

Udkast til horisontal samarbejdsaftale for sundheds- og omsorgspladser

Aftalen er blevet til på baggrund af en dialog mellem Region Østjylland og **Københavns** Kommune og er en del af en samlet indsats for at skabe et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen i tråd med reformens intentioner.

Parterne er enige om, at opgaven varetages gennem en horisontal samarbejdsaftale, hvor begge parter i samarbejde bidrager til opgaveløsningen inden for deres respektive ansvarsområder. Aftalen er beskrevet med afsæt i de krav, som er gældende for en horisontal samarbejdsaftale. Aftalen skal suppleres af en samarbejdsaftale, som konkretiserer parternes samarbejde og respektive opgaver.

Formålet med aftalen er at skabe en klar, fælles og forpligtende ramme for, hvordan parterne sammen løser opgaven til gavn for borgerne.

Det er en forudsætning for aftalen, at kommunens drift af sundheds- og omsorgspladserne, ved opstart af aftalen, som udgangspunkt vil ske med afsæt i den bemanning, personalesammensætning og serviceniveau, der var gældende i 2023.

Parterne er bevidste om, at aftalen indgås i en periode, hvor både retsgrundlag og nationale faglige krav fortsat er under udvikling. Aftalen bygger derfor på det bedst tilgængelige grundlag på tidspunktet for indgåelsen og på en fælles forståelse af, at fx nye nationale kvalitetsstandarder eller behov for nivellering af serviceniveau indenfor Region Østjylland, vil medføre behov for justering af aftalen.

Ændringer i aftalen sker i fællesskab. Herunder vurderes om der er behov for tillægsaftaler eller udarbejdelse af nye aftaler alt efter behov. Ved justeringer skal der fortsat sikres sammenhæng mellem krav til indsatser, kapacitet samt kompetencer og den tilhørende finansiering.

Afsættet for samarbejdet er:

- **Fælles målsætninger** om kvalitet, sammenhæng og nærhed i borgernes forløb og samlet populationsansvar
- **Gensidige bidrag til opgaveløsningen** fra både region og kommuner
- **Tæt og løbende samarbejde** om drift og udvikling af opgaven både på politisk og fagligt/administrativt niveau.

1. Aftalens parter

Denne aftale indgås mellem

Region Østdanmark

og

Københavns Kommune

2. Retsgrundlag

Denne aftale omfatter et horisontalt samarbejde om drift af sundheds- og omsorgspladser. Aftalen er indgået med hjemmel i sundhedslovens § 118 d, stk. 1/ Bekendtgørelse om kontrakter og anmodninger efter overgangslovens § 5, stk. 2 og 3, i forbindelse med overgangen til en ny sundhedsstruktur, der giver regioner og kommuner mulighed for at indgå i horisontale samarbejder om sundhedsydelser i det nære sundhedsvæsen i henhold til sundhedslovens afsnit IX. Endvidere henvises til sundhedsloven §118 e om regionale sundheds- og omsorgspladser.

Sundheds og omsorgspladserne vil være frit valg og være uden egenbetaling¹.

Det bemærkes, at de nationale kvalitetsstandarder for sundheds- og omsorgspladser først forventes at foreligge i foråret 2026. Der skal derfor inden udgangen af 2026 drøftes og aftales, hvordan de nationale kvalitetsstandarder udmøntes.

3. Formål

Aftalen tager afsæt i regionens og kommunens fælles populationsansvar for at sikre borgernes sundhed, herunder at tage højde for særlige lokale behov.

Aftalen indgås mellem Region Østdanmark og **Københavns Kommune**, men er blevet til på baggrund af en dialog, der også har inkluderet Frederiksberg Kommune.

De tre parter har et fælles ønske om at understøtte en udvikling, hvor sundhedsvæsenet rykker tættere på borgerne. Parterne har således en fælles interesse i at udvikle området og den konkrete opgaveløsning for at skabe et sundhedsvæsen tættere på borgerne.

¹ Jf. sundhedslovens §118e om regionale sundheds- og omsorgspladser.

Borgere med kroniske sygdomme eller ældre og sårbare borgere med hyppige behov for sundhedsindsatser skal have mere sammenhængende tilbud tættere på deres liv og hverdag. Sundheds- og omsorgspladserne spiller en afgørende rolle i sundhedsreformens målsætning om, at der skal sikres alternative tilbud til indlæggelse i det nære sundhedsvæsen.

Derfor skal sundhedstilbuddene uden for hospitaler og sygehuse styrkes, og aktører på tværs af sundhedsvæsenet skal tage et større ansvar for at udvikle det nære sundhedsvæsen og borgernes samlede pleje-behandlingsforløb.

Et fælles formål for Region Østjylland og de to kommuner er også, at samarbejdet om sundheds- og omsorgspladser skal understøtte udvikling af nære sundhedstilbud, hvor der tages afsæt i borgerens behov og ønsker og sikres mest mulig sammenhæng i behandling og rehabilitering i borgerens samlede forløb.

Desuden er formålet, gennem samarbejdet, at understøtte kvalificerede indsatser på sundheds- og omsorgspladser, der kan bidrage til færre unødvendige genindlæggelser samt forebygge indlæggelser. Ved samarbejdet kan regionen blandt andet drage fordel af kommunens eksisterende organisering og erfaringer med at drive de hidtidige midlertidige pladser. Herunder de eksisterende erfaringer om let adgang til dialog med hjemmepleje/plejehjem eller botilbud om "kendte borgere", som kan forberede og kvalificere overgang til eget hjem efter afslutning af ophold på en sundheds- og omsorgsplads.

Aftalen betyder også, at kommunen får en let adgang til specialistviden fra hospitalet/sygehuset. Dette kan medvirke til forebygge hospitalsindlæggelser, men også mindske behov for både sygepleje efter sundhedsloven samt pleje og omsorg efter blandt andet ældreloven, når borgerens ophold på sundheds- og omsorgspladsen afsluttes.

Formålet med aftalen er desuden at udvikle og afprøve fremtidige helhedsorienterede samarbejdsmodeller.

4. Fælles målsætninger

Parterne deler en fælles ambition om, at sundheds- og omsorgspladserne (SOP) skal have høj faglig kvalitet, understøtte sammenhæng i borgernes forløb og sikre en indsats, der tager udgangspunkt i borgerens samlede situation og hverdagsliv.

Som del af de fælles mål, ønsker parterne;

- sammenhængende planer, mål og opfølgning i borgerens forløb på tværs af eget hjem, hospital og ophold på en sundheds- og omsorgsplads

- at borgerne modtager en tværfaglig og individuelt tilpasset indsats, hvor der allerede ved opstarten er fokus på hverdagsliv, funktionsevne og muligheder for progression
- ensartet kvalitet på tværs af kommunerne
- ensartet anvendelse af pladserne, hvor faglighed og behov er styrende for visitationen og indsatsen
- en samlet journal på tværs af borgerens forløb mellem hospital og SOP, som understøtter sammenhæng, datakvalitet og reducerer dobbeltregistrering
- at udvikling og forandring kan ske løbende og agilt

5. Organisering

Regionen har myndighedsansvaret for sundheds- og omsorgspladser, mens Sundhedsrådet har det umiddelbare forvaltningsansvar for samarbejdet om sundheds- og omsorgspladser mellem Region Østjylland og **Københavns** Kommune. Kommunen er ansvarlig for driften af sundheds- og omsorgspladserne.

Det forberedende Sundhedsråd nedsætter et tværsektorielt [fagligt dialogforum]², som får delegeret et ansvar for at sikre det løbende samarbejde om at tilbyde sundheds- og omsorgspladser. Herunder ansvar for udarbejdelse af relevante samarbejdsaftaler og løbende opfølgning på samarbejdet.

I regionen er opgaven for denne kontrakt organisatorisk forankret ved Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

I kommunen er opgaven forankret i center/forvaltning for **[udfyldes af kommunen]**.

Lokationer

For at realisere det fælles formål og de fælles mål, har Region Østjylland og **Københavns** Kommune aftalt, at organiseringen af lokationerne skal understøtte både nærhed, kvalitet og fleksibel kapacitetsanvendelse. Ønsket deles af Frederiksberg Kommune.

Region Hovedstaden, **Københavns** Kommune og Frederiksberg Kommune er derfor enige om at pladserne fordeles på de følgende matrikler, hvor der allerede i dag findes

² Der er arbejdet ud fra en grundmodel med faglige dialogfora, hvor der kan ske lokale tilpasninger inden for de enkelte sundhedsråd. Modellen vil blive afprøvet i overgangsåret 2026 med henblik på stillingtagen til endelig model før overgangen til ny forvaltningsstruktur i 2027. Beslutning om delegation er med forbehold for sundhedsrådets godkendelse.

midlertidige pladser: Vigerslevvej, Bystævneparken og Frederiksberg Kommunes Døgnehabilitering.

Kapaciteten skal kunne anvendes på tværs af kommunegrænser som led i myndighedsopgaven. Samtidig tilstræbes det, at borgere så vidt muligt får ophold i egen kommune, medmindre et andet valg følger borgerens ønsker eller er fagligt mere hensigtsmæssigt.

Parterne vil arbejde for en vis grad af subspecialisering således at fx de palliative pladser samles på en matrikel. Derved kan faglig robusthed, specialiserede kompetencer og optimal ressourceudnyttelse understøttes.

6. Samarbejde

Parterne vil koordinere og samarbejde om både faglige og organisatoriske forhold. Herunder den overordnede planlægning af sundheds- og omsorgspladserne samt rammerne for daglig indsats, rollefordeling og udvikling af tilbuddet, såvel fagligt som organisatorisk.

[Fagligt dialogforum] udarbejder inden udgangen 2026 et forslag til en samarbejdsmodel, der beskriver ansvar, rolle og arbejdsgange. Herunder er aftalt, at der udarbejdes model med etablering af en samlet forløbsplan, hvor fælles målsamtaler og systematisk opfølgning går på tværs af indlæggelse og ophold på en sundheds- og omsorgsplads. Det betyder, at ernæring, træning og pleje, indgår som en integreret del af hele forløbet.

Der skal derfor udarbejdes planer allerede ved starten af et hospitalsophold, som videreføres på sundheds- og omsorgspladserne og efterfølgende følges op i borgerens eget hjem. Parterne er opmærksomme på, at realiseringen forudsætter fælles dokumentation og en ensartet terminologi, så overleveringer bliver mere smidige, og behovet for oversættelse eller ny dokumentation reduceres.

Samarbejdsaftalerne skal også beskrive fx hvordan kommunale sundhedsmedarbejdere, der udfører sundhedsfaglige indsatser og pleje, skal kunne konsultere og samarbejde med læger og specialister på hospitalerne for at vurdere og justere behandlingsplaner, iværksætte nødvendige indsatser og sikre kontinuitet i pleje, behandling og rehabilitering.

7. Rammer og samarbejde om opgaven

7.1 Opgavens rammer

Region og kommune skal agere indenfor rammer, der tager afsæt i lovgivning samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd, som fx samarbejdsaftaler. De til en

hver tid gældende kvalitetsstandards for sundheds- og omsorgspladser vil være gældende og beskriver målgruppe, indsatser mv. Jf. kapitel 2 bemærkes det, at der endnu ikke foreligger nationale rammer (kvalitetsstandards) for sundheds- og omsorgspladser. Udmøntning af kvalitetsstandarderne sker som anført under kapitel 2.

Målgruppe³

- Borgere med somatisk sygdom og eventuel samtidig psykisk sygdom, der har behov for sundhedsfaglige indsatser der ikke hensigtsmæssigt kan tilrettelægges i eget hjem, men uden behov for sygehusindlæggelse. Indsatserne har et rehabiliterende sigte.
- Borgere kan henvises til ophold på en sundheds- og omsorgsplads i forlængelse af en hospitalsindlæggelse eller komme fra eget hjem (evt. plejebolig).
- Målgruppen er heterogen med varierende kompleksitet, kronisk sygdom, polyfarmaci og funktionsniveau. Borgerens sundhedsfaglige behov fordrer i mange tilfælde tæt adgang til lægefaglige kompetencer.
- En relativt lille andel af målgruppen kan sideløbende med ophold på en SOP have behov for kommunale indsatser under serviceloven, fx i regi af socialpsykiatrien.

7.2 Roller og ansvar

Regionen har myndighedsansvaret for at tilbyde midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere med behov for rehabiliterende sundhedsindsatser, som ikke kræver en sygehusindlæggelse, men heller ikke hensigtsmæssigt kan varetages i eget hjem.

Med denne aftale er kommunen ansvarlig for at levere midlertidige ophold på sundheds- og omsorgspladser til borgere, som regionen visiterer til pladserne.

Kommunens rolle og forpligtelser:⁴

Kommunen skal sikre døgndækkende tilbud med god service og høj faglig kvalitet. Ved tilrettelæggelse af driften skal kommunen understøtte sikre at ressourcerne bruges effektivt.

³ Beskrivelsen af målgruppen er foreløbig og skal justeres når Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandards foreligger.

⁴ Beskrivelserne af kommunernes rolle og ansvar er foreløbig og skal justeres når Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandards foreligger. Se desuden bemærkninger under kapitel 2.

Indsatser

Kommunen skal levere følgende indsatser:

- Sundhedsfaglige indsatser på pladserne: Observation, pleje og/eller behandling, ernæring, genoptræning og basal palliation, der tilsammen har et rehabiliterende sigte.
- Indsatserne er kendetegnet ved at skulle forbedre, vedligeholde eller forsinke forringelse af borgerens fysiske og kognitive funktioner. Indsatsen kan være forebyggende for sygehusindlæggelser eller opfølgende efter en indlæggelse.
- Indsatserne planlægges tværfagligt med afsæt i den samlede forløbsplan.
- Opfølgning på indsatsen sker løbende og på statusmøder med borgeren, eventuelle pårørende og opholdskommunen.

Snitflade til kommune

- Kommunerne kan fortsat tilbyde midlertidigt døgndækket tilbud til borgere, der primært har behov for helhedspleje (efter ældreloven) og/eller personlig pleje og praktisk hjælp (efter serviceloven).

Personalets kompetencer og bemanning

- Personalet skal være sundhedspersonale med et kompetenceniveau, der gør dem i stand til at varetage både den sundhedsfaglige indsats og understøtte sammenhæng i borgerens forløb.
- Der skal altid være autoriseret sundhedspersonale til stede
- Der skal være adgang til følgende faggrupper: Sygeplejerske, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister. Sikringen heraf kan aftales lokalt.
- Mange indsatser varetages efter lægeordination og delegation fra den behandlingsansvarlige læge. Det forudsættes desuden, at de ansatte sygeplejersker har mulighed for selvstændigt at håndtere medicin i henhold til sygeplejerskers forbeholdte virksomhedsområde
- Bemanningen skal sikre forsvarlig pleje, behandling og rehabilitering hele døgnet. Herunder skal der tages højde for, at overflytninger til pladser ofte først sker ud på aftenen.

Adgang til udstyr og medicin mv.

- Kommunen sikrer adgang til udstyr, utensilier, hygiejneartikler mv. som er nødvendige, for at kunne varetage pleje og indsatser, herunder genoptræning.
- I tilfælde hvor en borger har særlige behov i forlængelse af en hospitalsindlæggelse, medgiver hospitalet de nødvendige utensilier, som er nødvendige for, at kommunen kan varetage og videreføre den specifikke pleje og

behandling, som hospitalet har igangsat (dvs. udover hvad der beskrives i de kommende kvalitetsstandarder).

- Der skal være et medicinrum, der lever op til gældende retningslinjer. Hvis dette ikke forefindes på lokationen, skal det aftales, hvordan det kan etableres.
- Regionen sikrer adgang til medicin, som er nødvendig for den igangsatte behandling.⁵

Fysiske rammer

- Pladserne skal være indrettet på en måde så både målgruppens behov og medarbejdernes arbejdsmiljø tilgodeses, herunder træningsfaciliteter og adgang til lifte til sikker forflytning.

Servicefunktioner

- Kommunen er ansvarlig for nødvendige servicefunktioner som fx forplejning, vask og rengøring, samt i relevant omfang vedligehold.
- Kommunens ansvar opretholdes i tilfælde, hvor der benyttes en underleverandør til servicefunktioner

Afslutningsforløb

- Kommunen skal løbende vurdere borgeren.
- Kommunen skal koordinere overgang til hjem med kommunal visitation mv.
- I tilfælde hvor en borger skal vente på en anden kommunal døgnplads (dvs. har ophold på pladsen uden længere at være i målgruppe), skal kommunen arbejde for, at borgeren hurtigst muligt tilbydes relevant tilbud.
- Der vil samtidigt skulle takstafregnes efter nationalt fastsatte regler om ny afregningsordning i forbindelse med etablering af sundheds- og omsorgspladser

Regionen/hospitalets rolle og forpligtelser:

Regionen er som myndighedsansvarlig overordnet ansvarlig for, at borgerne får de sundhedsydelser, som de har krav på. Herunder, at der tilbydes ensartet service og høj kvalitet samt at ressourcerne bruges effektivt, at området udvikles og at lovgivningen overholdes. Det indebærer også et ansvar for bl.a. at føre tilsyn og sikre, at der samlet set er den nødvendige kapacitet til rådighed og at denne udnyttes efter hensigten. Myndighedsansvaret er nærmere beskrevet i bilag 1. Derudover skal borgernes muligheder for at klage over henholdsvis tildeling, ydelser og afgørelser beskrives nærmere inden 1.1.2027.

⁵ Under forudsætning af, at det fremsatte lovforslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven vedtages

Henvisning, visitation og afslutning

Parterne i Sundhedsråd Hovedstaden ønsker en visitation, der understøtter helhedstænkning og sikrer, at borgere modtager et tilbud, der matcher deres behov.

- Hospitalsafdelinger, akutsygepleje, den almene kommunale sygepleje og det almenmedicinske tilbud skal kunne henvise til pladserne
- Regionen har ansvaret for visitation og afslutning på ophold. Herunder ansvar for at der med afsæt i de kommende kvalitetsstandards udarbejdes visitations- og afslutningskriterier. Visitationsopgaven varetages i et tæt og forpligtende samarbejde med kommunen.
- Visitation skal ske i samarbejde med borgeren og dennes pårørende og ud fra en samlet vurdering af borgerens behov og livssituation.
- Afslutning: Beslutning træffes af fasttilknyttet læge på en tværfaglig vurdering.

Den konkrete organisering af visitationen herunder samarbejdet med kommuner og almen praksis før, under og efter forløb skal aftales i [Fagligt dialogforum] under sundhedsrådet. Aftalen skal bl.a. understøtte en effektiv kapacitetsstyring.

Lægefagligt ansvar⁶

Regionen sikrer fast tilknytning af lægefaglige kompetencer som fx speciallæger i almen medicin eller geriatri. Dette indebærer bl.a. et lægeligt ansvar for en samlet behandlingsplan samt tilgængelighed ift. rådgivning af personalet på pladserne samt vurdering af tidspunkt for afslutning.

- De fast tilknyttede læger får desuden beslutningskompetence i forhold til borgernes forløb samt medansvar for den løbende kvalitetsudvikling af arbejdsgange og praksis på sundheds- og omsorgspladserne.
- Regionen skal også sikre, at medarbejdere på sundheds- og omsorgspladserne kan få adgang til forskellige specialistkompetencer på hospitalerne fx. indenfor psykiatri.
- Sikre at sammenhæng til forløbet hos egen læge fastholdes under opholdet, idet mange borgere samtidig har almenmedicinske problemstillinger. Ved afslutning overgår ansvaret til egen læge. Der skal derfor være fokus på et styrket samarbejde med de praktiserende læger gennem hele forløbet. Dette forudsætter en tydelig opgave- og ansvarsfordeling mellem hospitalslæger og praktiserende læger, så roller og funktioner er klare fra start til slut.⁷

⁶ Indsatsbeskrivelsen er foreløbig og skal justeres når Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandards foreligger.

⁷ Rollefordelingen mellem det almen medicinske tilbud og hospitalslægerne forventes beskrevet i Kvalitetsstandarden fra Sundhedsstyrelsen.

Udstyr og medicin

- I tilfælde hvor en borger har særlige behov i forlængelse af en hospitalsindlæggelse, medgiver hospitalet de nødvendige utensilier, som er nødvendige for, at kommunen kan varetage og videreføre den specifikke pleje og behandling, som hospitalet har igangsat (dvs. udover hvad der beskrives i de kommende kvalitetsstandarder).
- Regionen sikrer adgang til medicin, som er nødvendig for den igangsatte behandling⁸.
- Hvis opgaverne på Sundheds-og omsorgspladserne ændrer sig på en måde, hvor der er behov for adgang til særlige digitale enheder, indkøbes disse af regionen eller regionen afholder udgiften.

Hjælpemidler

- Regionen er ansvarlig for at levere midlertidige hjælpemidler. Der forventes en national afklaring af hjælpemiddelområdet, som kan give anledning til ændringer. Indtil disse foreligger kan der tages afsæt i gængs praksis eller aftales nye arbejdsgange.

7.3 Kommunikation og datadeling

Dokumentation og adgang til data

Såvel regionalt som kommunalt personale har behov for adgang til tidstro data om borgerens forløb. Samtidigt er systematisk og ensartet dokumentation en forudsætning for løbende kvalitetsudvikling, og grundlag for, at kapacitet og kompetencer tilpasses de lokale forhold. Parterne har derfor behov for, at information om indsatser og kapacitet registreres på en måde, så data kan bruges til i det enkelte forløb og til kvalitetsudvikling og kapacitetsstyring. Desuden skal data kunne overdrages til regionen. Der skal findes en model, der sikrer, at data er transparente og kan bruges fælles i det tværsektorielle samarbejde. Der indgås en nærmere aftale herom, idet der tages afsæt i det nationale arbejde om fælles datagrundlag, og principperne for det arbejde⁹:

- Indberetningerne skal være genkendelige for driften og ske tæt på kilden.
- Samme fagperson skal så vidt muligt kun registrere i et system, og samme oplysning skal ikke registreres flere steder. Registreringen skal være simpel for fagpersonen, og de skal ikke være i tvivl om, hvor og hvad de skal registrere.

⁸ Under forudsætning af, at det fremsatte lovforslag til Lov om ændring af sundhedsloven, lov om lægemidler, lov om apoteksvirksomhed og autorisationsloven vedtages.

⁹ Principperne er i høring frem til 9. januar 2026.

- Indberetningerne skal give mening i praksis og understøtte kerneopgaven og skal samtidig kunne bruges på tværs af sektorer.
- Data skal være sammenlignelige på tværs af landet, uanset hvilken indberetningsløsning og -metode der anvendes.

Kommunen skal indsende data til nationale registre på vegne af regionen. Der pågår et arbejde i regi af Sundhedsdatastyrelsen om en fælles aftale for indberetningsløsninger, så der også kan etableres et fælles datagrundlag for national monitorering, styring og kvalitetsudvikling af akutsygeplejen.

Dokumentation og ydelsesregistreringer skal på sigt ske i det journalsystem, som regionen anviser. Ligesom regionen, inden for rammer af eventuelle nationale aftaler, kan definere, hvilke ydelser der skal registreres og hvordan. Dette forudsætter imidlertid, at parterne forudgående har indgået en konkret samarbejdsaftale om dokumentation, datadeling og registrering (herunder roller, ansvar, adgangsforhold og datadefinitioner) samt vedtaget en fælles implementeringsplan.

Implementeringsplanen skal som minimum omfatte tidsplan, systemadgange, oplæring, support, test og overgangsordninger. Eventuelle ekstraomkostninger til nyt journaliseringssystem afholdes af regionen. Regionen skal desuden understøtte med løbende kompetenceudvikling.

Kommunikation

Deling af oplysninger, herunder fortrolige oplysninger, mellem parterne i kontraktperioden sker efter bestemmelserne i forvaltningslovens §§ 28, stk. 2, nr. 3.

I forbindelse med henvisning, visitation og afslutning af forløb kan kommunikationen mellem kommune, hospital/sygehus og almen praksis foregå:

- Telefonisk
- Virtuelt
- Via digitale kommunikationsløsninger, fx MedCom standarder og FMK.

Dette gælder også ved behov for rådgivning under forløbet.

Det forudsættes, at kommunikationen ved overgang fra hospital til sundheds- og omsorgspladser sker med afsæt i de eksisterende kommunikationsaftaler, indtil andet aftales. Derudover følges de krav om varsling ved afslutning af et forløb på en sundheds- og omsorgsplads, som forventes beskrevet i kvalitetsstandarden, jf. Forårsaftalen 2025.

8. Udvikling af opgaven

Parterne skal gensidigt understøtte, at sundheds- og omsorgspladser udvikles i overensstemmelse med reformens intentioner og evt. ny lovgivning og udvikling på området, herunder beslutninger truffet i regionsråd og sundhedsråd, fx i sundhedsplaner og nærsundhedsplaner.

Det er en del af regionens myndighedsansvar at sikre geografisk lighed i sundhed inden for hele regionen. Parterne er derfor opmærksomme på, at der som led i udviklingen af sundheds- og omsorgspladserne også er behov for at harmonisere de tilbud der tilbydes borgerne, således borgerne på tværs af sundhedsråd og kommunegrænser har samme muligheder.

I nærværende aftale er desuden beskrevet områder, der skal aftales regionalt eller lokalt i administrative fora under sundhedsrådet.

Parterne har derfor mulighed for at tilpasse aftalen løbende. Fx hvis målgrupper eller indsatser justeres i et væsentligt omfang, vil det skulle beslutes, om aftalen skal genåbnes eller om der skal udarbejdes et tillæg til aftalen. Et tillæg vil kræve tilslutning fra begge parter.

Parterne har desuden et fælles ønske om, at udvikling som udgangspunkt kan ske uden behov for tillægsaftaler. Hvis tillæg er nødvendige, tilstræbes, at der indgås enslydende mellem Region Østjylland og **Københavns** Kommune henholdsvis Frederiksberg Kommune. Dette for at sikre ensartet opgaveløsning og kvalitet i indsatsen

Det løbende samarbejde om udvikling og drift, herunder samarbejde om kompetenceudvikling forankres i [fagligt dialogforum].

9. Monitorering og evaluering

Monitorering

I kapitel 7 beskrives de konkrete opgaver, ydelser som hver af parterne har ansvar for at levere. I perioden 1. april- 1.oktober 2026 skal parterne aftale konkrete indikatorer, som kan anvendes til at følge op på samarbejdet og monitorere de ydelser, der er aftalt i denne kontrakt med tilhørende tillægsaftaler og bilag. Det er et princip, at målopfyldelsen kan monitoreres via den ydelsesregistrering, som skal aftales mellem parterne med afsæt i nationale krav eller anbefalinger og som har betydning for samarbejdet om borgernes forløb, patientsikkerhed og kvalitetssikring.

Evaluering

Aftalen evalueres i 2029 med henblik på videre udvikling af de fælles visioner for sundheds- og omsorgspladserne.

I løbet af 2027 udarbejder [Fagligt dialogforum] forslag til rammer og indhold i evalueringen, som godkendes af sundhedsrådet, hvorefter evalueringen gennemføres inden udgangen af 1. kvartal 2029. Regionen er ansvarlig for evalueringens gennemførelse.

Øvrig opfølgning

[Fagligt dialogforum] har ansvaret for at løbende følge op på samarbejdet om at tilbyde sundheds- og omsorgspladser som beskrevet under kapitel 5-7.

10. Økonomi

Finansiering (samlet rammebeløb 2027)

Københavns Kommune modtager **192.604.000 kr.** (2025 pl) til drift af sundheds- og omsorgspladser i 2027.

Beløbet dækker:

- De direkte og indirekte omkostninger der er forbundet med drift af sundheds- og omsorgspladser i **Københavns** Kommune.

Forudsætninger (ud over det faglige indhold, som er beskrevet i kapitel 6-7)

- Finansieringen af opgaven vedr. sundheds- og omsorgspladser for 2027, er fastlagt med afsæt i den kapacitet og det serviceniveau, som blev opgjort i forbindelse med DUT forhandlingen i 2025 og som videreføres med denne kontrakt, indtil parterne aftaler andet. Konkret vil det sige varetagelsen af **179,2 sundheds- og omsorgspladser**.¹⁰
- **Københavns** Kommune tilvejebringer den relevante dokumentation til at understøtte den af sundhedsrådet besluttede opfølgning på området. Herunder fremlæggelse af regnskab over de omkostninger kommunen har haft til drift af sundheds- og omsorgspladser.
- Det forudsættes, at kommunen har de nødvendige lokaler og udstyr til at drifte opgaven, så sundheds- og omsorgspladserne lever op til de betingelser, som er beskrevet i kapitel 7.
- Når der udkommer nye kvalitetsstandards, og/eller nye aftaler, som medfører ændrede krav til opgaveløsningen vil det være muligt for parterne at aftale en tilpasset finansiering af opgavevaretagelsen.

Rammestyring

- Udgangspunktet for den økonomiske styring af området er, at den aftalte opgave løses inden for den angivne økonomiske ramme.
- Finansiering af opgaven tager afsæt i aktiviteten og udgiftsniveauet i 2023, hvormed dette som udgangspunkt vil være et loft for opgaven. Hvis kommunen ser et

¹⁰ Antal pladser er beregnet som 70% af det antal midlertidige pladser som kommunen indmeldte i januar/ februar 2025 til Kommunernes Landsforening (spørgeskema om økonomi og aktivitet).

stigende behov for ydelser, som ikke kan leveres inden for den aftalte ramme, skal kommunen hurtigst muligt oplyse dette for sundhedsrådet.

- Modellen for rammestyring indgår som en del af evalueringen af det horisontale samarbejde.
- Sundhedsrådet drøfter årligt (samt ved behov fx ifm. nye nationale krav) status for opgavevaretagelsen, med henblik på evt. justeringer så opgaven kan løses indenfor den økonomiske ramme.

Betaling

- Fra og med aftalens ikrafttrædelse overføres aconto kvartalsvis 3/12 af den afsatte økonomiske ramme. Beløbet skal dække Københavns Kommunes omkostninger relateret til opgaven i perioden. Beløbet overføres den 1. hverdag i kvartalet.

Den aftalte økonomi gælder for 2027. I løbet af 2026, og senest den 1.1.2027, aftaler parterne den økonomiske ramme for drift af opgaven for 2028 og frem.

11. Varighed og opsigelse

Aftalen træder i kraft den 1.1. 2027 ved underskrift fra begge parter inden 1.4 2026.

Begge kontraktparter kan opsiges kontrakten med et varsel på 9 måneder samt løbende måned. Ved mislighold af kontrakten gælder en kortere varsel. Se kapitel 12.

12. Misligholdelse

Hvis en af parterne ikke opfylder sine forpligtelser, som beskrevet i denne aftale, skal den af parterne, der bliver opmærksom på forholdet, skriftligt gøre den anden part opmærksom herpå. Parterne skal da gå i dialog om de forhold, der gør sig gældende som mislighold mhp. at finde løsninger og sundhedsrådet orienteres om forholdet. Herefter gives en rimelig frist til at rette op på forholdet.

Hvis misligholdelsen ikke afhjælpes indenfor fristens udløb, anses den for væsentlig. Ved væsentlig misligholdelse kan kontrakten ophæves med et varsel på 6 måneder samt løbende måned.

13. Deling ved ophør af aftale

Ved kontraktens ophør skal der ske en overførsel af aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte. Bestemmelser om hvilke af ovenstående, der indgår i en delingsaftale, er beskrevet i sundhedslovens § 205e, stk. 2 og 3.

Københavns Kommune har ved kontraktens ikrafttræden på et overordnet niveau opgjort, hvilke aktiver, passiver, rettigheder, pligter og ansatte, som ville være omfattet af delingen, såfremt den skulle ske på pågældende tidspunkt. Opgørelsen er vedlagt som bilag til kontrakten. Denne overordnede opgørelse vil være afsæt for en aftale om deling ved kontraktophør. Hertil skal parterne aftale deling af tilførte aktiver, passiver, rettigheder og pligter i den periode, som kontrakten har været gældende.

14. Underskrifter

[Indsæt kort generisk tekst] + [kommunespecifik plads til navne og titler]

Bilag 1: Notat om myndighedsansvar

NOTAT

Myndighedsansvar i forbindelse med opgaveflyt

Sundhedsreformen skal understøtte en udvikling af sundhedsvæsenet mod mere lighed, nærhed og sammenhæng i borgernes forløb, og samtidigt reformere sundhedsvæsenet, så det er gearret til at håndtere fremtidens udfordringer.

Med sundhedsreformen flyttes myndigheds- og finansieringsansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommunerne til regionerne pr. 1. januar 2027. Ansvar for drift og samarbejdet om opgaverne vil være placeret i sundhedsrådene, hvor forretningsudvalget og regionsrådet har den samlede og tværgående planlægning på sundhedsområdet.

De fire kommunale opgaver, der overgår til regionen er:

1. Akutsygepleje
2. Sundheds- og omsorgspladser
3. Patientrettet forebyggelse
4. Rehabilitering på specialiseret niveau og den mest specialiserede del af den avancerede genoptræning.

Regionen er ved at danne sig et overblik over, hvad myndigheds- og finansieringsansvaret omfatter, og hvordan det kan løftes, men der udestår stadig nationale afklaringer på forskellige områder.

Idet regionen har myndighedsansvaret, vil regionen, uanset hvem der er operatør på opgaverne, være ansvarlig for, at borgerne får de sundhedsydelser, de har krav på. Heri ligger også ansvar for, at der tilbydes ensartet service og høj kvalitet for borgerne, samt at ressourcerne bruges effektivt, at området udvikles og at lovgivningen overholdes. Det betyder bl.a. også ansvar for at sikre en passende kapacitet samlet set på tværs af

regionen for at modsvarer aktuelle behov og i takt med udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Myndighedsansvaret indebærer en grundlæggende forpligtelse til at sikre at relevante direktiver, love, bekendtgørelser og vejledninger efterleves, inden for de fire opgaveområder regionerne fremadrettet får ansvaret for. Herunder regionsloven, sundhedsloven, offentlighedsloven, forvaltningsloven og arbejdsmiljøloven.

Følgende ansvarsområder og opgaver anses som en del af myndighedsopgaven og er relevant at iagttage som driftsoperatør:

- Sikre og fastsætte ensartet serviceniveau:

Regionen skal sikre, at borgerne på tværs af sundhedsråd har samme adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Der kan dog være særlige nære og lokale sundhedsbehov i nogle sundhedsråd, der skal tages hensyn til. Desuden skal indsatser tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgerens individuelle behov.

Regionen skal sikre ensartede indsatser indenfor hele regionen, så borgerne på tværs af sundhedsråd har samme muligheder. Indsatserne skal tilrettelægges ud fra et helhedssyn på borgerens individuelle behov.

- Kvalitet og kompetencer:

Som en del af myndighedsansvaret vil regionen stille krav til, at personalet har det rette faglige kompetenceniveau. Driftsoperatøren har derfor ansvar for, at der skal leves op til den relevante lovgivning på området, nationale kvalitetskrav, samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd.

- Faglig udvikling af opgaven:

Der vil være behov for løbende at sikre udvikling af opgavevaretagelsen, både ift. tilpasning til ny lovgivning og udvikling på området, men også for at sikre et tæt og smidigt samarbejde med andre sundhedsudbydere fx øvrige kommunale tilbud eller almen praksis.

- Visitation:

Regionen har det overordnede ansvar for tilrettelæggelse af retningslinjer for visitationen, og som udgangspunkt er det en regional opgave at visitere. Visitationsopgaven tilrettelægges lokalt, og har forskellig karakter for de enkelte opgaver. Dette uddybes nærmere i scenarier for opgaverne.

Visitation vil bero på den gældende nationale lovgivning herunder eventuel mulighed for frit valg, samt på en helhedsorienteret vurdering af borgerens sundhedstilstand og øvrige livssituation og bopæl. Dette skal foregå i tæt samarbejde med kommunerne, særligt hvad angår sundheds- og omsorgspladser, med henblik på at sikre effektiv kapacitetsudnyttelse og et sammenhængende forløb og overgang til og fra sundheds- og omsorgspladser.

- Økonomisk styring:
Der skal sikres en effektiv og transparent økonomistyring, der sikrer den bedst mulige anvendelse af den samlede kapacitet samt understøtter udvikling af sundhedsvæsenet mod mere lighed, nærhed og sammenhæng i borgernes forløb.
- Dokumentation og datagrundlag:
For at regionen kan leve op til sine forpligtelser og for at efterleve ovenstående behov for at følge kvalitet, aktivitet, kapacitet og økonomi, skal der være adgang til relevante og tidstro data om de ydelser, der leveres i opgaven. Regionen ejer derfor data af hensyn til sine forpligtelser som myndighed. Der skal findes en model, der sikrer, at data er transparente, tilgængelige og kan bruges fælles i det tværsektorielle samarbejde.

Dokumentation og ydelsesregistrering skal på sigt ske i samme system, eller det journalsystem som regionen anviser ligesom regionen har retten til at definere, hvilke ydelser der registreres og hvordan.

- Patientrettigheder og klager
Tilsyn og behandling af patientklager varetages af regionen efter gældende regler. Regionen vil ligeledes have ansvaret for at sikre borgernes rettigheder, fx i forhold til den kommende frit valgs-ordning for sundheds- og omsorgspladser.

Der er således tale om en betydelig opgave, hvor regionen/hospitaler skal allokere ressourcer til den overordnede styring ift. økonomi, kapacitet og kvalitet ift. de enheder, som regionen/hospitalet har ansvar for, uanset hvem der bliver driftsoperatør.