

## Spørgsmål og svar om sundhedsklynger

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 10

<b>Overordnede spørgsmål .....</b>	<b>3</b>
Hvorfor er der behov for klynger? .....	3
Hvilke opgaver skal klyngerne løse? .....	3
Vil kommunerne ikke bare have flere opgaver? .....	4
Hvilke opgaver skal klyngerne ikke tage sig af? .....	4
Bliver sundhedsklyngerne ikke bare en fjerde myndighed, som resulterer i endnu flere snitflader og mere bureaukrati? .....	4
Er der overhovedet politisk gehør for regionernes forslag om at samle det hele i regionerne? .....	4
Hvordan løser klyngerne sundhedsvæsenets problemer med manglende sammenhæng? .....	5
Hvorfor er stærkere sundhedsklynger en bedre vej at gå, end den nuværende model? .....	5
Kunne man ikke løse problemerne i den nuværende struktur? Er der overhovedet behov for at tegne nye streger? .....	5
Hvad med den sociale geografiske ulighed – bliver den ikke blot fastholdt i en klyngemodel? .....	5
<b>Spørgsmål vedr. organisering .....</b>	<b>5</b>
Er der ikke en risiko for, at klyngerne er for bureaukratiske, og er det ikke bare et nyt administrativt lag, som skaber nye snitflader? .....	5
Hvor mange klynger skal der være? .....	6
Nogle steder er der helt op til 11 kommuner i én klynge. Er det ikke for mange, hvis man skal kunne træffe fælles beslutninger? .....	6
Kan en kommune fortsat være repræsenteret i flere klynger? .....	6
Kan man som sundhedsperson være ansat i en klynge? .....	6
Hvem bestemmer i klyngen? .....	6
Er det ikke et problem, at bestyrelsesmedlemmerne ikke er valgt direkte ved demokratiske valg? .....	6
Kan borgmestrene afse tid til at engagere sig i endnu et politisk organ? ..	6
Er der ikke meget bureaukrati forbundet med endnu et politisk organ? .....	7
Hvad med de mindre kommuner, der ikke kan levere en given opgave? ..	7
Er borgmestrene de rigtige til at træffe beslutninger om meget sundhedsfaglige indsatser som IV-behandling og udrulning af telemedicinske løsninger? .....	7
Hvordan træffes beslutninger i sundhedsklyngen? .....	7

Vil klyngerne ikke udhule byrådene og den politiske legitimitet? .....	7
Hvad hvis man som kommune kommer i mindretal i klyngen? .....	7
<b>Spørgsmål vedr. almen praksis .....</b>	<b>7</b>
Hvordan skal almen praksis organiseres? .....	7
Hvordan skal almen praksis honoreres? .....	8
Hvad skal almen praksis lave sammenlignet med i dag?.....	8
<b>Spørgsmål vedr. psykiatri.....</b>	<b>8</b>
Hvilke opgaver skal klyngerne konkret varetage i forhold til mennesker med psykiske lidelser? .....	8
Hvad med borgere med svær dobbeltdiagnose, som der netop er indgået aftale om skal modtage behandling i regionalt regi? .....	8
<b>Spørgsmål vedr. ansvar .....</b>	<b>9</b>
Hvem har ansvaret for borgernes behandling? .....	9
Ofte ender fælles ansvar med, at ingen tager ansvar. Er det ikke meget bedre, at hele sundhedsopgaven ligger enten hos regioner eller kommuner? .....	9
Kunne man ikke lige så godt lade regionerne have det koordinerende ansvar som klyngerne? Hvilken værdi skaber KL's forslag ift. regionernes? .....	9
<b>Spørgsmål til økonomi .....</b>	<b>9</b>
Hvor kommer pengene fra? .....	9
Hvordan hænger økonomien sammen med kommunens budget og serviceniveau? .....	10
<b>Spørgsmål om kvalitetsdata .....</b>	<b>10</b>
Hvordan sikrer vi god kvalitet i tilbuddene på tværs? .....	10

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 2 af 10

## Overordnede spørgsmål

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 3 af 10

### Hvorfor er der behov for klynger?

Vi har skabt et specialiseret og centraliseret sundhedsvæsen, der er rigtig godt til at udrede og behandle patienter for sygdom. Det gælder fx de mest hyppige sygdomme som kræft og hjertesygdom. Men for alle dem der er flest af – mennesker med en eller flere kroniske sygdomme, de skrøbelige ældre og mennesker med psykiske lidelser, som lever med sygdom i hverdagen, der slår vores sundhedsvæsen ikke til. Det er løsningerne for dem, som vi skal have for øje, når vi tegner stregerne for fremtidens sundhedsvæsen.

### Hvilke opgaver skal klyngerne løse?

Helt overordnet skal klyngerne være ansvarlige for at sikre den videre udvikling af det nære sundhedsvæsen. De skal sikre sammenhæng, omstilling og prioritering. Mere specifikt bliver det klyngernes opgave at finansiere og sætte retning for opgaverne på disse områder:

Forebygge indlæggelser: Klyngerne skal sikre kommunal adgang til lægefaglig rådgivning og speciallægeviden. Derudover er der behov for at se på prøvetagning i hjemmet for skrøbelige ældre og fleksibilitet, fx i forhold til at få medicin bragt ud og få dosispakket medicin.

Lægedækning: Klyngerne har ansvaret for, at der er lægedækning, herunder på de kommunale sengepladser og i borgernes egne hjem.

Kommunale sengepladser: Klyngerne skal aftale, hvordan og om man lokalt vil gøre brug af kommunale sengepladser. Fx til ophold til borgere, som er så dårlige, at de ikke kan være i eget hjem, men ikke er syge nok til at optage en sygehusseng.

Behandling i eget hjem: Klyngerne skal udvikle og implementere behandlingsindsatser i eller nær borgernes eget hjem. Fx bed-side diagnostik, prøvetagning og egentlig behandling (fx IV), samlede palliative forløb mv.

Kronikertilbud: Klyngerne skal planlægge indsatser til borgere med kronisk sygdom fra forebyggelse over tidlig opsporing til behandling. Med fokus på mestring og livet med kronisk sygdom, træning før operation, brug af teknologi, differentiering og adgang til rådgivning.

Psykiatrien: Klyngerne skal have til opgave at styrke *sammenhæng mellem kommunerne og henholdsvis børne- og ungepsykiatrien og den ambulante psykiatri*. Derudover skal de styrke socialpsykiatrien, herunder understøtte udgående funktioner fra psykiatrien som fx botilbudsteams og understøtte samarbejdet omkring kommunale afklaringspladser, forebyggende lettilgængelige tilbud, *dobbelt-diagnosetilbud* mv.

Rehabilitering: Sundhedsklyngerne skal have opgaven med specialiseret rehabilitering. Det kan fx være hjerneskadeområdet, hvor der behov for både volumen i indsatsen og specialiseret viden.

Almen praksis En nytænkning af almen praksis vil være en hjørnesten i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis skal honoreres fra klyngerne i en ny kontraktform, som giver mulighed for et langt mere forpligtende samarbejde mellem klyngerne og almen praksis. De skal i langt højere grad forpligtes til at understøtte kommunerne og skal ikke som i dag via enkeltvedselssoverenskomstssystemet kunne vælge, hvilke opgaver der løftes. Praksisledelse skal genopfindes, så almen praksis tænkes ind som en integreret ressource i klyngerne.

Prøvetagning: Klyngerne skal aftale rammer for brug af relevante laboratoriefunktioner, prøvetagning og lettere diagnostik fra hospitalerne.

Sygepleje: Klyngerne skal aftale opgaver og patienttyngde i sygeplejen, så den kommunale sygeplejefaglige kapacitet bruges bedst muligt tæt på borgeren.

Teknologi: Digitalisering og teknologi åbner nye muligheder for, at borgere selv kan mestre deres liv med kronisk sygdom, og at vi kan behandle flere hjemmefra. Det skal vi udnytte. Sundhedsklyngerne skal have til opgave at sikre udbredelse og implementering af teknologi på baggrund af en national planlægning. Udbredelse af dosisdispenseret medicin eller monitorering af hjertesvigt er gode eksempler på områder, hvor klyngerne kan drive arbejdet.

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 4 af 10

### **Vil kommunerne ikke bare have flere opgaver?**

Både kommuner og sygehusejere vil komme til at aflevere opgaver til klyngerne i denne model. Klyngerne skal sikre, at opgaverne løses der, hvor vi får så meget sundhed som muligt for pengene. Dette er helt uafhængigt af, om opgaven placeres i kommunen, i almen praksis eller på sygehuset. Det drejer sig om en omstilling, som sikrer, at mere kan løses tæt på borgeren og understøttelse af de borgere, der kan og vil selv. Opgaverne skal gæntænkes, men ikke nødvendigvis flyttes.

### **Hvilke opgaver skal klyngerne ikke tage sig af?**

Sygehusenes *specialiserede* behandling og den økonomi der ligger hér, er ikke en del af klyngernes finansiering, ligesom ældreområdet fortsat vil være en ren kommunal opgave og finansieringsansvar.

Hjælpemidler og snitfladen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler italesættes ofte, som et stort problem for borgerne særligt ift. uklarhed om ansvaret og udlevering af basale hjælpemidler. KL har i mange år efterspurgt en klarere og opdateret lovgivning for at skabe bedre service til borgeren og mindske de ressourcer, der i dag bruges på at håndtere en uklar og utidssvarende lovgivning. Sundhedsklyngerne vil dermed også kunne koncentrere sig om andre opgaver, end snitflader og uklarheder ift. hjælpemidler.

### **Bliver sundhedsklyngerne ikke bare en fjerde myndighed, som resulterer i endnu flere snitflader og mere bureaukrati?**

Nej, udføreransvaret og ledelse i det daglige vil som i dag ligge i kommuner, sygehuse og almen praksis. Men det formelle myndighedsansvar vil entydigt ligge i klyngen. Det afgørende her er, at klyngen vil have midler og kompetence til faktisk at løse problemerne. Klyngens opgave er at finansiere og bestille en række sundhedsopgaver. Selve opgaven driftes og løftes i de enkelte sektorer. Der er en stor gruppe af borgere, hvor snitflader ikke kan undgås, og det gode samarbejde må prioriteres på tværs af sektorer – det bliver sundhedsklyngernes ansvar.

### **Er der overhovedet politisk gehør for regionernes forslag om at samle det hele i regionerne?**

Blandt en række sundhedsorganisationer (patientforeninger/faglige organisationer) og i Sundhedsstrukturkommissionen er der gehør for argumentet om at samle alt under én myndighed – ikke nødvendigvis i den nuværende

regionsmodel, men i vi ved, der arbejdes med modeller, hvor man reelt samler alle opgaver på sundheds- og ældreområdet i nye myndighedskonstruktioner a la de nuværende regioner eller de tidligere amter. De fleste politiske partier har endnu ikke meldt ud, hvor de står. Det er KL's vurdering at man bør tage de forskellige modeller, kommissionen arbejder med alvorligt.

### **Hvordan løser klyngerne sundhedsvæsenets problemer med manglende sammenhæng?**

Alle tre parter i sundhedsvæsenet skal blive bedre til at læne sig ind mod hinanden og sammen finde løsninger på de snubletråde, som er i vores sundhedsvæsen. Sundhedsklyngerne bliver dén myndighed, som har et entydigt ansvar blandt andet for de patienter, der bevæger sig i overgangene. Det vil ikke være til diskussion, om det er kommunen, almen praksis eller sygehuse's ansvar. Ansvar ligger solidt forankret i klyngen, så systemet har øje for det samlede forløb hos borgeren.

### **Hvorfor er stærkere sundhedsklynger en bedre vej at gå, end den nuværende model?**

Stærkere sundhedsklynger skal slå bro over sundhedsvæsenet berygtede Bermudatrekant, hvor borgere risikerer at falde igennem netop på grund af det delte ansvar mellem almen praksis, sygehuse og de kommunale indsatser. Vi skal styrke det entydige ansvar, så det ikke længere er fordelagtigt at suboptimere i hvert sit system, og i stedet finder de mest effektive og gode fælles løsninger.

### **Kunne man ikke løse problemerne i den nuværende struktur? Er der overhovedet behov for at tegne nye streger?**

KL er enige i, at man med den nuværende struktur godt kunne løse mange af problemerne i det nære sundhedsvæsen fx ved at sikre, at pengene fulgte med opgaverne eller ved en systematisk investering i de nære sundhedstilbud. Det er imidlertid KL's klare vurdering, at man politisk har besluttet, at der skal ske strukturelle ændringer, og vi mener derfor ikke, at KL kan indtage det synspunkt, at man bare skal fastholde status quo. Men idéen med KL's forslag er at tage afsat i den nuværende struktur, men styrke klyngerne. KL's model er i forhold til mange af de andre modeller, som Sundhedsstrukturkommissionen arbejder med pt., langt den mindst vidtgående.

### **Hvad med den sociale geografiske ulighed – bliver den ikke blot fastholdt i en klyngemodell?**

I fordelingen af midler mellem sundhedsklyngerne, kan man fra national side lave en socioøkonomisk tilpasset sundhedsnøgle, så områder med store udfordringer kompenseres.

## **Spørgsmål vedr. organisering**

### **Er der ikke en risiko for, at klyngerne er for bureaukratiske, og er det ikke bare et nyt administrativt lag, som skaber nye snitflader?**

Da man etablerede klyngerne i sin tid, var der bred enighed om, at de først ville virke for alvor, hvis de fik en selvstændig økonomi at arbejde med. For at det skal kunne ske i praksis, kræver det imidlertid, at de etableres som selvstændige myndigheder/juridiske enheder. KL er ikke så bekymret for, om

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 5 af 10

der skabes nye snitflader, fordi klyngerne ledes af borgmestre og repræsentanter for sygehusejerne. Dermed sikres, at klyngerne både vil have blik for det fælles og for det, der sker i henholdsvis kommuner/sygehuse. Ingen af dem, som sidder i klyngebestyrelsen, vil have interesse i at træffe beslutninger, som skader kommunerne/sygehuse – der er sammenfald af interesser. KL's vurdering er, at klyngerne, på den måde, som de er beskrevet i oplægget, vil være den bedste garant for at undgå ufinansieret opgaveglidning, fordi borgmestrene og sygehusejerne vil have en klar interesse i, at de opgaver, klyngen definerer er realistisk beskrevet ift. den økonomi, der er afsat.

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 6 af 10

### **Hvor mange klynger skal der være?**

Der er pt. 22 sundhedsklynger, som er organiseret omkring akutsygehuse, så det er udgangspunktet. Vi skal dog tage de foreløbige erfaringer fra de nuværende klynger i betragtning, før vi lægger en fast struktur fast.

Derfor kan det godt være, at der er steder i landet, hvor man skal se på, om klyngerne geografisk skal tegnes lidt anderledes. Hvor kommunens indbyggere fx er delt nogenlunde ligeligt mellem to akuthospitaler.

### **Nogle steder er der helt op til 11 kommuner i én klynge. Er det ikke for mange, hvis man skal kunne træffe fælles beslutninger?**

Det kan godt være, at der er nogle steder i landet, hvor man skal se på, om klyngerne geografisk skal tegnes anderledes. Vi må hvile på den erfaring, som 1,5 år med de nuværende sundhedsklynger har bidraget med.

### **Kan en kommune fortsat være repræsenteret i flere klynger?**

Nej, fremover vil en kommune kun kunne være repræsenteret i en klynge. Derfor er det vigtigt, at der tages højde for kommunens grænser, når et nyt klyngekort tegnes, så ingen kommune deles over.

### **Kan man som sundhedsperson være ansat i en klynge?**

Nej, klyngens opgave er alene at finansiere og bestille opgaver. Opgaverne løses som nu, på hospitaler, i almen praksis, i kommunen eller måske af en privat leverandør. Det betyder at ansættelse og ledelsesansvar mv. som i dag er forankret i hhv. sygehus og kommuner, almen praksis mv. Der vil dog være et mindre sekretariat, der betjener klyngerne.

### **Hvem bestemmer i klyngen?**

Klyngen ledes politisk af borgmestre fra de deltagende kommuner og af repræsentanter for sygehusejerne.

### **Er det ikke et problem, at bestyrelsesmedlemmerne ikke er valgt direkte ved demokratiske valg?**

Borgmestrene er valgt i deres kommuner og dermed indirekte valgt til klyngerne.

### **Kan borgmestrene afse tid til at engagere sig i endnu et politisk organ?**

Styrkede sundhedsklynger med økonomi og beslutningskraft til at sætte rammerne for det nære sundhedsvæsen vil borgmestre selvfølgelig engagere sig i. Her kan vi sikre gode rammer for borgerne, men også tage de svære og nødvendige beslutninger om prioritering. Borgmestrene er vant til

at træffe de svære og nødvendige beslutninger i deres kommuner – det er netop dem vi vil have rundt om bordet her.

### **Er der ikke meget bureaukrati forbundet med endnu et politisk organ?**

For at sikre en effektiv beslutningstagen træffes beslutningerne i klyngerne ved flertalsbeslutning. Det kan betyde, at en kommune kan blive 'nedstemt'. Klyngerne er dog ikke udgiftsdrivende for den enkelte kommune. Opgaver som stilles til kommuner fra klynger finansieres fra klyngerne.

### **Hvad med de mindre kommuner, der ikke kan levere en given opgave?**

Nogle opgaver er egnede til at blive løst af enkeltkommuner, andre løses bedre på tværs af kommuner, hvor fx en større kommune kan løse en opgave i hele klyngen. Det er op til de lokale sundhedsklynger at finde den bedste løsning for organisering i klyngens geografi.

### **Er borgmestrene de rigtige til at træffe beslutninger om meget sundhedsfaglige indsatser som IV-behandling og udrulning af telemedicinske løsninger?**

Både ja og nej. Borgmestrene skal sætte retning og prioritere, så vi sikrer den nødvendige omstilling i sundhedsvæsenet. Det vil være nødvendigt, at sundhedsklyngerne har et administrativt niveau, som kan sætte faglige spørgsmål i strategisk og politisk kontekst. Her er fx prioritering af telemedicin et godt eksempel, på noget meget fagligt, men også meget politisk.

### **Hvordan træffes beslutninger i sundhedsklyngen?**

Beslutningerne i klyngerne træffes ved simpelt flertal. De nærmere stemmewægte må afklares, når den endelige model og de endelige deltagere kendes.

### **Vil klyngerne ikke udhule byrådene og den politiske legitimitet?**

I forhold til sundhedsområdet er det et nybrud, at dele af området skal ledes af en bestyrelse uden direkte valg. Man har man en række eksempler i den danske velfærdsstat på områder, der ledes af politikere, der er indirekte valgt – fx på uddannelsesområdet, forsyningsområdet, trafikområdet mv.

### **Hvad hvis man som kommune kommer i mindretal i klyngen?**

Så må man følge flertallets beslutning. Men klyngerne kan ikke pålægge den enkelte kommune udgifter. Alle opgaver som stilles fra klyngerne finansieres fra klyngerne.

## **Spørgsmål vedr. almen praksis**

### **Hvordan skal almen praksis organiseres?**

Klyngerne overtager finansieringsansvaret for almen praksis. Klyngerne skal sammen med staten have en større planlægningskompetence over for almen praksis for at imødekomme lægemanglen i yderområder, så den geografiske ulighed i sundhed mindskes.

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 7 af 10



### **Hvordan skal almen praksis honoreres?**

Almen praksis skal honoreres fra klyngerne i en ny kontraktform, som giver mulighed for et langt mere forpligtende samarbejde mellem klyngerne og almen praksis, så almen praksis understøtter omstillingen til det nære sundhedsvæsen i langt højere grad end i dag. Der skal være et paradigmeskifte væk fra enkeltydelsestænkningen i almen praksis og i stedet være et højere basishonorar. Almen praksis skal i langt højere grad forpligtes til at understøtte kommunerne og skal ikke som i dag via enkeltydelsesoverenskomst-systemet kunne vælge, hvilke opgaver der løftes.

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 8 af 10

### **Hvad skal almen praksis lave sammenlignet med i dag?**

Almen praksis tænkes ind som en integreret ressource i klyngerne. Der findes allerede succes historier med samarbejde på tværs af sektorer som fx plejehjemslæger, botilbudslæger og aftaler om lægedækning på midlertidige pladser. Det kræver kendskab og tillid til hinandens kompetencer, så kommunen og almen praksis bruger hinandens tid bedst muligt. Dosispakket medicin og håndtering af medicin generelt skal varetages i almen praksis, så det frigiver hænder i hjemmeplejen. Almen praksis integreres i et godt samarbejde om palliation, så man kan dø i eget hjem, hvis man ønsker det.

### **Kan man opsige samarbejdet med en alment praktiserende læge?**

Ja, man skal kunne opsige samarbejdet med en alment praktiserende læge, hvis den alment praktiserende læge ikke lever op til sine kontraktlige forpligtelser.

## **Spørgsmål vedr. psykiatri**

### **Hvilke opgaver skal klyngerne konkret varetage i forhold til mennesker med psykiske lidelser?**

Den specialiserede behandling til mennesker med psykiske lidelser skal fortsat varetages i behandlingspsykiatrien, mens klyngerne overtager finansieringsansvaret for den ambulante psykiatri. På denne måde kan der sikres en bedre sammenhæng i det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser, som bor i eget hjem eller i botilbud, og som i dag ofte modtager sideløbende indsatser på både sygehus, almen praksis og i kommune.

Derudover skal klyngere bidrage til at styrke socialpsykiatrien i kommunerne, herunder understøtte et bedre samarbejde med udgående funktioner fra behandlingspsykiatrien som fx botilbudsteams samt samarbejdet omkring borgere med forløb i flere sektorer.

Klyngerne skal også styrke sammenhængen mellem børne- og ungepsykiatrien og kommunerne og de indsatser, som børn, unge og deres familier modtager i øvrigt.

### **Hvad med borgere med svær dobbeltdiagnose, som der netop er indgået aftale om skal modtage behandling i regionalt regi?**

Borgere med samtidig misbrug og psykisk lidelse bør modtage et sammenhængende tilbud gennem hele deres forløb, hvor der tages højde for den samlede kompleksitet, der ofte vil være i disse borgers livssituation. Det er



desuden helt centralt, at denne sårbare målgruppe ikke skal transportere sig over lange afstande for at modtage behandling fjernt fra deres hjem eller opholdssted. Ansvar for og finansieringen af den samlede indsats til alle borgere med dobbeltdiagnose uanset sværhedsgrad bør derfor samles i klyngerne.

## Spørgsmål vedr. ansvar

### Hvem har ansvaret for borgernes behandling?

Klyngerne har det formelle og juridiske ansvar og økonomi ift. at løfte en række sundhedsopgaver for de borgere, som har forløb på tværs af sektorer. Klyngerne prioriterer og bestiller opgaver, som driftes og løftes i de enkelte sektorer. I sundhedsklyngen fastlægges serviceniveau og retningslinjer på tværs af klyngen.

### Ofte ender fælles ansvar med, at ingen tager ansvar. Er det ikke meget bedre, at hele sundhedsopgaven ligger enten hos regioner eller kommuner?

En sådan model vil blot resultere i, at der opstår nye snitflader. Fx når ældre patienter, kronikere eller borgere med psykiske udfordringer udskrives fra hospitalet, og kommer tilbage til deres hjem og kommune, som borgere der har behov for alt muligt andet hjælp end blot den rent sundhedsfaglige. Det gode samarbejde må prioriteres, og. Klyngerne forpligtes jo netop på at tage ansvar for de borgere, der har forløb på tværs.

### Kunne man ikke lige så godt lade regionerne have det koordinerende ansvar som klyngerne? Hvilken værdi skaber KL's forslag ift. regionernes?

Hvis man fulgte regionernes model, ville kommunerne ikke længere have opgaver på sundhedsområdet. Al sundhed ville være samlet i regionerne. Dette ville dels betyde en kraftig centralisering af beslutningerne på sundhedsområdet, men det risikerer også at føre til centralisering af tilbud – som vi har set de seneste 15 år. Der er også en risiko for at 'patientlignende' borgere med et entydigt fokus på sygdom. Derudover ville der ikke længere være kommunal indflydelse på udviklingen af sundhedsområdet. Med KL's forslag fastholdes et klart decentralt element, kommunerne vil fortsat være leverandører af de nære sundhedsydelser, og kommunalpolitikere vil fortsat have indflydelse på sundhedspolitikken.

## Spørgsmål til økonomi

### Hvor kommer pengene fra?

Klyngernes samlede budget til løsning af ovenstående opgaver vil være i størrelsesorden 15-30 mia. kr. Midlerne kommer dels fra kommunerne og dels fra sygehus og almen praksis. Desuden vil dele af den kommunale medfinansiering indgå. Det samlede budget for klyngerne aftales årligt i forbindelse med økonomiforhandlingerne.

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 9 af 10

## Hvordan hænger økonomien sammen med kommunens budget og serviceniveau?

Klyngens budget skal vedtages inden kommunalbestyrelsen og sygehusmyndigheden skal vedtage budgettet.

Når klyngen lægger budgettet, beslutter den, hvem der skal løse opgaverne, og dermed og hvorhen midlerne skal allokere. Beslutes det eksempelvis, at alle borgere med dårligt knæ skal tilbydes træning før operation med henblik på at undgå eller udsætte behovet for operation, tildeles kommunerne midlerne til at løfte denne indsats.

Det vil fortsat være de kommunalt ansatte medarbejdere, der løser opgaven, men økonomien hertil er 'hegnet' ind i modsætning til i dag. Det betyder, at hospitalerne ikke på samme måde som i dag, kan skubbe en opgave til kommunerne uden finansiering. Formålet er at gå fra en uplanlagt opgaveglidning til en aftalt omstilling.

Hermed bliver der også et mere ensartet serviceniveau på tværs af kommunerne i klyngen, idet det alle kommuner tildeles midler til de aftalte opgaver. Det betyder omvendt også, at kommunen ikke selv kan sætte 'serviceniveauet' for de opgaver, der ligger i klyngerne. Det beslutes af klyngen.

## Spørgsmål om kvalitetsdata

### Hvordan sikrer vi god kvalitet i tilbuddene på tværs?

Skal borgerens eget hjem i højere grad være stedet, hvor sundhedsopgaverne håndteres, forudsætter det, at vi kender kvaliteten og patientsikre omgivelser. Derfor skal der investeres i at understøtte, at alle kommuner arbejder med kvalitet og forbedringer. Her tales ikke om en kopi af, hvordan sygehusene tilgår kvalitetsarbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser og store kvalitetsorganisationer. Der skal dog være ressourcer og kompetencer i den enkelte kommune til, at de kan arbejde med kvalitet og data og være gode samarbejdspartnere. Sundhedsklyngerne vil danne en god ramme for at styrke dette arbejde.

Dato: 27. november 2023

Sags ID: SAG-2023-01529  
Dok. ID: 3393942

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 10 af 10