27

- Der igangsættes en **rød løber for produktionsvirksomheder**.
 - attraktive vilkår for etablering, udvidelse og omdannelse af produktionsanlæg.
- **2 hovedspor:**
 - 1) Én indgang til produktionsvirksomheder i Erhvervsstyrelsen**
 - sikre et mere smidigt forløb for de nødvendige godkendelser til at udvide og etablere produktionsfaciliteter.
 - 2) 5 nye industriparker** med særlige muligheder ift. beliggenhed og erhvervsmæssig infrastruktur, der er forbeholdt produktionsvirksomheder.

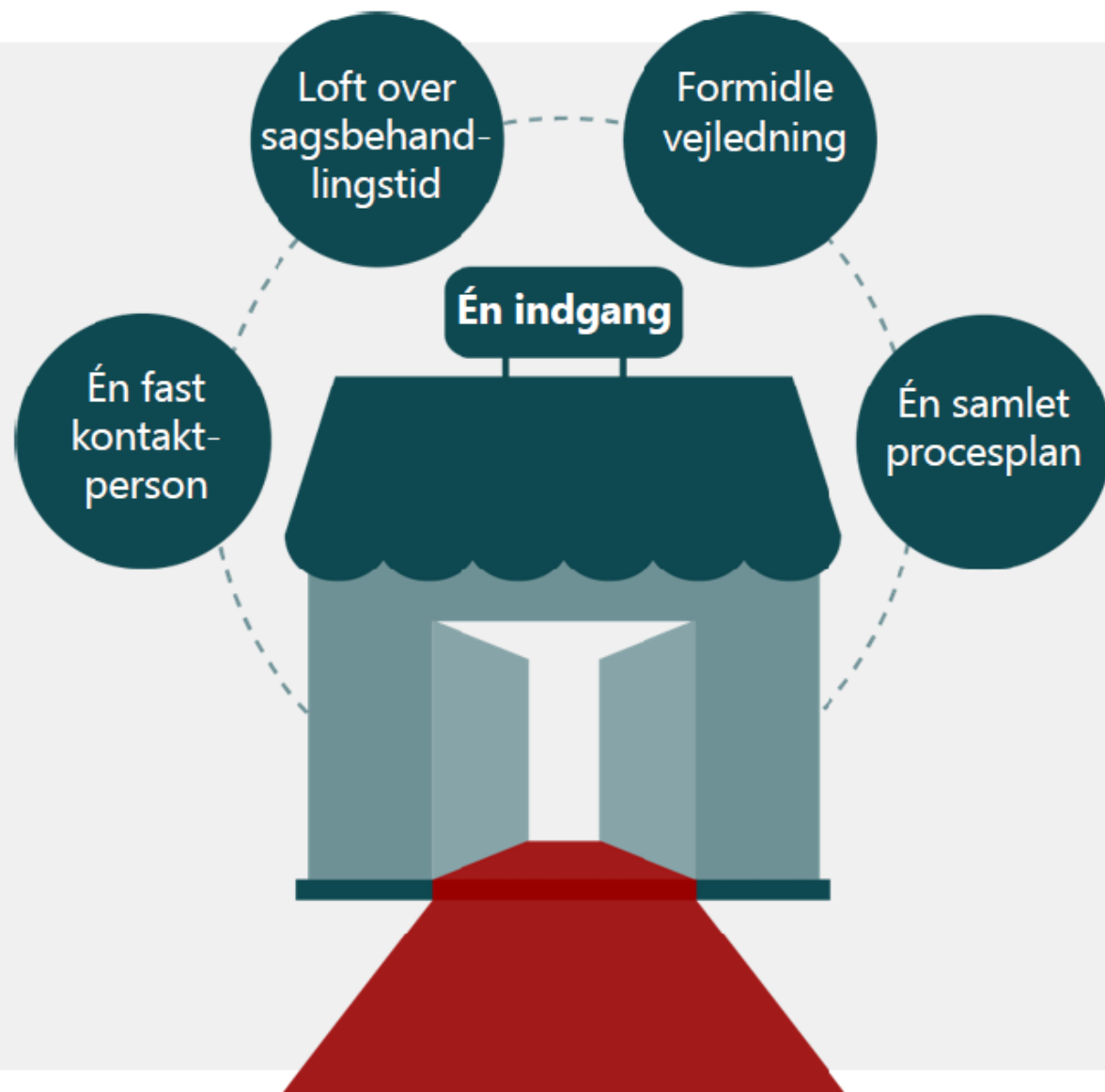
Nyt lovgrundlag. Forventes fremsat april I 2025 med ikrafttrædelse 1. juli 2025.

Én indgang til produktionsvirksomheder – åbner 2. kvartal 2025



Virksomheder i Én indgang får:

- **Én fast kontaktperson** på tværs af kommuner og statslige myndigheder.
- **Én samlet procesplan** med oversigt over alle nødvendige tilladelser, dispensationer m.v.
- **Lovfastsatte sagsbehandlingslofter** på højst 18 måneder.



Én indgang til produktionsvirksomheder

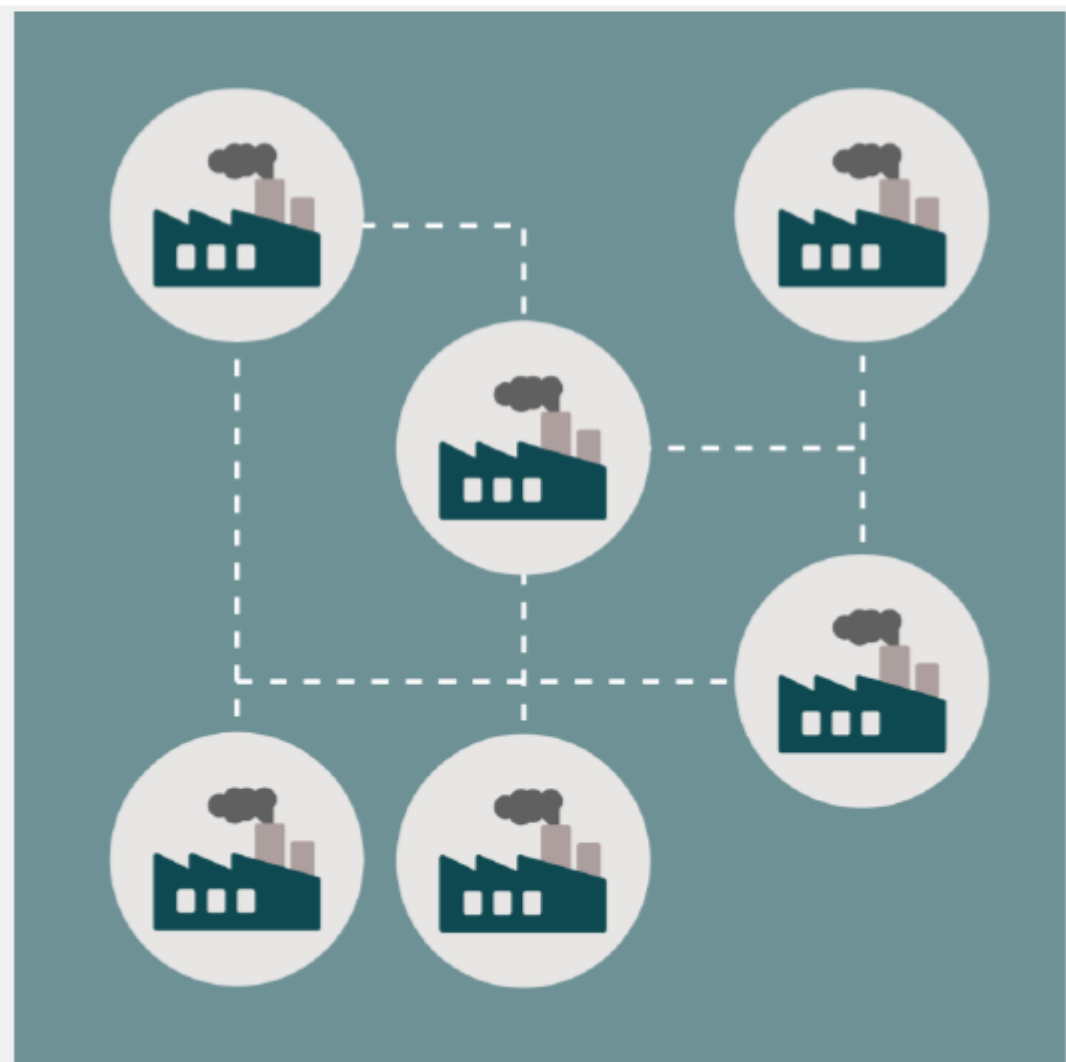
- Adgangskriterier

Adgangskriterier

- **Virksomheden fremstiller nettonul-teknologier** (NZIA-forordning) eller udvinder, forarbejder eller genanvender kritiske råstoffer (CRMA-forordning).
- **Godkendelsesprocessen er kompleks** dvs. tilladelser, dispensationer og lign. til at etablere eller udvide produktion skal indhentes både i staten og i kommunen.
- **Virksomheden vil foretage en investering af 100 mio. kr.**
- **Virksomheden ønsker at etablere sig, udvide eller omdanne sine aktiviteter i en industripark**

Statslig udpegning af 5 industriparkեր

- **Formål:** At sikre egnede arealer med adgang til den **nødvendige erhvervsmæssig infrastruktur**, herunder blandt andet el, vand, transport og afledning af spildevand.
- **Hvilke arealer?:** Arealer kan ligge i **forlængelse af eksisterende områder**, der allerede er eller bliver udlagt til produktionserhverv, eller **i det åbne land**.



Industriparker - udvælgelseskriterier

Jf. den politiske aftale forudsættes følgende:

- et kommunalt ønske, herunder kommunalt engagement i at understøtte udviklingen af de indmeldte arealer,
- en betydelig erhvervsinteresse,
- den nødvendige erhvervsmæssige infrastruktur bl.a. elnet, vand, varme, gasnet, eller hvor der planlægges herfor,
- den nødvendige transportinfrastruktur, eller hvor der planlægges herfor,
- nærhed til arbejdskraft fx uddannelsesinstitutioner og internationale skoler, eksisterende erhvervsklynger mm., og
- hvor der ikke er beskyttet natur eller naturnationalparker.

Det følger af den politiske aftale og lovudkast at:

- Udpegning af et område som industripark giver virksomhederne adgang til en **one-stop-shop (én indgang)**.
- Områderne kan **udpeges inden den fysiske planlægning er fuldendt**, men udpegningen indeholder ikke noget plangrundlag i sig selv.
- **Kommunerne skal som udgangspunkt forestå den fysiske planlægning** efter planlovens regler.
- For områder, der ikke ligger i tilknytning til eksisterende bebygget byzone, vil ministeren for byer og landdistrikter meddele tilladelse til planlægning for et **afgrænset areal til byzone** – altså industriparker i **det åbne land**
- Der skal ved udpegning af industriparkerne lægges vægt på **en geografisk fordeling** i hele landet.

2.9

Orienteringssag: Ny Kapacitetsplan for fysioterapi

Kapacitetsplan for Fysioterapi 2025 - Region Sjælland



Indhold

1.	Resumé og anbefalinger	3
1.1	Resumé	3
1.2	Anbefalinger	3
2.	Kapacitetsbeskrivelse – Speciale 51 og 62	4
3.	Ridefysioterapi – Speciale 57 og 65	9
4.	Fysioterapi i kommunerne	10
	Faxe Kommune	11
	Greve Kommune	12
	Guldborgssund Kommune	13
	Holbæk Kommune	14
	Kalundborg Kommune	15
	Køge Kommune	16
	Lejre Kommune	17
	Lolland Kommune	18
	Næstved Kommune	19
	Odsherred Kommune	20
	Ringsted Kommune	21
	Roskilde Kommune	22
	Slagelse Kommune	23
	Solrød Kommune	24
	Sorø Kommune	25
	Stevns Kommune	26
	Vordingborg Kommune	27
5.	Økonomi og nynedsættelser	28
5.2	Nynedsættelser	28
5.3	Anbefalet tilpasning af praksisområdet	29
5.4	Samlet kapacitet fra 1. juli 2025	30

1. Resumé og anbefalinger

1.1 Resumé

Kapitel 2 beskriver omfanget af den fysioterapeutiske kapacitet i praksissektoren i Region Sjælland på Speciale 51 og 62, indeholdende kortoversigter, kapacitetsoversigter mm.

Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af kapaciteten på ridefysioterapi i Region Sjælland og kommunerne på Speciale 57 og 65.

Kapitel 4 giver et overblik over fordelingen af fysioterapeutiske tilbud i kommunerne.

Kapitel 5 er et økonomiafsnit, hvor muligheden og kriterier for nynedsættelser beskrives herunder vurderingen af den samlede kapacitet på området.

1.2 Anbefalinger

Nynedsættelser

På baggrund af talmaterialet i kapacitetsplanen for fysioterapi, beskrevet i kapitel 2-4 og tilbagemeldingen fra kommunerne i høringsfasen, er der udarbejdet en fordeling af øget kapacitet til nynedsættelser fordelt i kommunerne. Fordelingen kan ses i tabellen på side 29.

Fordelingen skal ses i lyset af et ønske om lige adgang til sundhedstilbud i hele regionen samt at imødekomme de kommuner, som har udtrykt behov for øget kapacitet.

2. Kapacitetsbeskrivelse – Speciale 51 og 62

Der er kommet ny overenskomst på fysioterapiområdet pr. 1. januar 2024, som har ændret væsentligt på det tidligere kapacitetsbegreb. Kapacitet er fremadrettet opdelt på knækgrænser for speciale 51 og speciale 62.

En kapacitet på speciale 51 (Almindelig fysioterapi) svarer pr. 1. april 2024 til 419.484 kr. uden patientandel.

En kapacitet på speciale 62 (Vederlagsfri fysioterapi) svarer pr. 1. april 2024 til 1.067.003 kr.

Fysioterapiklinikkerne har fået tildelt en kapacitet på hvert speciale, som de kan gange med de pristalsregulerede knækgrænser, som de centrale parter løbende melder ud. På den måde kan klinikkerne beregne deres gældende knækgrænser.

Det er muligt for klinikkerne at levere fysioterapi udover de fastsatte knækgrænser. Men den enkelte klinik vil blive sat ned i honorar med 40 %, for den del af omsætningen som overskrider knækgrænsens niveau.

Samlet kapacitet pr. 1. januar 2024

Almindelig fysioterapi: 173,41

Vederlagsfri fysioterapi: 149,15

Udgifterne til almindelig fysioterapi (Speciale 51) afholdes via en regional andel og en patientandel.

Speciale 51 – Fordeling af kapacitet på kommuneniveau ift. antal borgere

	Indbyggere:	Samlet kapacitet	Borgere pr. kapacitet
Roskilde	90.931	21,93	4.146
Næstved	84.747	15,59	5.436
Slagelse	79.923	14,99	5.332
Holbæk	74.129	15,78	4.698
Køge	62.848	13,07	4.809
Guldborgsund	59.759	10,72	5.575
Greve	52.157	12,88	4.050
Kalundborg	48.309	10,24	4.718
Vordingborg	45.751	5,44	8.410
Lolland	39.632	7,13	5.559
Faxe	37.753	5,48	6.889
Ringsted	36.356	8,39	4.333
Odsherred	32.605	8,79	3.709
Sorø	30.478	6,44	4.733
Lejre	29.347	6,41	4.578
Solrød	24.579	6,65	3.696
Stevns	23.649	3,48	6.796
	I alt: 852.953	I alt: 173,41	

Befolkningsdata fra dst.dk pr. 1. januar 2024 – (1 kapacitet på speciale 51 svarer til 419.484 kr. uden patientandel i april 2024-niveau)

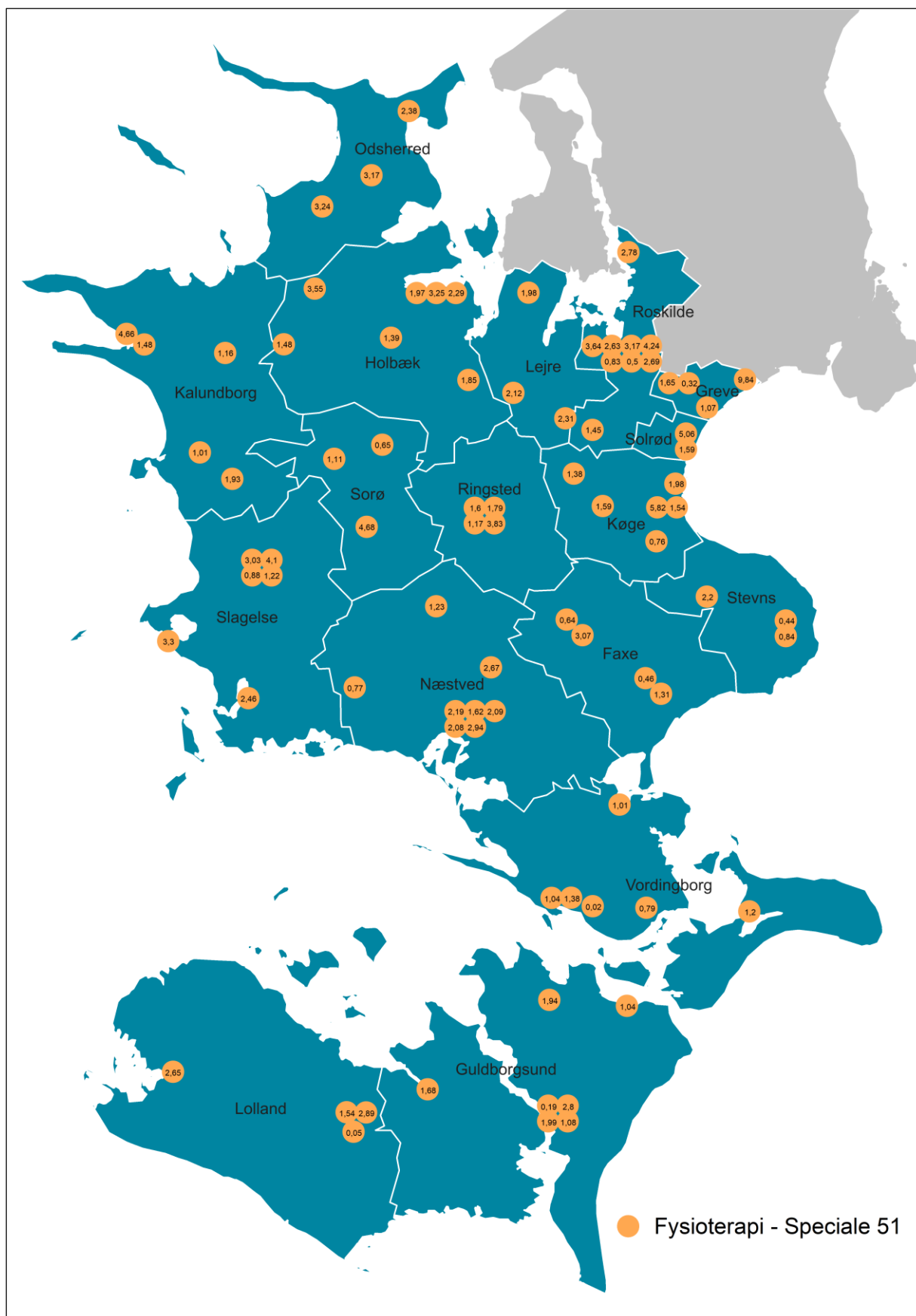
Ovenstående tabel viser antallet af borgere pr. kapacitet i de enkelte kommuner pr. 1. januar 2024.

Vordingborg Kommune ligger med den højeste afvigelse fra gennemsnittet med i alt 8.410 borgere pr. kapacitet. Derefter følger Faxe Kommune med 6.889 borgere pr. kapacitet og Stevns Kommune med 6.796 borgere pr. kapacitet.

Klinikkernes kapacitetsfordeling på speciale 51:

Nedenstående kort viser fordelingen af fysioterapiklinikker i regionen og med udgangspunkt i fordelingen af kapacitet på speciale 51.

Der er pt. 84 selvstændige klinikadresser i Region Sjælland. Der er således en generelt god fordeling af klinikker i regionen.



Udgifterne til vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) afholdes af kommunerne.

Speciale 62 – Fordeling af kapacitet på kommuneniveau ift. antal borgere

	Indbyggere:	Samlet kapacitet	Borgere pr. kapacitet
Roskilde	90.931	14,81	6.140
Næstved	84.747	12,69	6.678
Slagelse	79.923	20,23	3.951
Holbæk	74.129	12,85	5.769
Køge	62.848	9,09	6.914
Guldborgsund	59.759	9,75	6.129
Greve	52.157	6,75	7.727
Kalundborg	48.309	9,9	4.880
Vordingborg	45.751	5,35	8.552
Lolland	39.632	8,52	4.652
Faxe	37.753	4,03	9.368
Ringsted	36.356	7,27	5.001
Odsherred	32.605	8,19	3.981
Sorø	30.478	7,32	4.164
Lejre	29.347	5,18	5.665
Solrød	24.579	5,55	4.429
Stevns	23.649	1,67	14.161
	I alt: 852.953	I alt: 149,15	

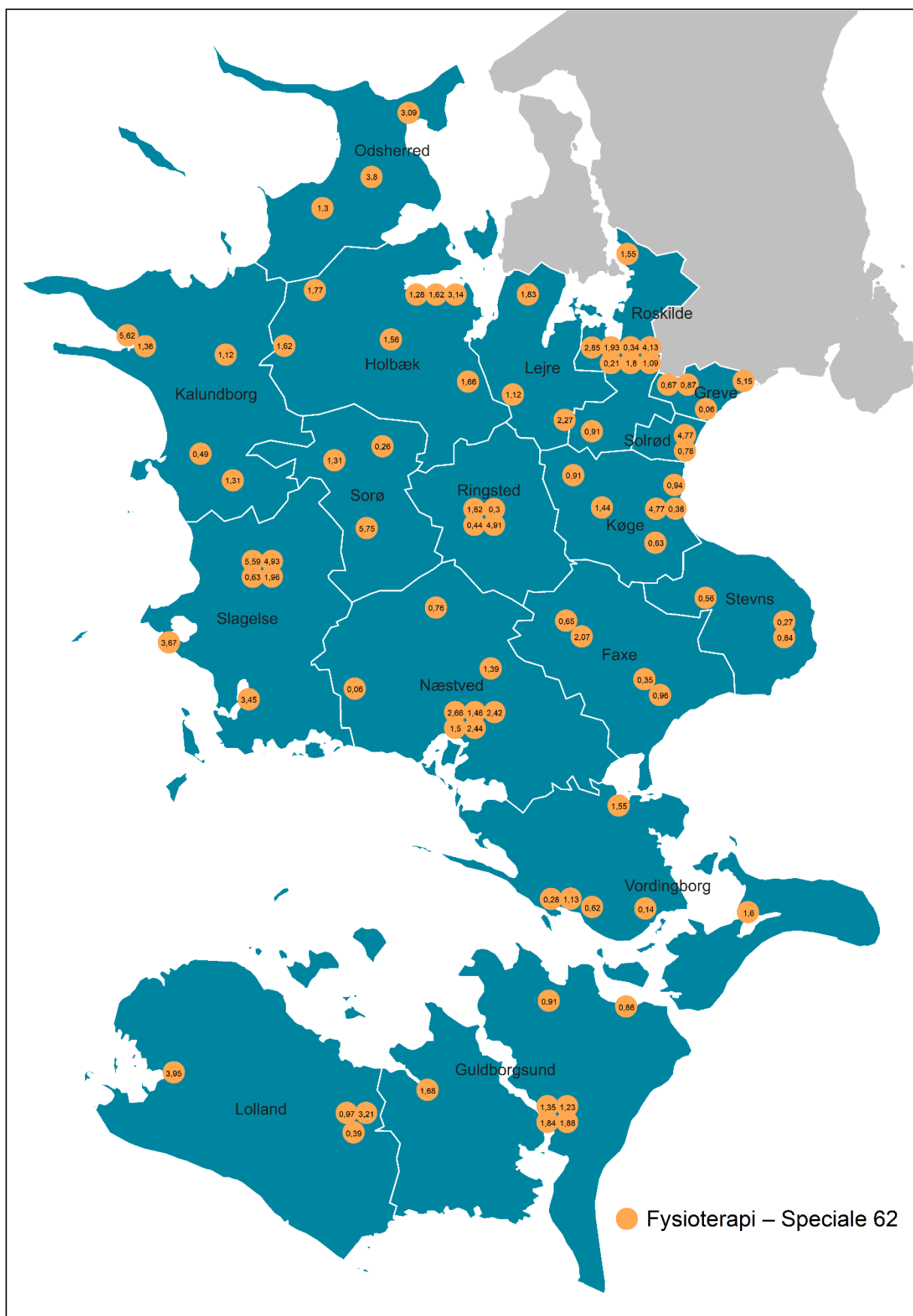
Befolkningsdata fra dst.dk pr. 1. januar 2024 – (1 kapacitet på speciale 62 svarer til 1.067.003 kr. i april 2024-niveau)

Ovenstående tabel viser antallet af borgere pr. kapacitet i de enkelte kommuner pr. 1. januar 2024.

Stevns Kommune ligger med den højeste afvigelse fra gennemsnittet med i alt 14.161 borgere pr. kapacitet. Derefter følger Faxe Kommune med 9.368 borgere pr. kapacitet og Vordingborg Kommune med 8.552 borgere pr. kapacitet.

Klinikkernes kapacitetsfordeling på speciale 62:

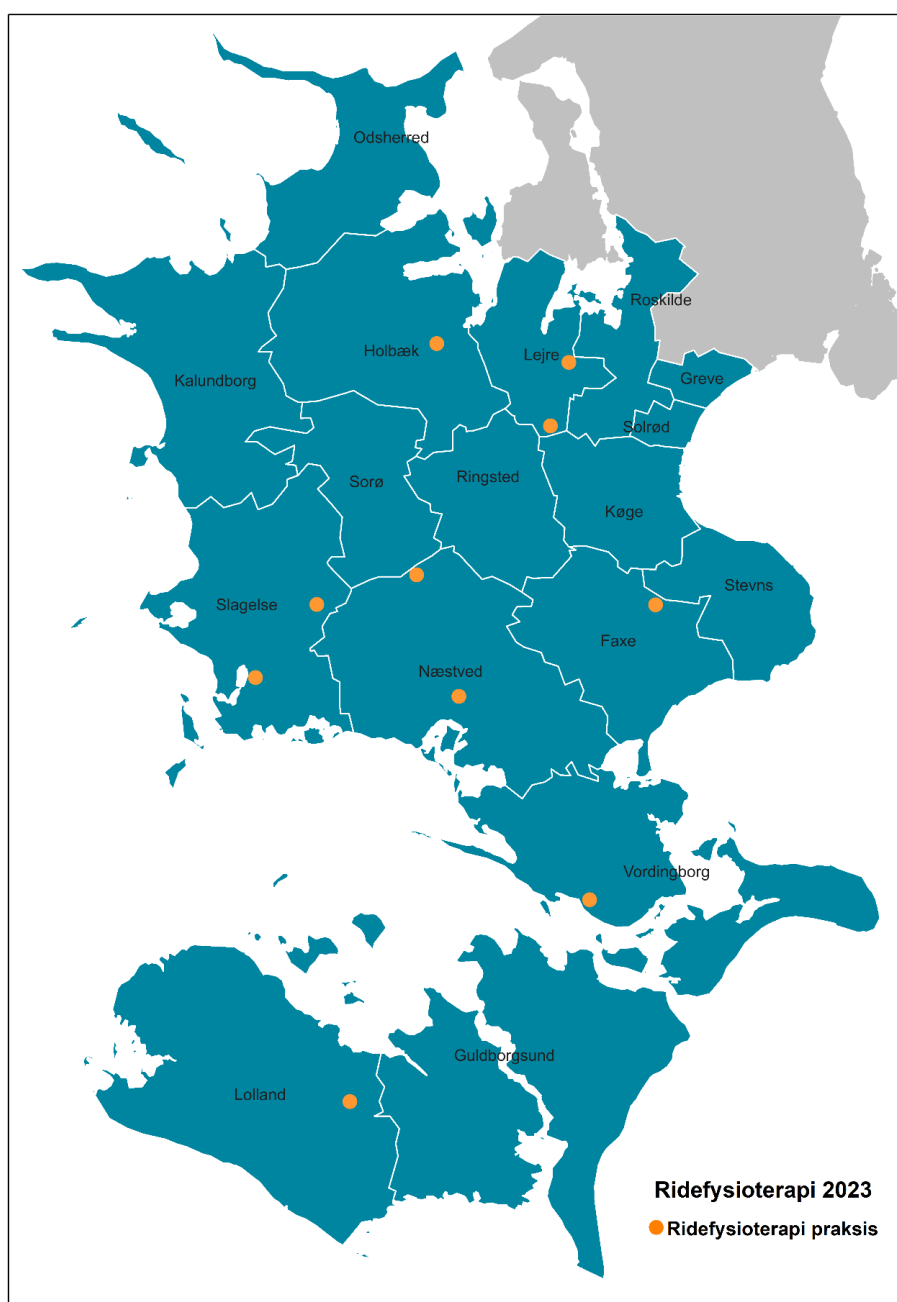
Nedenstående kort viser fordelingen af fysioterapiklinikker i regionen og med udgangspunkt i fordelingen af kapacitet på speciale 62.



3. Ridefysioterapi – Speciale 57 og 65

Den nye overenskomst har ikke ændringer til kapacitetsbegrebet på ridefysioterapiområdet. Der er ligeledes ikke en plan om udvidelse af dette område. Derfor inddrages ridefysioterapien ikke i den videre afdækning af forslag til kapacitetsudvidelse på fysioterapiområdet i denne plan.

Som det fremgår af nedenstående kort, så er der pt. 10 godkendte rideskoler i regionen, hvorfra der kan foretages ridefysioterapi. I alt 9 ridefysioterapeuter med ydernummer dækker behandlingen på området. Derudover er der 3 tilbud på speciale 65 i hhv. Stevns, Guldborgssund og Faxe Kommune, hvor kommunerne har indgået aftale med privat rideskole om vederlagsfri ridefysioterapi.



4. Fysioterapi i kommunerne

Hovedparten af almen og vederlagsfri fysioterapi i kommunerne varetages under overenskomsten af de praktiserende fysioterapeuter, som beskrevet i foregående afsnit.

En del af det fysioterapeutiske arbejde foregår imidlertid i kommunalt regi. Kommunerne varetager som udgangspunkt al genoptræning efter sundhedslov og servicelov, selv om en del af disse opgaver kan være udlagt til en privat leverandør efter kontrakt.

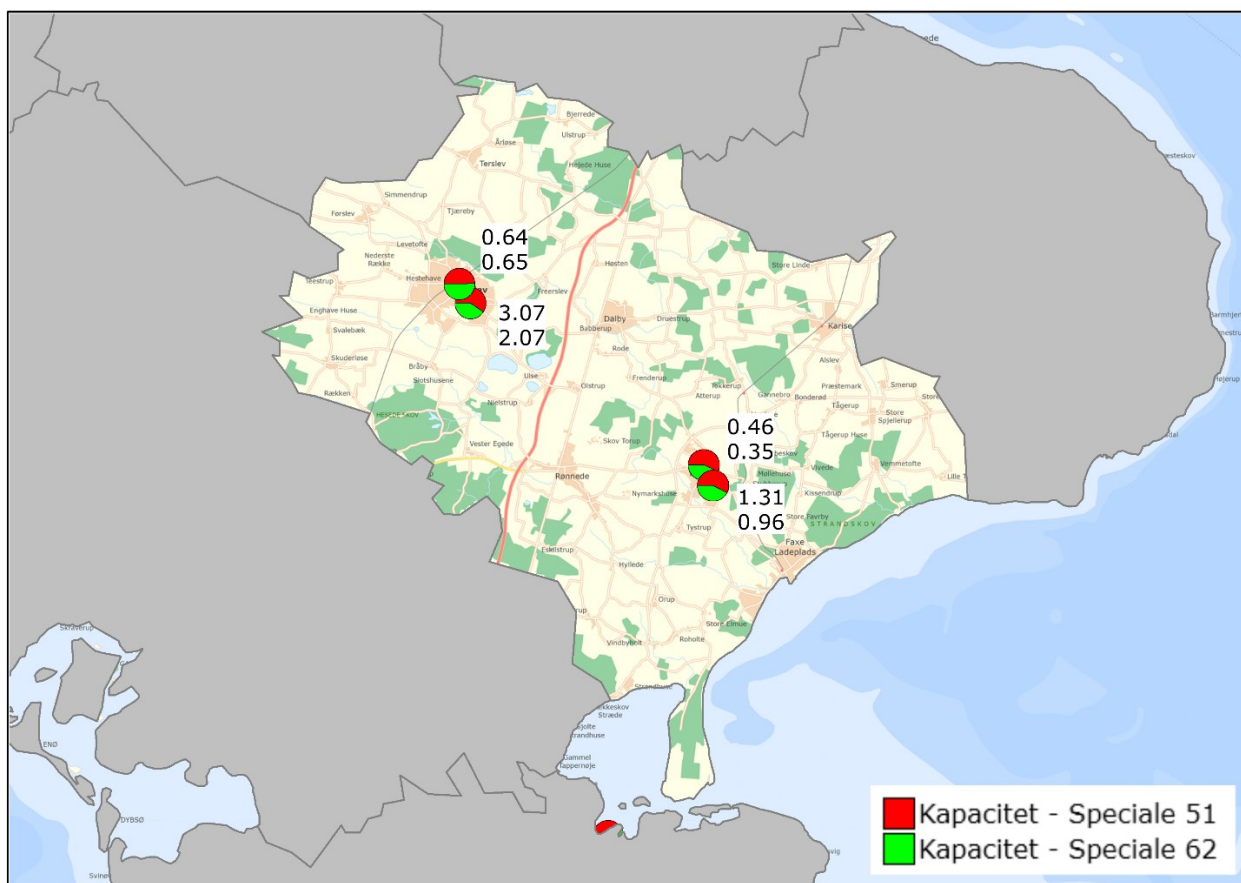
Siden kommunerne overtog myndighedsansvaret for vederlagsfri fysioterapi i 2008, har nogle kommuner oprettet eget tilbud som leverandør af vederlagsfri fysioterapi, oftest målrettet afgrænsede grupper og i begrænset omfang indenfor Speciale 62 og 65.

Dette kapitel beskriver på de følgende sider - for hver enkelt kommune - de fysioterapeutiske tilbud, som borgerne kan benytte sig af enten hos praktiserende fysioterapeut (Speciale 51 og 62) eller i kommunen (Speciale 62 og 65). Oplysninger er indhentet via kommunerne og sygesikringssystemet i april 2024.

Resterende oplysninger om tilbud kan forefindes på sundhed.dk og kommunernes hjemmesider.

Faxe Kommune

Antal klinikker	4
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 5,48 kapacitet 62 – 4,03 Kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Faxe Kommune har indgået aftale med privat rideskole uden om ydernummersystemet vedrørende kommunalt tilbud for vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65). Vederlagsfri ridefysioterapi til borgere med forskellige funktionsnedsættelser fra ca. 4 år og op efter.

Antal borgere pr. 1.april 2024: 19

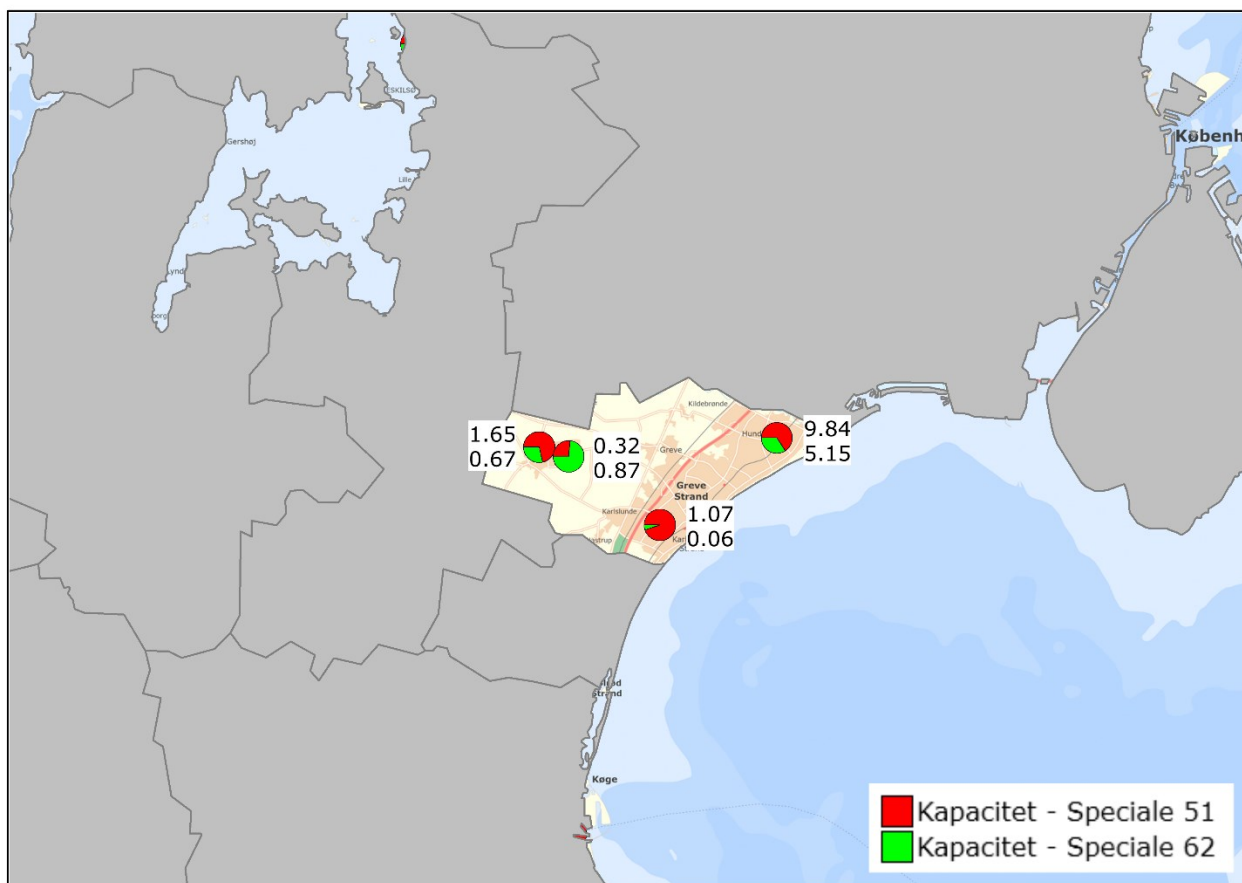
Adresse:

Lysholm Ridecenter

Lysholm Alle 110, 4690 Haslev

Greve Kommune

Antal klinikker	4
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 12,88 kapacitet 62 – 6,75 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Greve Kommune er leverandør af lægeordineret vederlagsfri fysioterapi for så vidt angår Speciale 62. Kommunen har Vederlagsfri fysioterapi på hold for borgere med kroniske progressiv lidelse.

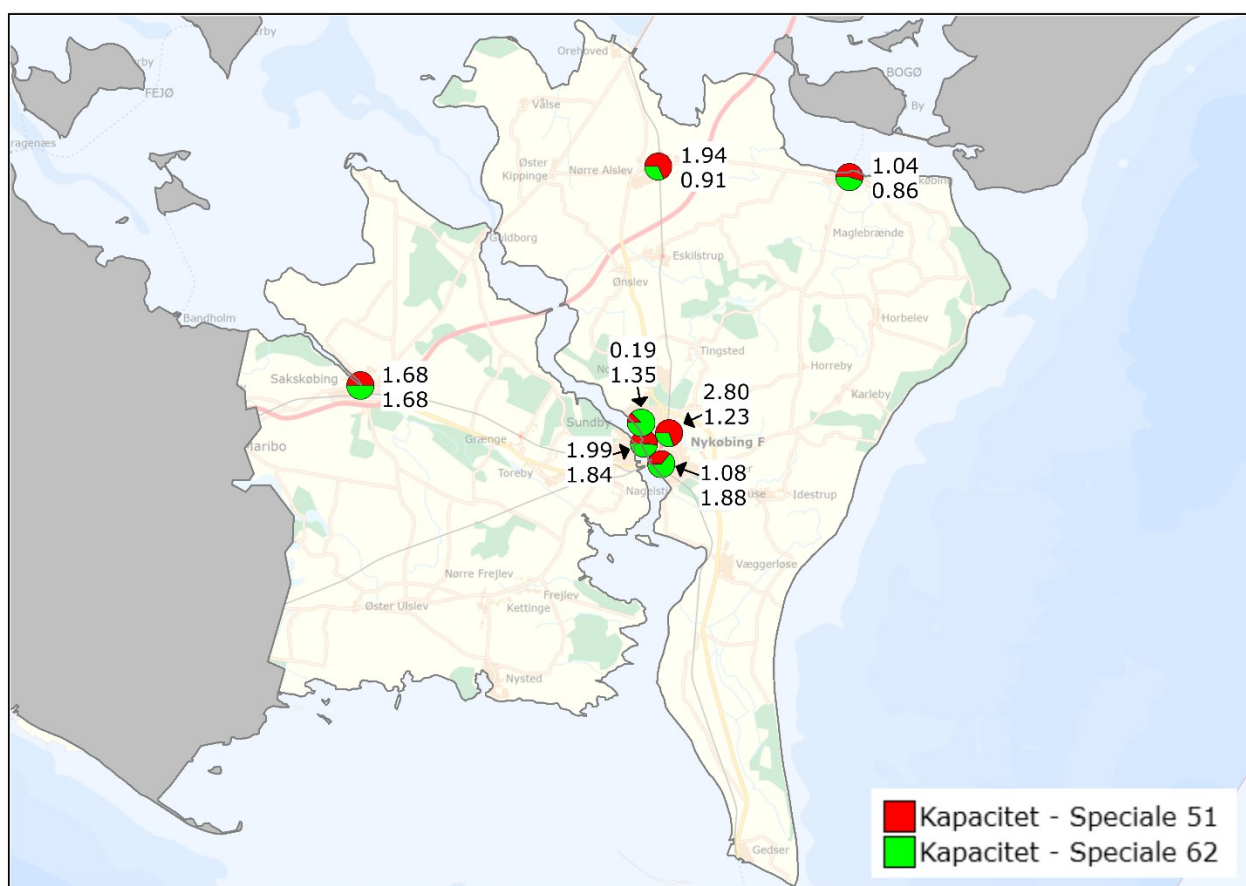
Antal borgere pr. April 2024: 8 borgere

Adresse:

Hundige Alle 11F, 2670 Greve

Guldborgssund Kommune

Antal klinikker	7
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 10,72 kapacitet 62 – 9,75 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Guldborgssund Kommune er leverandør af lægeordineret vederlagsfri fysioterapi for så vidt angår Speciale 62. Kommunen har Vederlagsfri fysioterapi indenfor lymfødembehandling.

Antal borgere pr. April 2024: 2 borgere

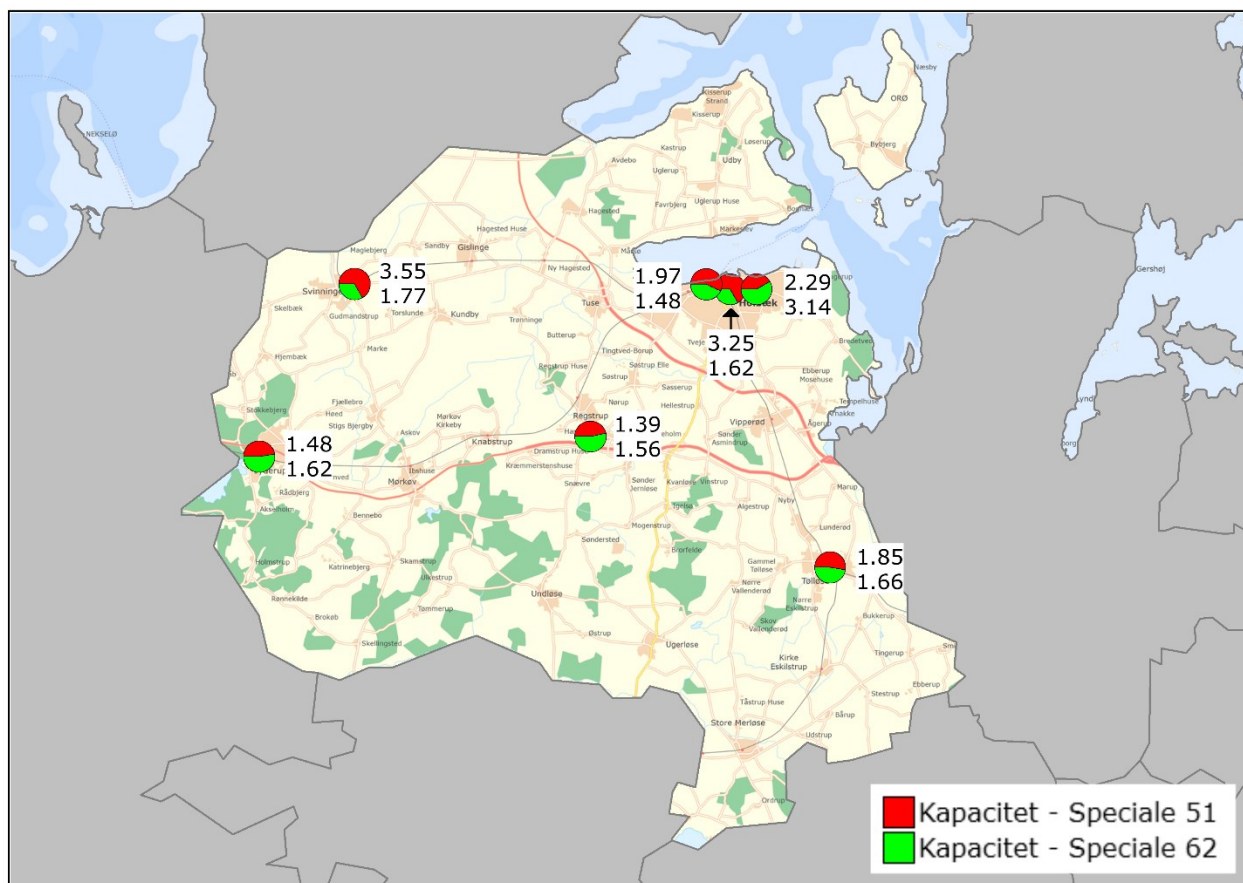
Adresse:

Guldborgssund Genoptræning
Møllebakken 54
800 Nykøbing F.

Derudover har Guldborgssund Kommune indgået aftale med privat rideskole om vederlagsfri ridefysioterapi. Adresse: Rågelundevej 24, 4892 Kettinge

Holbæk Kommune

Antal klinikker	7
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 15,78 kapacitet 62 – 12,85 kapacitet

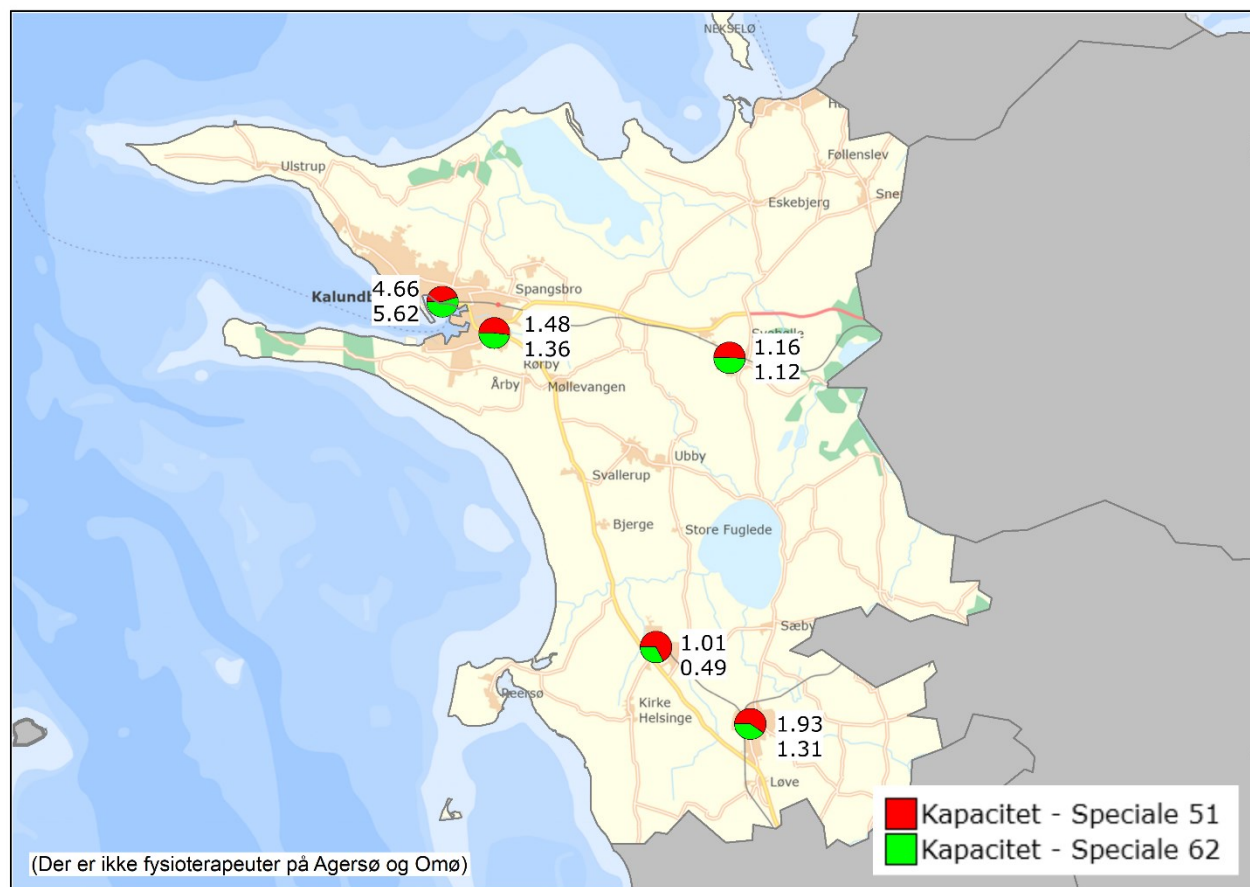


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Holbæk Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Kalundborg Kommune

Antal klinikker	5
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 10,24 kapacitet 62 – 9,9 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Kalundborg Kommune er leverandør af lægeordineret vederlagsfri fysioterapi for så vidt angår Speciale 62. Tilbuddet omfatter individuel tilrettelagt træning på hold til borgere med progressive lidelser efter Sundhedsstyrelsens diagnoseliste og til borgere med svært fysisk handicap. Kræver borgerne kan træne sammen med andre.

Derudover individuel vederlagsfri fysioterapi til børn i begrænset omfang.

Antal borgere pr. april 2024: Ikke angivet.

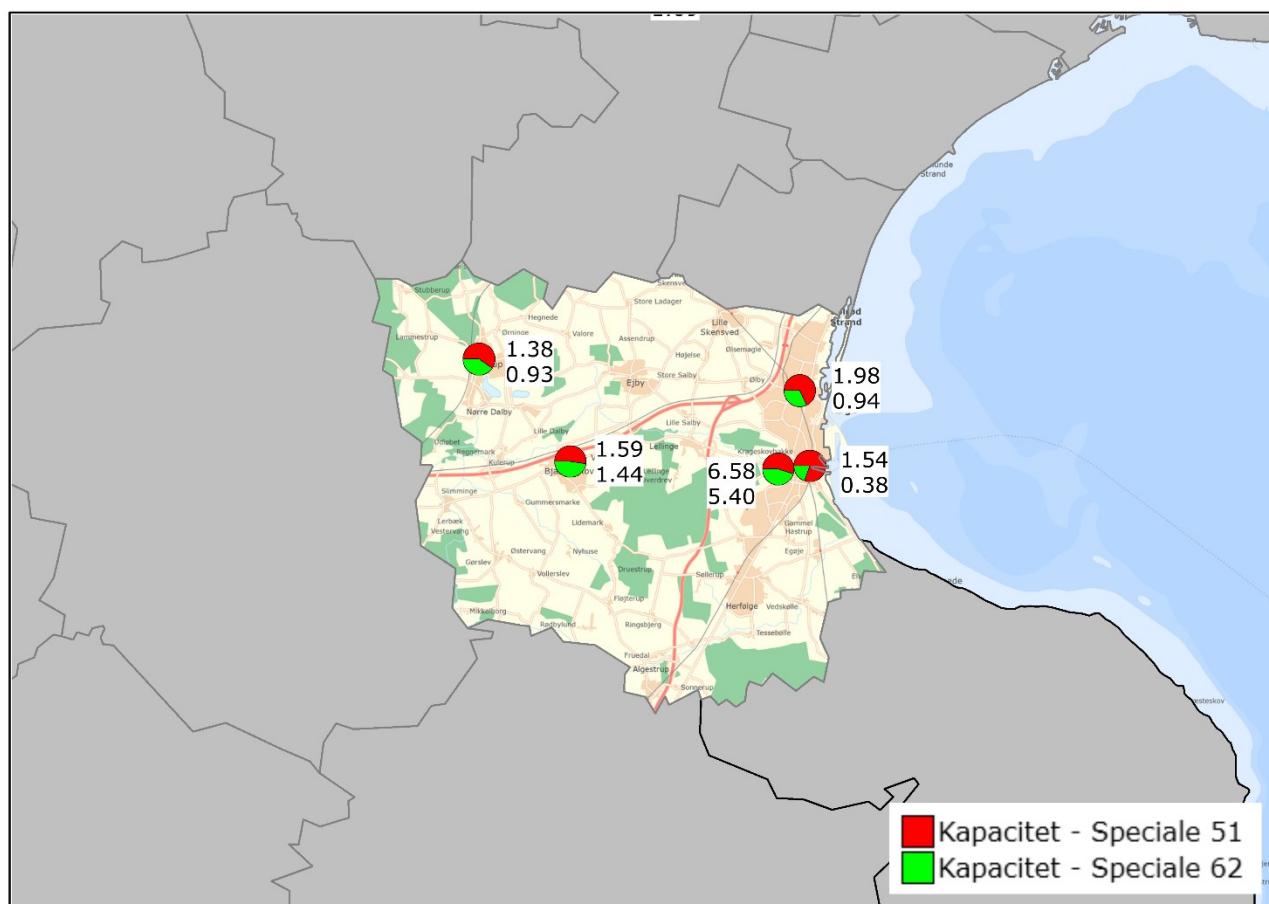
Adresser:

Kalundborg Sundheds- og Akuthus
Nørre Alle 31, 4400 Kalundborg

Trænings- og Rehabiliteringscenter Høng - Odinsvej 20, 4270 Høng

Køge Kommune

Antal klinikker	5
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 13,07 kapacitet 62 – 9,09 kapacitet

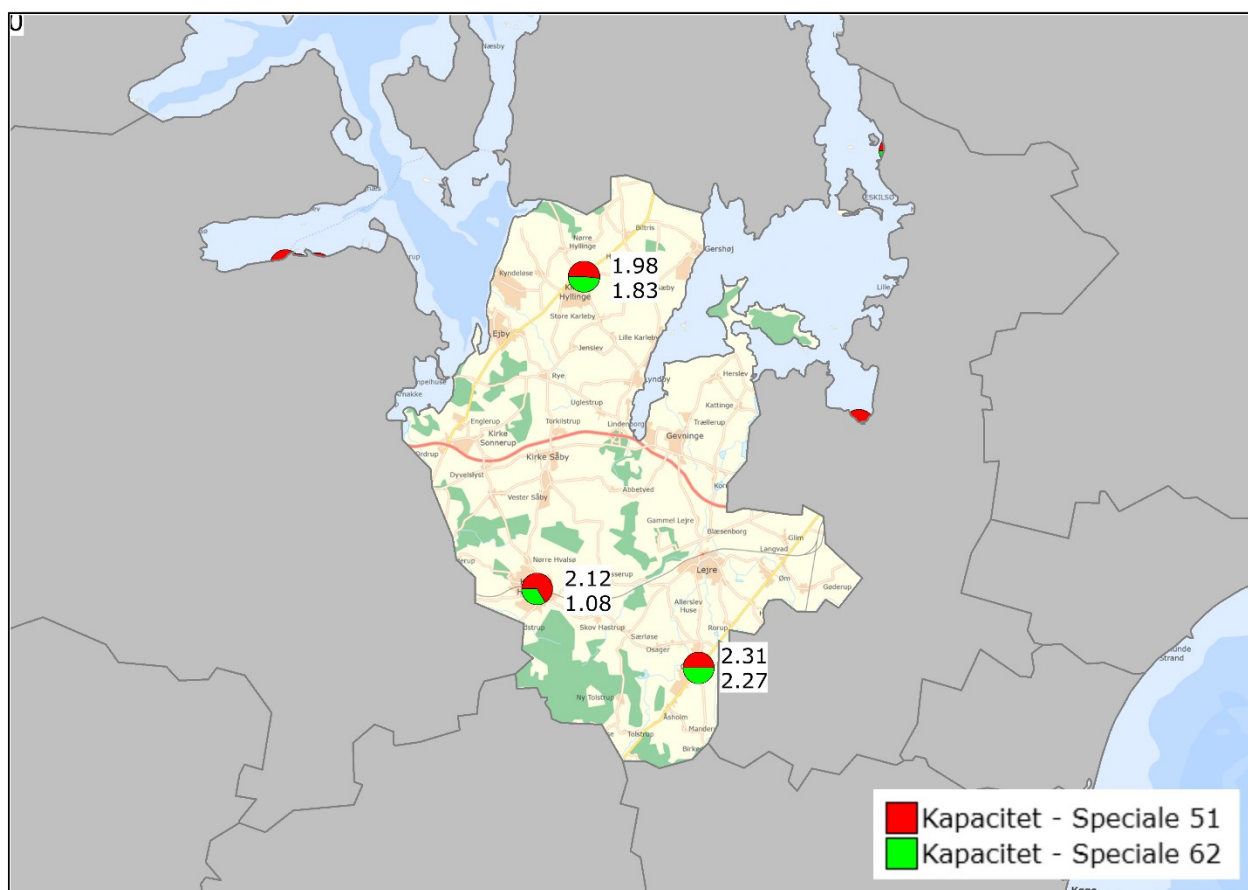


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Køge Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Lejre Kommune

Antal klinikker	3
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 6,41 kapacitet 62 – 5,18 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Lejre Kommune har et kommunalt tilbud for Speciale 62. Målgruppe: Neurologiske borgere.

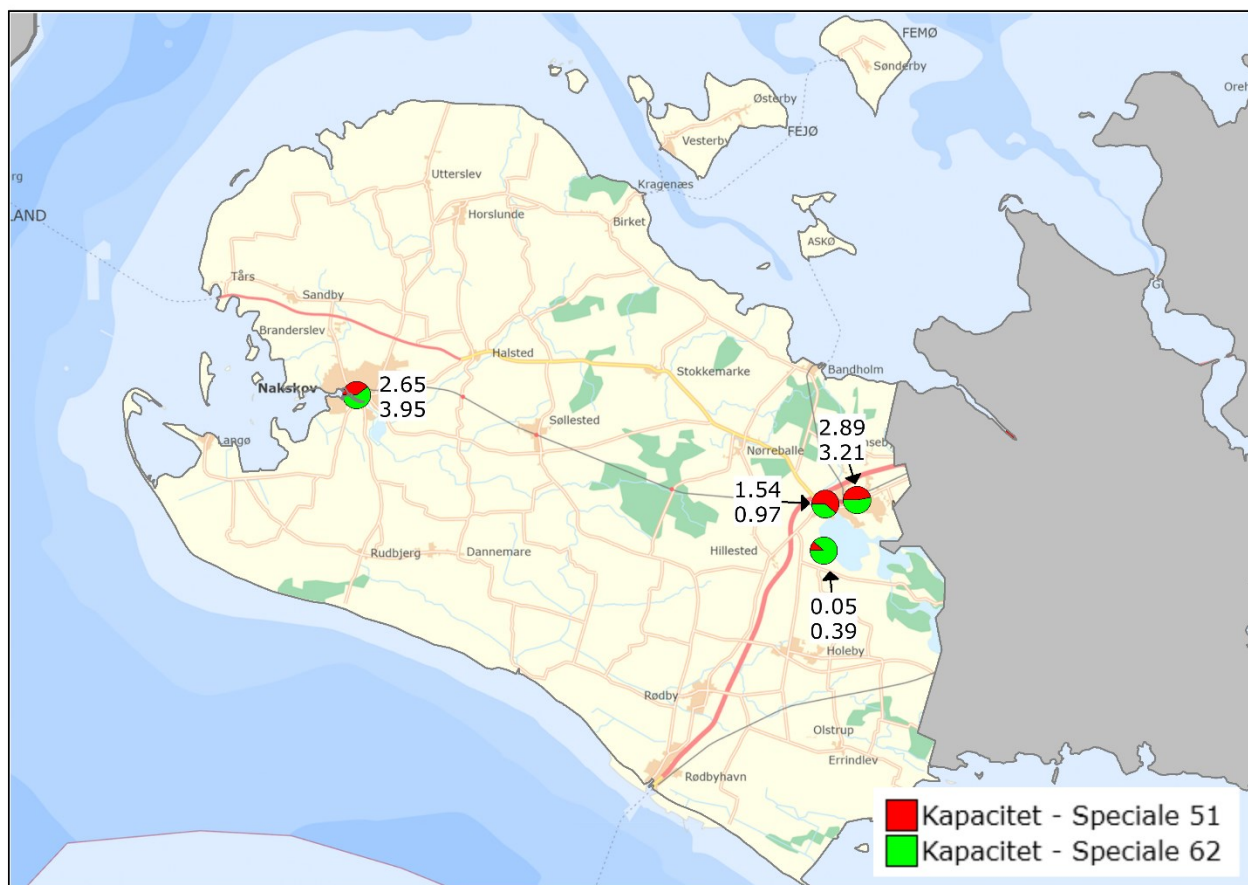
Antal borgere pr. April 2024: 10 borgere

Adresse:

Grønnehave Genoptræningscenter, Elverdamsvej 200, 4070 Kirke Hyllinge

Lolland Kommune

Antal private klinikker	4
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 7,13 kapacitet 62 – 8,52 kapacitet

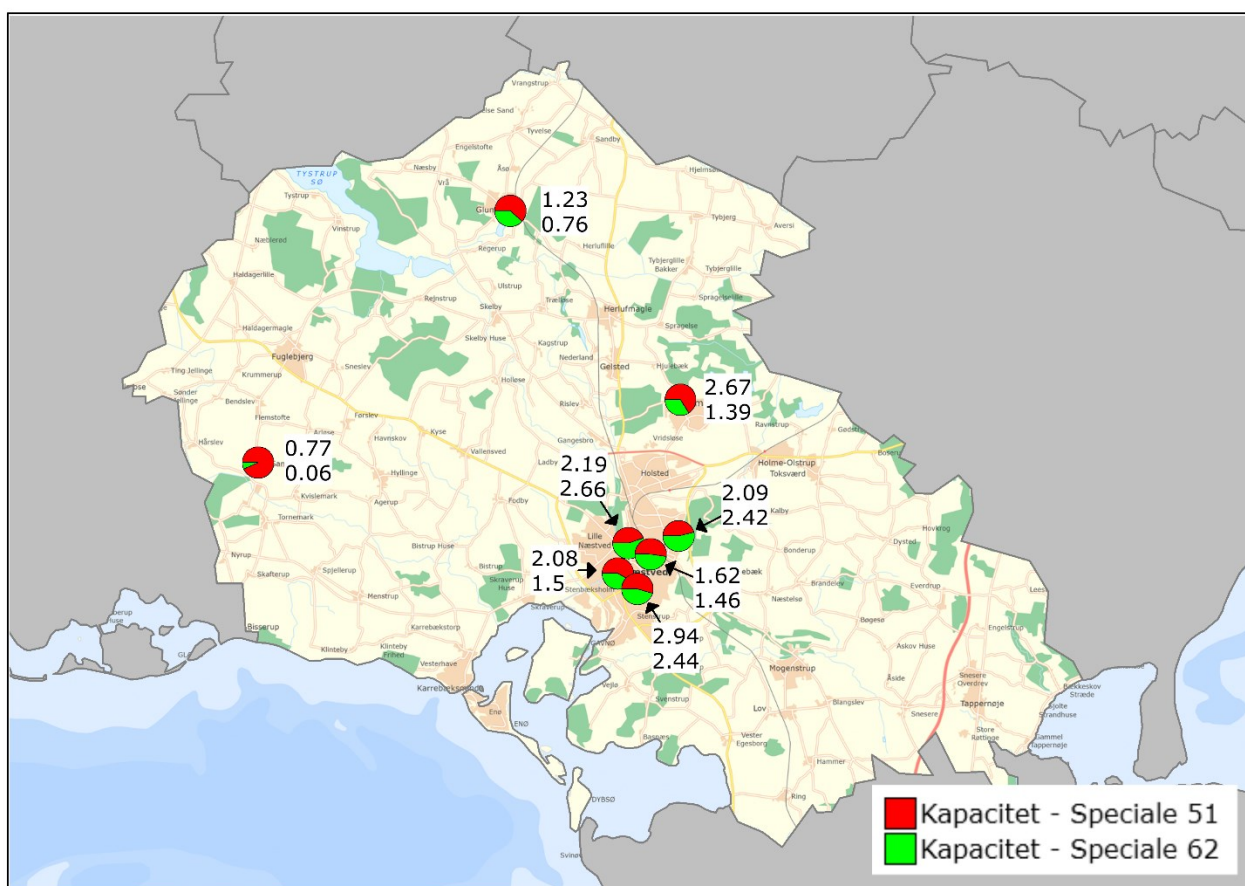


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Lolland Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Næstved Kommune

Antal klinikker	8
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 15,59 kapacitet 62 – 12,69 kapacitet

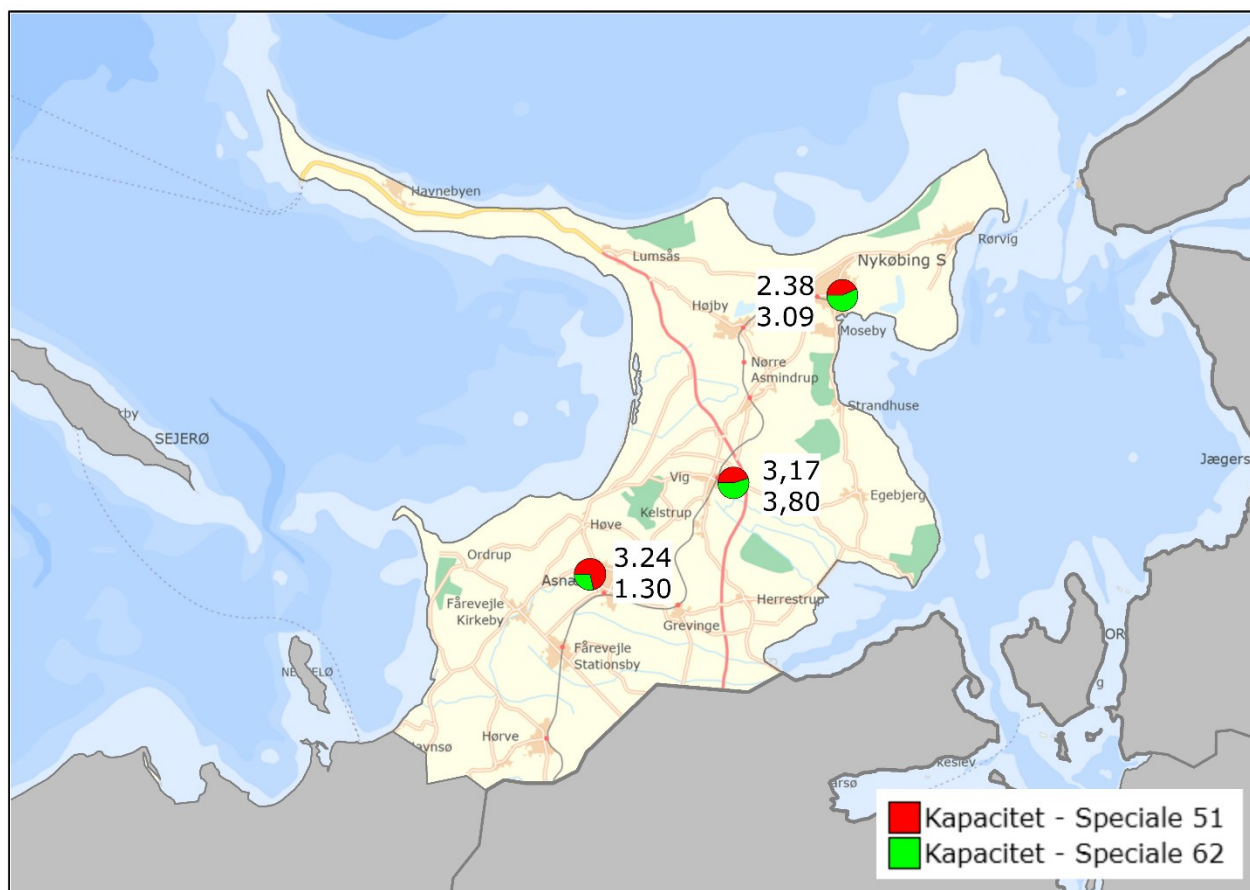


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Næstved Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Odsherred Kommune

Antal private klinikker	3
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 8,79 kapacitet 62 – 8,19 kapacitet

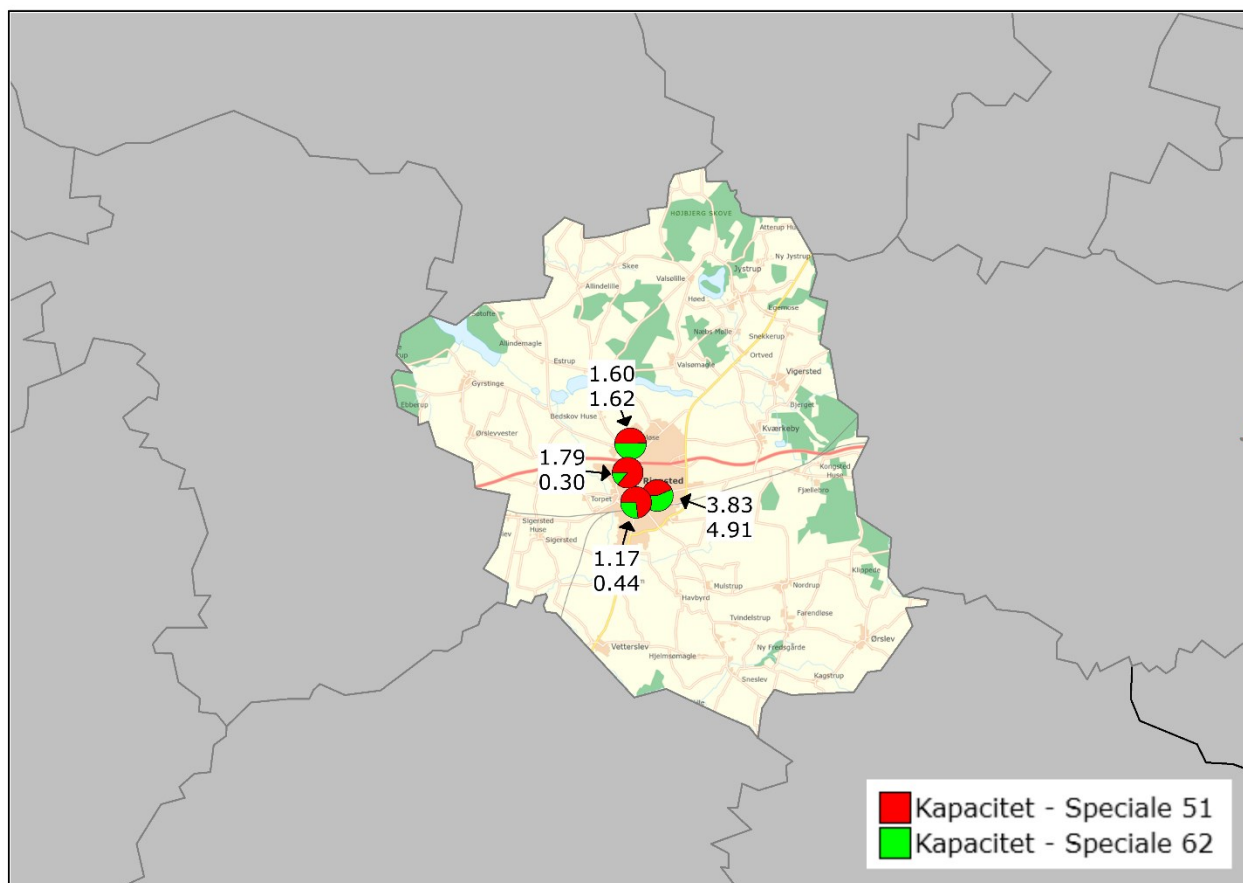


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Odsherred Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Ringsted Kommune

Antal klinikker	4
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 8,39 kapacitet 62 – 7,27 kapacitet

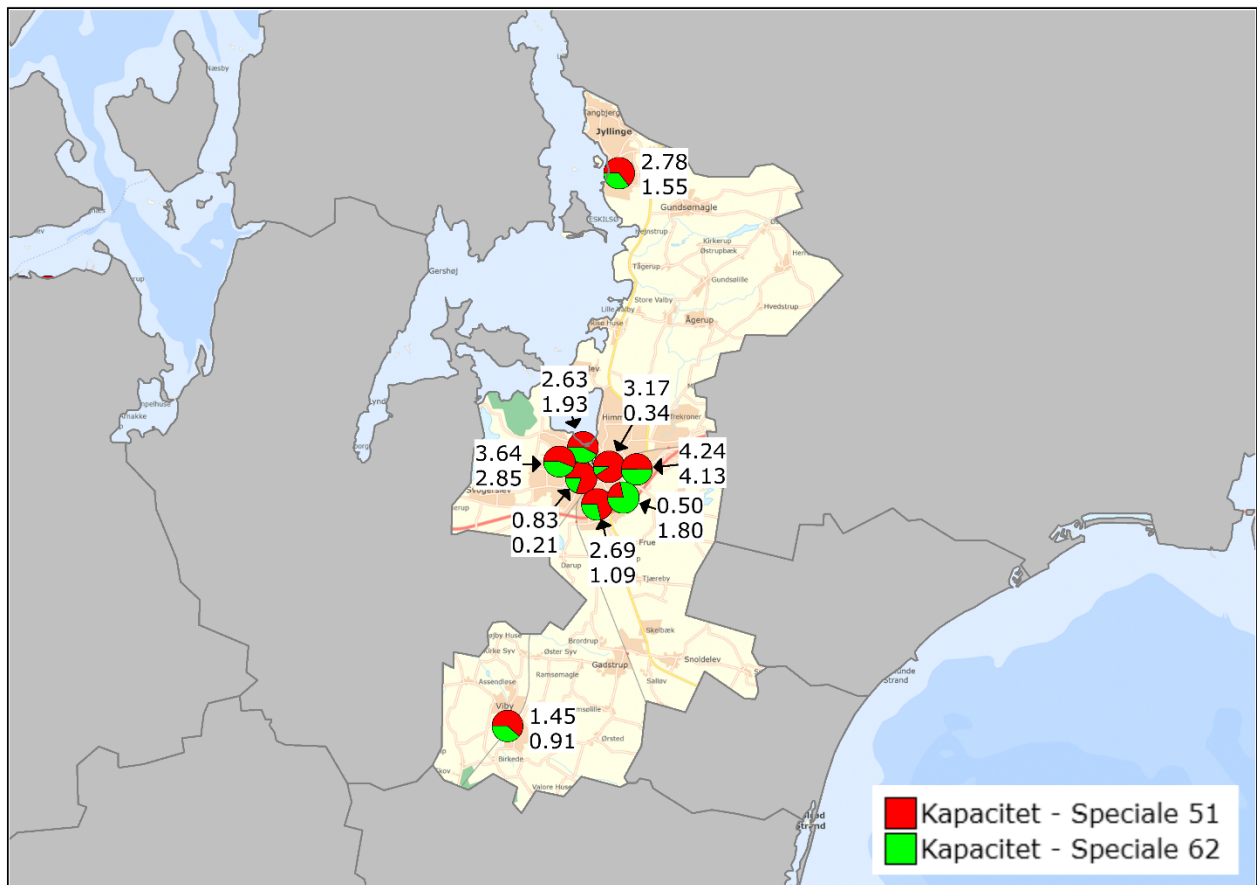


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Ringsted Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Roskilde Kommune

Antal klinikker	9
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 21,93 kapacitet 62 – 14,81 kapacitet

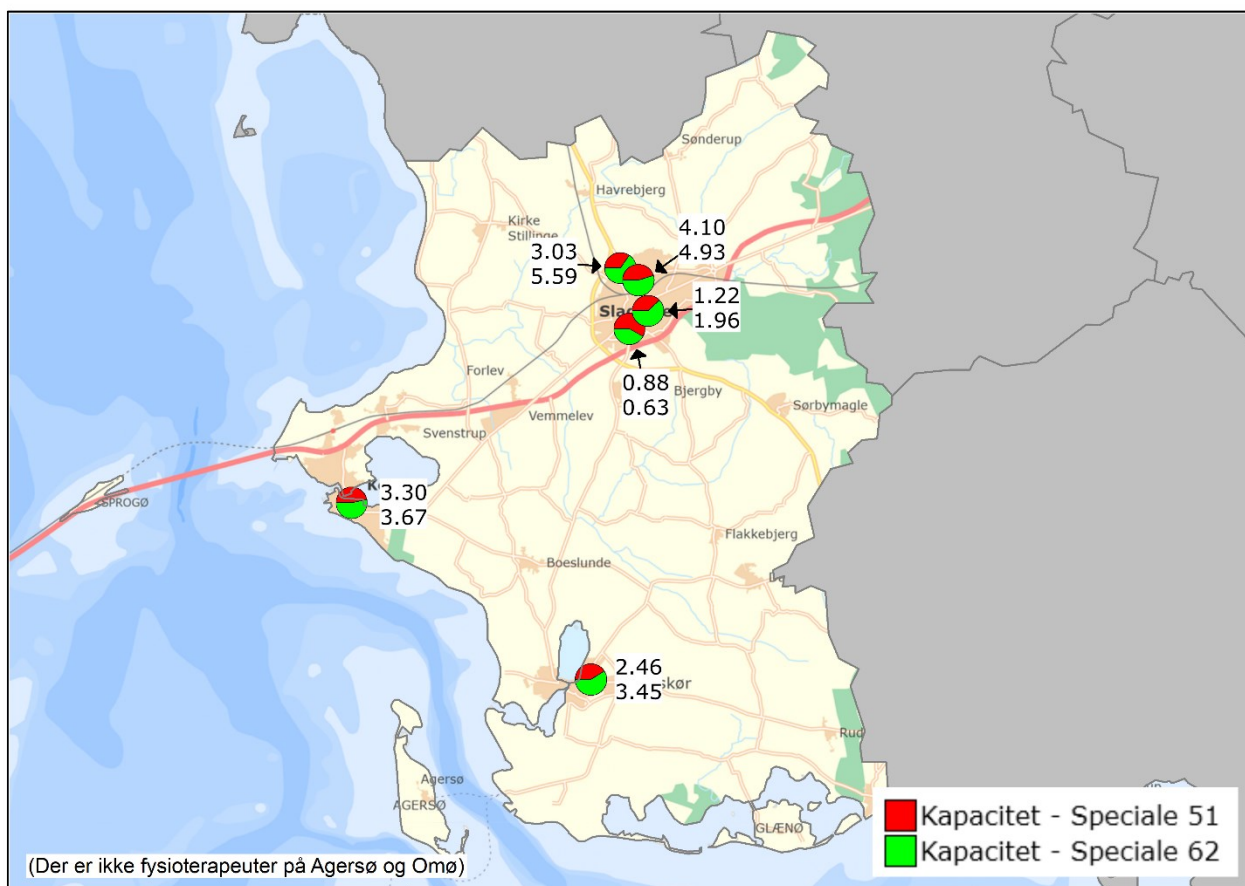


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Roskilde Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Slagelse Kommune

Antal klinikker	6
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 14,99 kapacitet 62 – 20,23 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Slagelse Kommune har Kommunalt tilbud målrettet elever på specialskole for Speciale 62. Ydelser omfatter bassintræning og individuel træning.

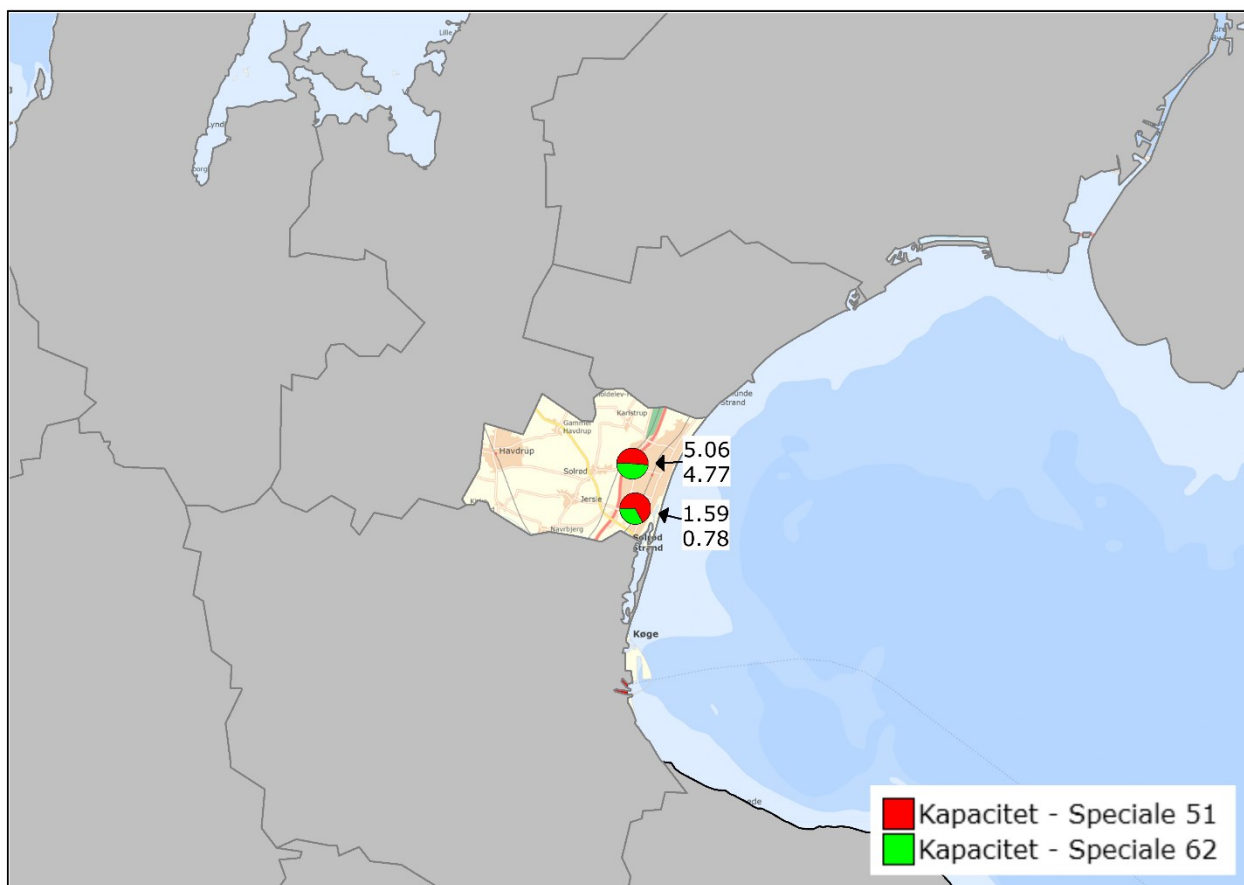
Antal borgere pr. April 2024: Ca. 20 igangværende henvisninger i alderen 6-17 år

Adresse:

Storebæltsskolen (specialskole), Storebælts Erhvervspark 1, 4220 Korsør.

Solrød Kommune

Antal klinikker	2
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 6,65 kapacitet 62 – 5,55 kapacitet

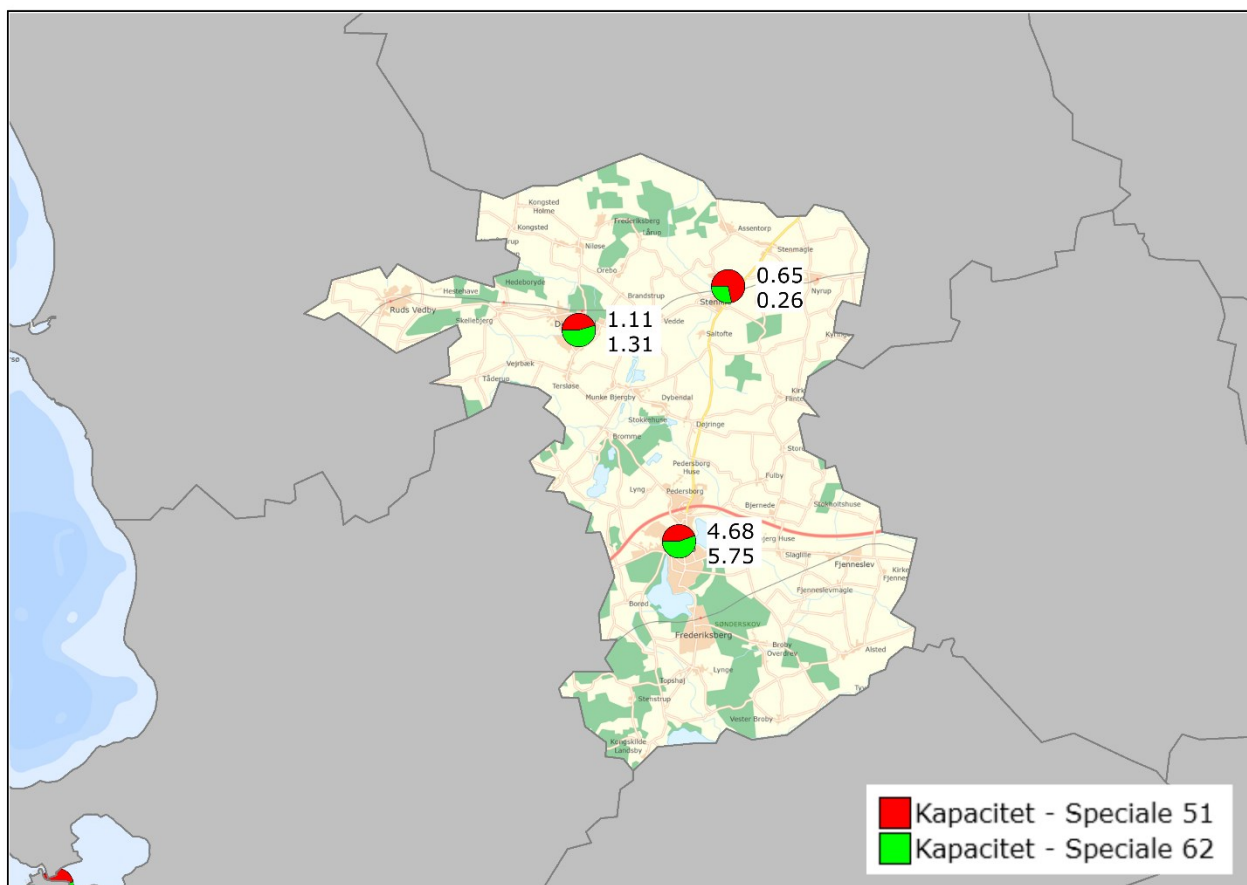


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Solrød Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Sorø Kommune

Antal klinikker	3
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 6,44 kapacitet 62 – 7,32 kapacitet

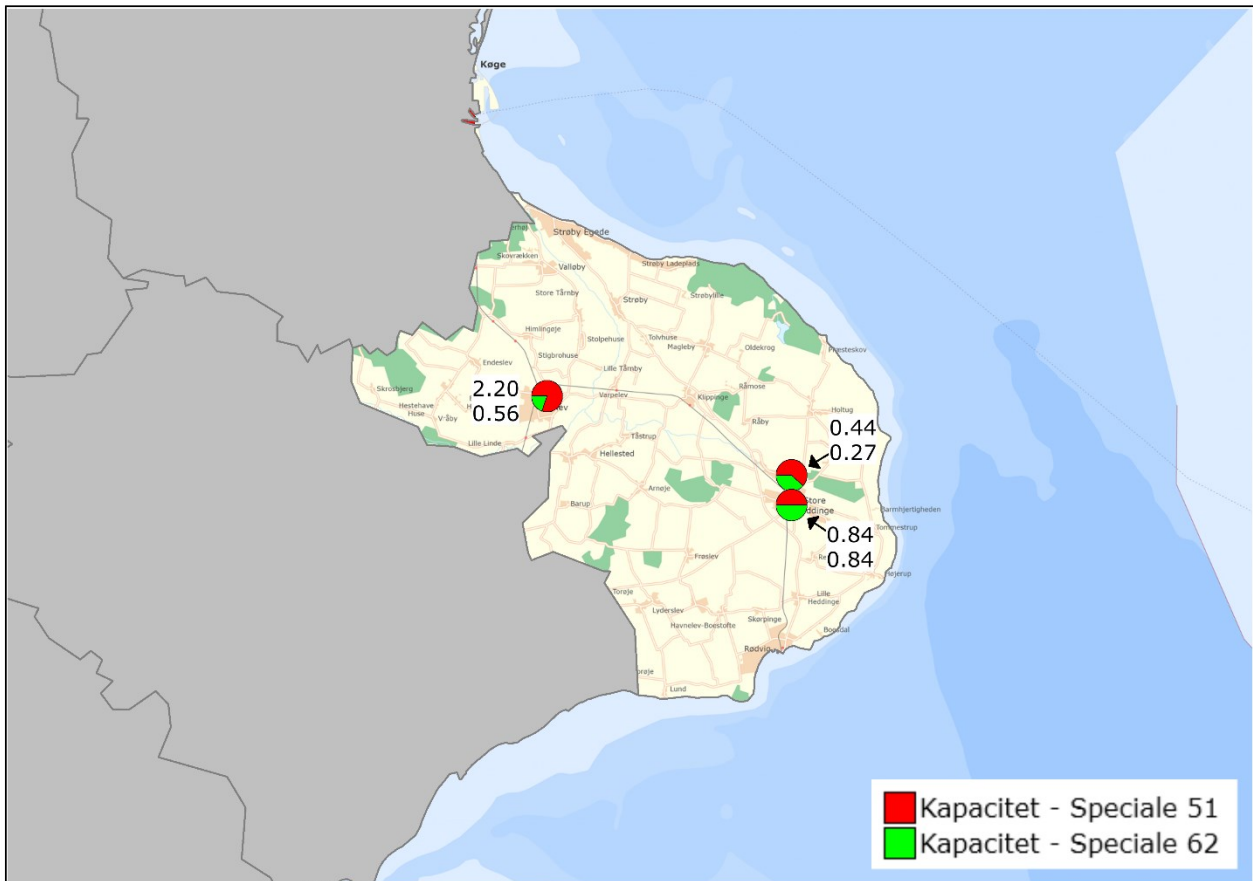


Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Sorø Kommune er ikke leverandør af hverken vederlagsfri fysioterapi (Speciale 62) eller vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65).

Stevns Kommune

Antal klinikker	3
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 3,48 kapacitet 62 – 1,67 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Stevns Kommune har indgået aftale med privat rideskole uden om ydernummersystemet vedrørende kommunalt tilbud for vederlagsfri ridefysioterapi (Speciale 65). Målgruppen er alle som er berettiget jf. regler for vederlagsfri ridefysioterapi, Speciale 65.

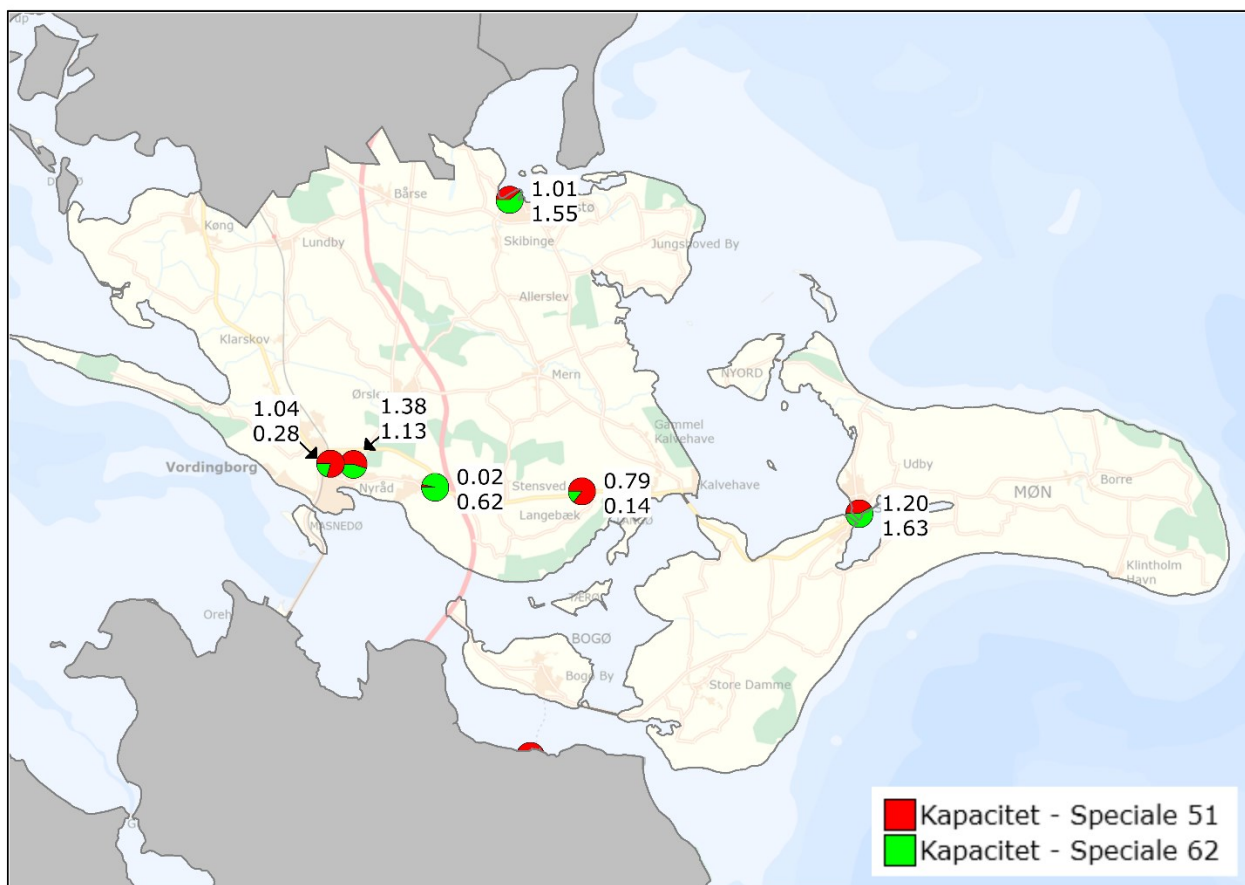
Antal borgere pr. 1.april 2024: 36 borgere via Stevns kommune

Adresse:

Ridecenter Strålen
Maglebyvej 11
4671 Strøby

Vordingborg Kommune

Antal klinikker	6
Kapacitet	Fordeling – Speciale: 51 – 5,44 kapacitet 62 – 5,35 kapacitet



Kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi / ridefysioterapi

Vordingborg Kommune er leverandør af lægeordineret vederlagsfri fysioterapi for så vidt angår Speciale 62. Tilbuddet omfatter borgere med erhvervet hjerneskade.

Antal borgere pr. April 2024: 15

Adresser:

Sankelmarsvej 10A, 4760 Vordingborg

5. Økonomi og nynedsættelser

5.2 Nynedsættelser

Rammer og midler for nynedsættelser

Der fremgår følgende af Overenskomsten for fysioterapi under PROTOKOLLAT OM DECENTRAL UDMØNTNING AF MIDLER TIL NYNEDSÆTTELSE FOR ALMEN FYSIOTERAPI OG VEDERLAGSFRI FYSIOTERAPI:

”Der afsættes decentrale midler svarende til 39,978 mio. kr. i tilskud til vederlagsfri fysioterapi (2022-niveau) med henblik på udmøntning af nynedsættelser i forbindelse med håndtering af lokale demografiske udfordringer (midler til forhøjelser af rammen for speciale 62 inkl. midler vedr. aftale om forhøjelse af rammen med 1,5% i 2023). Parterne er enige om, at regioner og kommuner råder over de decentrale midler, men i videst muligt omfang forpligter sig på at anvende midlerne til nedsættelse af nye ydernumre med nye ejere efter § 20 om praksisplanens realisering.

Regionen og kommunerne i regionen reviderer kapacitetsdelen af praksisplanen senest den 1. juli 2025 med henblik på udmøntning af nynedsættelserne i 2025 og 2026. Midlerne finder anvendelse i regioner og kommuner pba. regionernes bloktilskudsnøgle. For vederlagsfri fysioterapi udmøntes decentrale midler i 2022-niveau svarende til: - 31,850 mio. kr. i 2025 - 8,127 mio. kr. i 2026 Det er parternes forventning, at udmøntningen af demografimidler til nynedsættelser på speciale 62 i tilsvarende omfang medfører nynedsættelser på speciale 51. Regionen meddeler ved nynedsættelse fysioterapeuten, hvordan kapacitetens tilskud er fordelt på de 2 specialer og samlet.

RLTN følger løbende op på, om udmøntningen af decentrale midler medfører nynedsættelser som forventet og indgår i dialog med kommuner og regioner herom. Hvis ikke alle de decentrale midler disponeres til nynedsættelser inden udgangen af overenskomstens 3. år (2026), tillægges de ikke-disponerede midler via en procentuel forhøjelse af eksisterende klinikkers kapacitet på specialet. For speciale 51 foretager parterne denne opgørelse i forhold til det beløb, som parterne i beregningen af klinikkernes kapacitet i 2024 afsatte til forventet udmøntning af nynedsættelser i løbet af overenskomstperioden.”

Helt konkret betyder dette, at Region Sjællands andel i 2025-prisniveau udgør 6.383.828 kr. på speciale 62 og 3.035.202 kr. (uden patientandel) på speciale 51. Dette svarer til, at det er muligt at nedsætte op til 6,1 kapacitet på speciale 62 og 7,2 kapacitet på speciale 51.

Fordeles midlerne ikke til konkrete kapaciteter, tilfalder de ikke-afsatte midler den nationale økonomiramme indenfor specialet.

RLTN har meldt ud til regioner og kommuner, at det er op til de enkelte regioner at fordele de afsatte midler, herunder fordelingen på speciale 51 og 62.

Ved tildeling af ny kapacitet tilfalder udgifterne for speciale 62 patienterne 100 % den bopælskommune, hvorfra de behandlede patienter har bopæl. Der er ikke afsat midler nationalt eller igennem bloktilskud til den enkelte kommune ifm. eventuel tildeling af kapacitet. Det samme gælder Region Sjælland på speciale 51 kapaciteter. Det skal bemærkes, at tildeling af midler under speciale 62 ligeledes kræver tildeling af midler under speciale 51 til kommende ydere.

5.3 Anbefalet tilpasning af praksisområdet

Der blev fra 1. oktober 2024 til 13. december 2004 gennemført en høring af de 17 kommuner samt i regionen vedrørende ønsker til nynedsættelse af kapacitet.

Der har skulle udarbejdedes en plan, hvor nedsættelse af kapacitet sker i en kombination mellem speciale 62 og speciale 51. På den baggrund er nedenstående kapacitetsfordeling udarbejdet:

	Øget kapacitet på speciale 62 (Kommunal finansiering)	Øget kapacitet på speciale 51 (Regional finansiering)
Lejre	0,50	0,50
Køge	0,79	1
Stevns	1	1
Faxe	1	1,75
Næstved	1	1,45
Odsherred	0,50	1,5
I alt:	4,79	7,2

Viser kommende tildeling af kapacitet fordelt mellem speciale 62 og speciale 51.

Kommunerne:

Høringsfasen har klarlagt, at der hos kommunerne er et ønske om kapacitetsudvidelse på i alt 4,79 vederlagsfri kapacitet (Speciale 62). Disse ønsker til vederlagsfri kapacitet er blevet tilgodeset. Tildelingen imødekommer således de kommuner, der har ønsket at styrke deres sundhedstilbud og tilgang til fysioterapi i egen kommune.

Fordelingen af vederlagsfri kapacitet medfører, at der anvendes en stor andel på ca. 78 % af de 6,1 kapacitet, som var tilgængelig for tildeling i kommunerne. Der er dog en resterende andel af kapacitet på i alt 1,31 (Udgør ca. 1,37 mio. kr.) tilbage. Disse vil således blive lagt i den nationale ramme af de centrale parter. Det skal i den forbindelse bemærkes, at den nationale ramme er solidarisk og midlerne fordeles derfor ud på hele landet (Dette forhold gælder for alle regioner).

Regionen:

Regionen følger med denne plan i alt 7,2 kapacitet indenfor almindelig fysioterapi (Speciale 51) til kapacitetsfordelingen. Fordelingen af almindelig fysioterapi medfører, at regionen anvender samtlige afsatte midler, som var tilgængelig for tildeling i overenskomsten.

Antal nye ydernumre:

Når kapacitetsfordelingen er vedtaget, skal kapaciteten ud at leve hos nye ydernummerindehavere. Den endelige fordeling af antallet af kommende ydernumre vil blive foretaget i Fællessekretariatet for Fysioterapi.

Der er en forventning om, at kapaciteten i ovenstående tabel vil kunne fordeles på 13 nye ydernumre. Der forventes en fordeling på:

- 1 ydernummer i Lejre Kommune
- 2 ydernumre i Køge Kommune
- 2 ydernumre i Stevns Kommune
- 3 ydernumre i Faxe Kommune
- 3 ydernumre i Næstved Kommune
- 2 ydernumre i Odsherred Kommune.

5.4 Samlet kapacitet fra 1. juli 2025

Almindelig fysioterapi: 180,61

Vederlagsfri fysioterapi: 153,94

Nedenstående skema er opdateret med befolkningsdata pr. 1. januar 2025 samt med den nye kapacitetsfordeling på speciale 51. Herefter fremstår den nye fordeling af borgere pr. kapacitet i kommunerne.

Speciale 51 – Fordeling af borgere pr. kapacitet efter tilpasning

	Indbyggere:	Samlet kapacitet	Borgere pr. kapacitet
Roskilde	91.623	21,93	4.178
Næstved	84.895	17,04	4.982
Slagelse	80.481	14,99	5.369
Holbæk	74.490	15,78	4.721
Køge	63.335	14,07	4.501
Guldborgsund	59.350	10,72	5.536
Greve	53.536	12,88	4.157
Kalundborg	48.103	10,24	4.698
Vordingborg	45.057	5,44	8.283
Lolland	39.122	7,13	5.487
Faxe	37.820	7,23	5.231
Ringsted	36.286	8,39	4.325
Odsherred	32.225	10,29	3.132
Sorø	30.641	6,44	4.758
Lejre	29.594	6,91	4.283
Solrød	24.732	6,65	3.719
Stevns	23.612	4,48	5.271
	I alt: 854.902	I alt: 180,61	

Befolkningsdata fra dst.dk pr. 1. januar 2025

Nedenstående skema er opdateret med befolkningsdata pr. 1. januar 2025 samt med den nye kapacitetsfordeling på speciale 62. Herefter fremstår den nye fordeling af borgere pr. kapacitet i kommunerne.

Speciale 62 – Fordeling af borgere pr. kapacitet efter tilpasning

	Indbyggere:	Samlet kapacitet	Borgere pr. kapacitet
Roskilde	91.623	14,81	6.187
Næstved	84.895	13,69	6.201
Slagelse	80.481	20,23	3.978
Holbæk	74.490	12,85	5.797
Køge	63.335	9,88	6.410
Guldborgsund	59.350	9,75	6.087
Greve	53.536	6,75	7.931
Kalundborg	48.103	9,9	4.859

Vordingborg	45.057	5,35	8.422
Lolland	39.122	8,52	4.592
Faxe	37.820	5,03	7.519
Ringsted	36.286	7,27	4.991
Odsherred	32.225	8,69	3.708
Sorø	30.641	7,32	4.186
Lejre	29.594	5,68	5.210
Solrød	24.732	5,55	4.456
Stevns	23.612	2,67	8.844
	I alt: 854.902	I alt: 153,94	

Befolkningsdata fra dst.dk pr. 1. januar 2025

Kriterier for tildeling af nynedsættelser og videre proces

I forbindelse med udarbejdelse af ny kapacitetsplan er der opstillet en række kriterier, som bliver en forudsætning ifm. tildeling af de nye ydernumre med kapacitet:

- Eksisterende ejere kan ikke søge om nynedsættelse.
- Der skal være mulighed for holdtræning, handicapvenlige adgangsforhold mv. i den klinik, hvor kommende ydere vil nedsætte sig. Der skal stilles krav om, hvor langt tid fysioterapeuten har til at nedsætte sig på en egnet klinikadresse.
- Kommende ydere skal leve op til overenskomstens regler før tildeling af ydernummer kan gives.
- Fysioterapeuter med en aftale om tilknytning til eksisterende klinik prioriteres i ansøgningsprocessen, med henblik på at sikre et tilstrækkelig grundlag for sparring samt sikre egnede lokaler til forskellige behandlingsindsatser.
- Fokus på nærhed og lighed i sundhed. - Alle områder med et tilstrækkeligt patientgrundlag bør have mulighed for et tilbud om fysioterapi. Det skal i tildelingsprocessen vurderes, i hvilke områder i kommunen, man bedst kan styrke den nære fysioterapeutiske kapacitet.
- Tyngde af patienter og særlige patientgrupper i områderne kan tages med i betragtning i ansøgningsprocessen.

Når kapacitetsplanen er godkendt, vil arbejdet med opslag af den vedtagne nye kapacitetsfordeling i kommunerne blive behandlet af Fællessekretariatet for Fysioterapi mhp. nedsættelse af nye ydernumre inkl. kapacitetsfordeling fra efteråret 2025.