

Udkast til horisontal samarbejdsaftale for patientrettet forebyggelse

Forord

Aftalen er blevet til på baggrund af en dialog mellem Region Øst og **København** 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 patientrettet forebyggelse ved opstart af aftalen, som udgangspunkt vil ske med afsæt i den bemanning, og det serviceniveau, der var gældende i 2023. Det skyldes, at den aftalte økonomi er baseret på det udgifts- og serviceniveau for 2023, som var grundlag for den aftale om økonomi til opgaveflyttet, som regeringen indgik med KL og Danske Regioner i maj 2025.

Parterne er bevidste om, at aftalen indgås i en periode, hvor både retsgrundlag og nationale faglige krav fortsat er under udvikling. Aftalen, herunder aftale om økonomi og serviceniveau, bygger derfor på det bedst tilgængelige grundlag på tidspunktet for indgåelsen. Parterne har samtidig en fælles forståelse af, at fx nye nationale kvalitetsstandarder, vurdering af det aktuelle udgifts- og serviceniveau i 2026 og evt. behov for nivellering af serviceniveauet inden for Region Østsjælland, vil medføre at parterne skal drøfte aftalen igen, så snart de nye kvalitetsstandarder foreligger.

Ændringer i aftalen sker i fællesskab og indarbejdes som tillæg eller ved 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. I henhold til loven om ændring af sundhedsloven, skal regionen betale kommunen for alle udgifter, der er forbundet med at varetage opgaven.

Parterne er enige om, at tilpasninger af aftalen skal ske med et rimeligt varsel, hvor der tages hensyn til mulighed for hensigtsmæssig håndtering af udfordringer som fx rekrutteringsvanskeligheder.

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.

Udkast til horisontal samarbejdsaftale for patientrettet forebyggelse

1. Aftalens parter

Denne aftale indgås mellem

Region Østsjælland

og

København Kommune

2. Retsgrundlag

Denne aftale omfatter et horisontalt samarbejde om drift af patientrettet forebyggelse. 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.

Det bemærkes, at der afventes opdaterede kvalitetsstandarder for patientrettet forebyggelse. Der kan derfor inden 31.12 2026 indgås kontrakt om tillæg til aftalen, der udmønter de nationale kvalitetsstandarder.

3. Formål

Borgere med kronisk eller længerevarende sygdom skal tilbydes støtte, vejledning og konkrete værktøjer til at lære at leve med deres sygdom med færrest mulige begrænsninger i det liv, de ønsker. Tilbuddene skal tage hensyn til borgernes livssituation, sundhedskompetencer og prioriteringer på en sådan måde, at udviklingen i deres samlede sygdomsbyrde bliver reduceret til et minimum. Den samlede betegnelse for sådanne tilbud er patientrettet forebyggelse. Tilbuddene skal på sigt leveres i samme kvalitet i hele Region Østsjælland, uafhængigt af bopæl og indenfor sundhedslovens rammer, være gratis og lettilgængeligt for alle.

Region Øst har i henhold til sundhedsloven § 119, stk. 3, ansvaret for patientrettet forebyggelse og **København** Kommune har i henhold til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2 ansvaret for borgerrettet forebyggelse. Med denne aftale forpligtiger parterne sig til et samarbejde om patientrettet forebyggelse, som sikrer, at borgere i målgruppen tilbydes en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i deres nærmiljø. Aftalen

tager udgangspunkt i regionens og kommunens fælles populationsansvar for borgernes sundhed, herunder at der tages højde for lokale behov. Parterne har således en fælles interesse i at samarbejde om udvikling af området og den konkrete opgaveløsning for fælles at skabe de bedst mulige og mest relevante forebyggelsestilbud.

For regionen giver aftalen mulighed for et samarbejde, hvor der kan drages fordel af, at kommunerne allerede har etableret tilbud og har opbygget kompetencer hertil i lokalområdet. Derudover undgås opbygningen af paralleltilbud ved at sammentænke i forvejen etablerede tilbud i kommunerne, herunder samarbejde med civilsamfund og lokale tilbud og fx nikotinstopkurser og alkoholsamtaler, som også kan være indsatser under borgerrettet forebyggelse. Regionen kan drage fordel af, at nogle borgere er i kontakt med kommunen, fx beskæftigelsesforvaltningen eller socialforvaltningen, og kommunen dermed kan anlægge en samlet helhedsorienteret indsats for borgere på tværs af myndigheder.

For kommunen giver aftalen mulighed for fortsat at sammentænke patientrettede forebyggelsestilbud med andre kommunale opgaver, herunder borgerrettet forebyggelse, genoptræning, og øvrige velfærdstilbud, særligt på social og beskæftigelsesområdet. Kommunen har i kraft af kendskabet til borgerne en særlig mulighed for at differentiere tilbuddene og inddrage et samlet syn på borgeren og skabe synergi på tværs af kommunens velfærdsområder og i samspil med civilsamfundet.

Endvidere fastholder kommunerne myndighedsansvaret for den borgerrettede forebyggelse. Dele heraf - særligt nikotinstopkurser og alkoholsamtaler – indgår også i den patientrettede forebyggelse, hvorfor kommunerne og regionen med fordel kan samarbejde om disse indsatser. Dette kan samtidig understøtte fagligt bæredygtige tilbud i den enkelte kommune og bedre udnyttelse af ressourcer på tværs af kommunens forebyggelsesindsatser, da mange indsatser og kompetencer overlapper.

Denne aftale forpligter parterne til fælles kompetenceudvikling mellem region og kommune. Der skal etableres et fælles udviklingsmiljø for tilbuddene. Regionen bidrager med fagligt diagnose specifikke kompetencer, forskningsunderstøttelse af indsatser og organisering. Kommunen samler indsatsen med deres dybe indsigt i hverdagsliv og tværgående nære tilbud, der støtter borgeren i hverdagslivet.

Der er en tæt sammenhæng mellem den patientrettede forebyggelse, den borgerrettede forebyggelse og den eksisterende basale genoptræning. I mange kommuner er det samme personale, der varetager både den patient- og den borgerrettede forebyggelse. Dels er det samme eller nært beslægtet indhold, og dels er det nødvendigt for at opretholde en rentabel drift. Af Forårsaftalen fremgår det også, at

patient-og borgerrettede forebyggelsesindsatser i nogle tilfælde indholdsmæssigt kan være af samme type og udføres af samme personalegrupper.

Den kompetenceudvikling, som regionen skal bidrage til i forhold til den patientrettede forebyggelse, vil således også kunne bidrage til, at kommunen kan løfte kvaliteten i andre kommunale forebyggelses- og sundhedstilbud.

Borgerrettet forebyggelse bidrager til at forhindre udvikling af kronisk sygdom. Derfor har både regionen og kommunen en fælles interesse i at understøtte den borgerrettede forebyggelse ved, at kommunerne drifter den patientrettede forebyggelse på vegne af regionen. Tilsvarende har både regionen og kommunen en fælles interesse i, at den patientrettede forebyggelse forebygger forværring af kronisk sygdom og udvikling af følgesygdomme.

4. Fælles målsætninger

Region Østdanmark og **København** Kommune har som fælles målsætning, at borgere med kronisk sygdom tilbydes en sammenhængende og helhedsorienteret patientrettet forebyggelsesindsats, som fremmer den enkelte borgers tro på egne evner og livskvalitet.

De fælles målsætninger er desuden:

- Borgerne skal have lettilgængelig adgang til forebyggelsestilbud i deres nærområde.
- Der skal kunne tilbydes differentierede indsatser med afsæt i den enkelte borgers samlede situation.
- Samarbejdet med civilsamfund er en vigtig parameter for at kunne udsluse til længerevarende støtte til borgeren mhp. at fastholde gode rutiner.
- Der skal samarbejdes på tværs af sundhedsråd om at udvikle tilbud, hvor der gøres brug af virtuelle løsninger til de borgere, der kan profitere heraf.
- Den patientrettede forebyggelse skal udvikles i overensstemmelse med reformens intentioner og de kommende kronikerpakker, som fremover bl.a. vil indeholde tidsfrister i forhold til patientrettede forebyggelsestilbud.
- Kommunerne skal fortsat tilbyde borgerrettet forebyggelse. Regionerne vil fortsat have en rådgivningsforpligtelse over for kommunerne om forebyggelse og sundhedsfremme, fx om evidens for borgerrettet forebyggelse.

- Regionen forpligter sig til at indgå i den faglige udvikling af forebyggelsesindsatserne og til at tilbyde kompetenceudvikling.

5. Organisering

Regionen har myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse, mens Sundhedsrådet har det umiddelbare forvaltningsansvar for samarbejdet om patientrettet forebyggelse mellem Region Østjylland og København Kommune. Kommunen er ansvarlig for driften af den patientrettede forebyggelse. I kommunen er opgaven forankret i center/forvaltning for [udfyldes af kommunen].

Det forberedende sundhedsråd har nedsat fagligt dialogforum¹, som får delegeret et ansvar for den strategiske udvikling af det løbende samarbejde om patientrettet forebyggelse. Herunder ansvar for udarbejdelse af samarbejdsaftaler og løbende opfølgning på samarbejdet. Samarbejdet bygger videre på det gode samarbejde, der har været i den tidligere organisering.

6. Samarbejde

Med denne aftale forpligtiger parterne sig til et samarbejde om patientrettet forebyggelse, som sikrer borgere med kronisk sygdom en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

De fælles målsætninger om at sikre borgere i målgruppen for patientrettet forebyggelse en sammenhængende og helhedsorienteret indsats indebærer et løbende samarbejde om henvisning/genhenvisning, udvikling af indsatserne og opfølgning på patientens situation. Der vil således både være et løbende behov for organisatorisk samarbejde og et samarbejde om konkrete patientforløb. Det almenmedicinske tilbud vil også have en central rolle for at sikre løbende henvisning og opfølgning i forhold til patientrettede forebyggelse. Det ligger uden for nærværende aftale, men vil skulle udvikles, når pakkeforløbene for kroniske sygdomme, med det almenmedicinske tilbud som tovholder, definerer tidsfrister for, hvornår tilbuddene skal være tilgængelige for borgerne, og at borgerne får de tilbud, deres livssituation tillader.

Som tidligere nævnt, er dele af de patientrettede og borgerrettede forebyggelsestilbud indholdsmæssigt overlappende og kan foregå med fælles undervisere og deltagere

¹ 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.

(både patienter og borgere). Tilsvarende kan der være mulighed for samarbejde med almene genoptræningstilbud.

Parterne skal hver især opfylde forpligtelserne i aftalen og tage initiativ til at sikre kvalitet og nødvendige tilpasninger.

7. Rammer og samarbejde om opgaven

7.1 Opgavens rammer

Kommune og region skal agere indenfor rammer, der tager afsæt i lovgivning samt beslutninger truffet af regionsråd og sundhedsråd, som fx sundhedsplaner, nærsundhedsplaner samt samarbejdsaftaler (der fx beskriver arbejdsgange vedr. henvisning, visitation og behandlingsansvar). De kommende kronikerpakker forventes således også at udgøre en overordnet ramme for samarbejdet. Rammer for opgaven er desuden de til en hver tid gældende kvalitetsstandarder. I denne samarbejdsaftale er der taget afsæt i kvalitetsstandarder for patientrettet forebyggelse i kommuner, januar 2024. Her defineres målgruppen som beskrevet nedenfor.

Målgruppen for patientrettet forebyggelse/samarbejdet

- Målgruppen for patientrettet forebyggelse er borgere med kronisk sygdom, eksempelvis diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL, kræft, muskel-skelet-sygdomme, såsom lænde- og rygsmerter.
- Borgere med kroniske sygdomme er en uhomogen gruppe, så behovet for forebyggelsestilbud afhænger af borgerens funktionsevne.

7.2 Roller og ansvar

Indhold i opgaven, som kommunen skal varetage/bidrage med:

Indsatser

Kommunen får det umiddelbare ansvar for at levere de faglige indsatser, som fremgår af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Det vil sige, at kommunen skal drive tilbud på vegne af regionen efter samme kvalitetsstandards, som da kommunerne havde myndighedsansvaret for patientrettet forebyggelse. Såfremt kommunen inden opgaveovertagelsen havde patientrettede forebyggelsestilbud herudover, forventes det, at de fortsætter indtil andet, er aftalt.

De patientrettede forebyggelsestilbud skal omfatte tilbud om afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, forebyggende samtale om alkohol, sygdomsmestring, fysisk træning og ernæringsindsats samt en løbende brobygning til civilsamfundet. Her stiller kommunen sin viden og indsigt i og samarbejde med lokale foreninger, civilsamfundet og tilbud til rådighed. Den enkelte kommunes særlige kendskab til egen demografi og population, kan desuden være en fordel i forhold til tilrettelæggelsen af de patientrettede forebyggelsestilbud.

Kompetencer

Medarbejderne skal have de nødvendige kompetencer, jf. kvalitetsstandarderne, og løbende opdaterer sig om ny viden relevant for opgaven. Det er et ledelsesansvar at sikre dette.

Henvisning, visitation og tilrettelæggelse af forløb

Kommunens tilbud skal modtage og behandle henvisninger til patientrettet forebyggelse fra sygehus/hospital, det almenmedicinske tilbud, praktiserende speciallæger og andre kommunale enheder. Ud fra afklarende samtaler sammensættes og tilbydes et patientrettet forebyggelsesforløb med udgangspunkt i borgerens ønsker, funktionsevne, sundhedskompetencer og egenomsorg.

Borgere med kronisk sygdom kan også selv henvende sig til kommunen med ønske om deltagelse i patientrettede forebyggelsestilbud. Her tilbydes, tilsvarende borgere som er henvist, afklarende samtale og et patientrettet forebyggelsestilbud med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker.

Der skal følges op i forhold til borgere, som udebliver fra aftalte forløb, og ved afslutning af forløb tilbydes hjælp til overgang til tilbud i civilsamfundsregi.

Nærhed

Der skal være adgang til samme ydelser på tværs af kommunen. Geografisk afstand og særligt transporttid er afgørende for fremmøde til patientrettede forebyggelsestilbud, særligt for de mest sårbare borgere. Nærhed til forebyggelsestilbud skal *på sigt* vægte højere end kommunalt tilhørsforhold. I lighed med alkoholbehandling, som den kendes i dag, skal det være præferencer, sundhedskompetencer og praktik fra borgerens perspektiv, der er afgørende for hvor og hvordan det patientrettede forebyggelsestilbud tilbydes.

Det er et udviklingsområde, at der på sigt bliver frit valg i Region Østjylland for alle borgere i forhold til patientrettet forebyggelse. Det kan også blive relevant, når kronikerpakkerne indfører tidsfrister i forhold til opstart af patientrettet forebyggelse.

Indhold i opgaven, som regionen skal varetage/bidrage med:

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 den udnyttes effektivt 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.

Regionen har desuden ansvar for, at alle patienter, for hvem det er relevant, løbende motiveres og tilbydes henvisning til patientrettede forebyggelsestilbud. Det gælder både patientkontakter i hospitalsregi og i det almenmedicinske tilbud. Desuden har regionen ansvar for, at der ved patientkontakter følges op på patientens deltagelse og effekt ved at deltage i patientrettet forebyggelse. Det skal medvirke til, at den patientrettede forebyggelsesindsats ses som en integreret del af patientens sundhedsforløb. Regionen vil arbejde med at styrke systematikken i, at patienter løbende tilbydes henvisning til patientrettede forebyggelsestilbud.

Regionen har desuden en rådgivningsforpligtelse overfor kommunerne, og skal derfor understøtte kommunerne med rådgivning om patientrettede forebyggelsestilbud. Regionens mere specialiserede viden om sygdomsspecifikke områder og kompleks multisygdom, skal bidrage til, at det kommunale personale er opdateret med nyeste viden til varetagelsen af opgaven.

Regionen skal med forskningsforpligtelsen (sundhedsloven §194) bidrage med udvikling og vidensdeling indenfor patientrettet forebyggelse, som kan understøtte kommunernes udvikling af tilbud med viden om, hvilke indsatser, der bedst understøtter borgernes livssituation. Desuden skal det fælles arbejde med at sikre mere ensartede tilbud på

tværs, fx gennem udvikling af fælles regionale/kommunale standarder, være data- og forskningsunderstøttede. Her kan de sundhedsprofiler, som regionerne udarbejder, give indsigt i befolkningens sundhedstilstand til understøttelse af planlægningen af lokale forebyggelsesopgaver.

7.3 Kommunikation og datadeling

Systematisk og ensartet dokumentation og monitorering af forebyggelsestilbud er en forudsætning for sammenhæng i forløb og løbende kvalitetsudvikling. Desuden er det grundlag for, at kapacitet og kompetencer tilpasses de lokale forhold. Kommunen skal således systematisk registrere deltagelse, indhold mm. om de enkelte patientrettede forebyggelsesforløb på en måde, så de kan bruges til kvalitetsudvikling, samt så data kan 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 arbejde²:

- 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.
- 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 den patientrettede forebyggelse.

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

² Principperne er i høring frem til 9. januar 2026.

overgangsordninger. Eventuelle ekstraomkostninger til nyt journaliseringssystem afholdes af regionen. Regionen skal desuden understøtte med løbende kompetenceudvikling.

Kommunikation

I forbindelse med henvisning, visitation og afslutning af forløb vil kommunikationen mellem kommune, hospital/sygehus og almen praksis primært foregå via digitale kommunikationsløsninger (MedCom standarder).

8. Udvikling af opgaven

Det er afgørende, at sundhedsrådet har mulighed for at tilpasse aftalen, så den understøtter, at den patientrettede forebyggelse løbende udvikles. Den patientrettede forebyggelse skal udvikle sig i overensstemmelse med reformens intentioner og ny lovgivning og standarder på området samt beslutninger truffet i regionsråd eller sundhedsråd. Desuden skal der være en løbende kvalitetsudvikling baseret på monitorering og evaluering af indsatsen, herunder effekten for borgeren.

Det er en del af regionens myndighedsansvar at understøtte ensartet service så geografisk lighed i sundhed inden for hele regionen sikres. Parterne er derfor opmærksomme på, at der som led i udviklingen af den patientrettede forebyggelse, også er behov for at harmonisere de tilbud, der tilbydes borgerne, så borgerne på tværs af sundhedsråd og kommunegrænser får samme muligheder.

Endvidere vil de kommende pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom (kronikerpakker), herunder rettigheder og tidsfrister, medføre behov for udvikling af opgaven. Det vil formentlig også være tilfældet, når kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borger med kronisk sygdom bliver revideret.

Hvis ovenstående betyder, at målgrupper, indsatser og krav mv. justeres i et væsentligt omfang, vil det skulle besluttes om dele af aftalen skal genåbnes, eller om der skal udarbejdes et tillæg til aftalen. Et tillæg vil kræve tilslutning fra begge parter. Bliver parterne enige om ændringer i aftalen, som medfører ændringer af udgiftsniveauet herunder tilførsel af fx medarbejderressourcer, skal aftalen genforhandles. Det er en præmis, at kommunen skal kompenseres for de udgifter, der er forbundet med at løse opgaven.

9. Monitorering og evaluering

Monitorering

I afsnit 7 er de konkrete opgaver, som hver af parterne har ansvar for at levere, beskrevet. I forbindelse med at kontrakten tilrettes eller, at der udarbejdes tillæg/allonger som følge af kvalitetsstandarderne, skal parterne aftale konkrete indikatorer, som kan anvendes til at følge op på samarbejdet og monitorere de ydelser, der er aftales. Det er et princip, at målopfyldelsen kan monitoreres via den ydelsesregistrering, som i forvejen er aftalt mellem parterne og som har betydning for samarbejdet om patientforløb, patientsikkerhed og kvalitetssikring.

Evaluerings

[Tidspunkt og omfang af evaluering fastlægges af Sundhedsrådene]

Samarbejdet skal være evalueret første gang senest d. 1. april 2029. Herefter gennemføres en samlet evaluering i hver valgperiode med mindre, at parterne aftaler andet. I løbet af 2027 udarbejder fagligt dialogforum forslag til rammer og indhold i evalueringen, som godkendes af sundhedsrådet med henblik på, at evalueringen gennemføres inden udgangen af 1. kvartal 2029.

Øvrig opfølgning

Fagligt dialogforum har ansvaret for, at løbende følge op på samarbejdet om at tilbyde patientrettet forebyggelse som beskrevet under punkt 6-7.

10. Økonomi

Finansiering (samlet rammebeløb 2027)

København Kommune modtager **79.499.000** kr. (2025 pl) til drift af patientrettet forebyggelse i 2027.

Beløbet dækker:

- De direkte og indirekte omkostninger, der er forbundet med drift af patientrettet forebyggelse i **København** Kommune

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

- Finansieringen af opgaven vedr. patientrettet forebyggelse 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.
- **København** 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 den patientrettet forebyggelse.

- Det forudsættes, at kommunen har de nødvendige lokaler og udstyr til at drifte patientrettet forebyggelse, så driften lever op til nugældende kvalitetsstandards og 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.
- Såfremt **København** Kommune senest d. 1. juni 2026 kan dokumentere, at udgiftsniveauet i 2026 (alternativt 2025 afhængigt tilgængelige regnskabstal) er ændret siden 2023, fx som følge af et løft i kvalitet og service, kan dette reviderede udgiftsniveau indgå i en eventuel efterfølgende genforhandling af aftalen.

Rammestyring

- Udgangspunktet for den økonomiske styring af området er, at den aftalte opgave løses inden for den angivne økonomiske ramme.
- Hvis kommunen ser et 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.

Kapacitetsplan

- **København** Kommune skal inden d. 1. juni 2026 udarbejde en kapacitetsplan for 2027. Denne vil bl.a. være en fælles baseline, når der skal indgås aftaler om tillæg til nærværende aftale ifm. ikrafttrædelse af nye kvalitetsstandards og kronikerpakker. Kapacitetsplanen kan også være grundlag for parternes vurdering af om det aftalte niveau for aktivitet og økonomi modsvarer efterspørgslen.

Kapacitetsplanen skal indeholde:

- Antallet af medarbejdere (årsværk til ledelse og konsulenter), som i kommunen indgår i løsningen af opgaverne.
- Antallet af patientrettede tilbud (både afklarende samtaler, risikofaktorfokuserede og sygdomsspecifikke), typer af tilbud (holdtilbud, individuelt, digitalt) og omfang og indhold i de enkelte patientrettede forebyggelsestilbud, som stilles til rådighed for regionen.
- Antallet og placeringen af lokationer, hvor patienter kan modtage patientrettede forebyggelsestilbud

- Henvisningsmuligheder m.v., når det patientrettede forebyggelsestilbud afsluttes, til civilsamfundsaktiviteter.
- Som beskrevet i afsnit om forudsætninger kan København Kommune i løbet af foråret 2026 og senest ifm. udarbejdelsen af kapacitetsplanen fremlægge en revideret og dokumenteret opgørelse af kommunens aktuelle udgifter ved de ydelser, der i 2026 leveres som en del af den patientrettede forebyggelse og som er beskrevet i kapacitetsplanen.
- 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 **København** 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. Ikrafttrædelse, 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 et kortere varsel. Se kapitel 12.

I første periode skal Sundhedsrådet, inden udgangen af 2028, tage stilling til fortsættelse af samarbejdet herunder rammer, vilkår og indhold i samarbejdsaftalen. Efterfølgende vil den horisontale samarbejdsaftale blive genbesøgt af sundhedsrådet én gang i hver valgperiode.

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 inden 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.

København 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 forpligtigelse 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.