

REFERAT Det nære sundhedsudvalg d. 03-09-2025

Mødedato Onsdag d. 03. september 2025 kl. 15:00

Mødested Mødelokale 1

Indholdsfortegnelse

Godkendelse af dagsorden.....	3
Lukket: Lægedækning i Region Sjælland.....	5
Fortsat drift af regionsdrevne nærklinikker i Nakskov og i Nykøbing Sjælland.....	5
Kapacitetsstyring på fodterapiområdet.....	9
Lukket: Lægedækning i yderområder	15
Afprøvning af samarbejdsmodel om hjemløse borgere efter udskrivelse fra sygehus.....	15
Implementering af ny national fordelingsmodel.....	20
Lovforslag om regulering af det almenmedicinske tilbud (IIB).....	24
Målopfyldelse på servicemål for Lægevagten.....	28
Udvidelse af ordningen om 96 timers behandlingsansvar.....	33
Implementering af Kræftplan V's initiativer i Region Sjælland i 2025.....	38
Initiativsag fra Det Konservative Folkeparti vedr. etablering af lægepraksis i Dalby.....	45
Mødeplan 2026.....	49
Aktuelle sager.....	52
Næste møde.....	54
Godkendelse af deltagelse ved møde i Det nære sundhedsudvalg onsdag den 3. september 2025.....	56

1 (Åben) Godkendelse af dagsorden

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2024-10209

Dok ID: 11922757

Resumé

.

Indstilling

.

Sagsfremstilling

.

Økonomi

.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Dagsorden blev godkendt.

Fraværende

Tina Mia Eriksen

Medlem

(C)

Maja Roesen

Medlem

(F)

Jan Herskov

Medlem

(O)

Bilag

.

3 (Åben) Fortsat drift af regionsdrevne nærklinikker i Nakskov og i Nykøbing Sjælland

Det nære sundhedsudvalg
Sags ID: EMN-2024-00506
Dok ID: 12275086

Resumé

Med udgangen af 2025 udløber forsøgsperioden for Region Sjællands regionsdrevne forsøgsklinikker i Kalundborg, Nykøbing Sjælland og Nakskov. I foråret 2025 har regionen annonceret vedr. overtagelse af nærklinikkerne af alment praktiserende læger pr. 1. januar 2026. Nærværende sag omhandler nærklinikkerne i Nakskov og Nykøbing Sjælland. Der er indkommet i alt tre ansøgninger. Administrationen vurderer, at ingen af ansøgningerne lever op til de politiske vedtagne kriterier. Sagen lægger derfor op til, at klinikkerne videreføres som regionsdrevne nærklinikker pr. 1. januar 2026. I og med nærklinikkerne nu er konkurrenceudsat, og der ikke er egnede kandidater, der er budt ind på overtagelse. Dette for at sikre lægedækning og det bedst mulige tilbud for borgerne.

Indstilling

Administrationen indstiller, at

1. Det tages til efterretning, at de indkomne ansøgninger vedr. overtagelse af nærklinikkerne i Nakskov og Nykøbing Sjælland ikke lever op til kriterierne for overtagelse.
2. Det godkendes, at nærklinikkerne i Nakskov og Nykøbing Sjælland videreføres som regionsdrevne nærklinikker pr. 1. januar 2026.

Sagen afgøres af Det nære sundhedsudvalg.

Sagsfremstilling

Nærklinikkerne i Kalundborg, Nykøbing Sjælland og Nakskov er regionsdrevne forsøgsklinikker, som regionen oprettede for en 6-årig forsøgsperiode efter tilladelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeren (på grundlag af særlig hjemmel i Sundhedslovens § 233). Klinikkerne blev oprettet for at sikre lægedækning i udvalgte områder og for at afprøve nye måder at drive lægepraksis på.

Regionens tilladelse til at drive disse nærklinikker i en forsøgsperiode udløber ved udgangen af 2025. Jf. beslutning i Forretningsudvalget på møde den 8. oktober 2024 (lukket punkt), har de tre nuværende nærklinikker i Nakskov, Kalundborg og Nykøbing S. været annonceret til overtagelse. Der er ikke beskrevet regler om overdragelse eller afvikling af klinikkerne. Klinikkerne har derfor været annonceret efter vanlig procedure for annoncering af kapaciteter suppleret med betingelser for virksomhedsoverdragelse af personale, jf. virksomhedsoverdragelsesloven. Annonceringen har kørt i foråret 2025 med ansøgningsfrist d. 1. juni, til overtagelse af alment praktiserende læger under overenskomsten fra 1. januar 2026.

Regionen har modtaget tre ansøgninger til de to nærklinikker i Nakskov og Nykøbing Sjælland.

Ansøgningerne er blevet vurderet ud fra krav i forbindelse med virksomhedsoverdragelse samt de to kriterier, som Det nære sundhedsudvalg vedtog på møde 2. maj 2024. De to kriterier er:

1. *Tilfredsstillende lægevalg for tilmeldte og nye patienter.*
Det indebærer, at der skal fremlægges en tilfredsstillende plan for drift af klinikken, samt for hvordan kontinuiteten i bemanningen vil blive tilgodeset.
2. *Lægedækningen må ikke forringes.*
Det indebærer, at en praktiserende læge under overenskomsten må ikke forringe lægedækningssituationen i området, jf. regionens lægedækningsforpligtelse.

Administrationens vurdering af ansøgningerne

Administrationen vurderer, at ingen af de tre ansøgninger lever op til kriterierne.

Vedr. kriterie 1: *Tilfredsstillende lægevalg for tilmeldte og nye patienter* opfyldes ikke.

Et fælles træk ved ansøgningerne er, at der ikke fremlægges en tilfredsstillende plan for den videre drift af nærklinikker. I alle tre ansøgninger skitseres markante reorganiseringer, som hovedsageligt handler om at nedlægge nærklinikken for at indarbejde den i en eksisterende klinik.

Vedr. kriterie 2: *Lægedækning ikke må forringes* opfyldes ikke.

I ansøgningerne skitseres reorganiseringer af nærklinikkerne, der indebærer, at klinikkerne som selvstændige enheder nedlægges, og borgernes adgang til valg af læge forringes.

For to af ansøgningerne lægges nærklinikkerne ind under eksisterende klinikker. Herved reduceres borgernes muligheden for at vælge en læge, der har åben for tilgang, til én klinik, og regionen lever derved ikke op til lægedækningsforpligtelsen.

For den tredje ansøgning skitseres en løsning, hvor nærklinikken oprettes som en satellitpraksis med mere en 55 km til det primære konsultationssted. Det indebærer, at patienterne skal transportere sig til det primære konsultationssted ("hovedklinikken"), når satellitklinikken er lukket. En satellitpraksis er ikke en selvstændig praksis, og kan bl.a. have begrænset åbningstid.

Nærklinikkerne i Nakskov og Nykøbing Sjælland drives fortsat af regionen pr. 1. januar 2026

Med sundhedsreformen har regionerne fået mulighed for at oprette regionsklinikker (i Region Sjælland betegnet som nærklinikker) som en del af det almenmedicinske tilbud – dvs. der nu er lovhjemmel til at etablere og drive nærklinikker, uden at de er del af en forsøgsordning. I og med nærklinikkerne nu er konkurrenceudsat, og der ikke er egnede kandidater, der har budt ind, kan de to nærklinikker i Nakskov og Nykøbing Sjælland videreføres som regionsdrevne nærklinikker pr. 1. januar 2026. Under gældende rammer og regler, herunder Sundhedslovens § 227, stk.5. Herunder at klinikkerne løbende kan afsættes og drives som PLO-klinikker under overenskomsten, såfremt egnede kandidater byder ind på at overtage klinikkerne.

Sundhedsreformen sigter mod at styrke det nære sundhedsvæsen og sikre bedre geografisk fordeling af læger, særligt i områder med svag lægedækning, herunder Lolland og Odsherred kommuner. Regionsklinikker er et værktøj til at sikre lægedækning og tiltrække læger i områder med mangel på praktiserende læger. Dertil kan regionsklinikker udgøre en attraktiv mulighed for læger, der ønsker at arbejde i et givent område uden at skulle investere i egen praksis.

Mulig virksomhedsoverdragelse af Nærklinik Kalundborg – separat sag

I forhold til Nærklinik Kalundborg er der indkommet en ansøgning, der vurderes at leve op til kriterierne for virksomhedsoverdragelse. Dette behandles i separat sag (lukket) om politisk godkendelse af virksomhedsoverdragelse på nærværende møde.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, som kræver særskilt stillingtagen.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Orienteringen om vurdering af de indkomne ansøgninger blev taget til efterretning. Udvalget godkendte at nærklinikkerne i Nakskov og Nykøbing Sjælland videreføres som regionsdrevne nærklinikker pr. 1. januar 2026.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

.

4 (Åben) Kapacitetsstyring på fodterapiområdet

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2022-00656

Dok ID: 12263470

Resumé

Regionsrådet besluttede med budgetaftalen for 2021, at der skulle etableres et forsøgsprojekt med fri nedsættelsesret for fodterapeuter. Ordningen er blevet evalueret i maj 2025 i forhold til aktivitet, fodterapeutkapacitet og økonomi. Overordnet viser evalueringen, at der er kommet flere fodterapeutkapaciteter, og at ventetiden er faldet. De positive effekter ses dog ikke i yderområderne, hvor behovet er størst. Sagen lægger op til beslutning om enten en justeret eller en alternativ model for kapacitetsstyring indenfor fodterapi. Beslutningen vil gælde frem til ikrafttrædelse af ny Praksisplan for fodterapi.

Indstilling

Administrationen indstiller, at

1. Den fri nedsættelsesret for fodterapeuter i hele Region Sjælland ophører.
2. Der træffes beslutning om en ny model for styring af nye kapaciteter på fodterapiområdet. Der foreslås to modeller:
 - A. Ny kapacitetsmodel for fodterapiområdet.Eller
 - B. En model, der kombinerer fri nedsættelsesret i visse geografiske områder med en ny kapacitetsmodel i ikke-frie områder.

Sagen afgøres af Regionsrådet.

Sagsfremstilling

Baggrund

Fodterapeuternes behandling består bl.a. af sårbeskæring, aflastning og indlægsbehandling. Behandlingen fremmer heling af fodsår, hvilket kan bidrage til at forebygge benamputationer hos diabetespatienter. Forsøgsprojektet og styrkelsen af fodterapiområdet er dermed et led i strategien for at nedbringe benamputationer.

Med Budget 2021 blev der afsat 0,7 mio. kr. årligt til et forsøgsprojekt omkring fri nedsættelsesret for fodterapeuter, som ønskede at nedsætte sig som fodterapeuter med ydernummer i visse områder af regionen. Med andre ord en ny model for kapacitetsstyring, som ophævede regionens styring af antallet af fodterapeuter og fodterapeuter. Midlerne skulle dække den meraktivitet til patientbehandling, som forventedes at følge af den fri nedsættelsesret.

Rammerne for forsøgsprojektet om fri nedsættelsesret blev udfoldet i forbindelse med vedtagelsen af praksisplan for 2021-2024 (er forlænget og gælder fortsat grundet den kommende

sammenlægning til Region Østdanmark). Formålet med forsøgsprojektet var at bidrage til at løse kapacitets- og rekrutteringsudfordringerne på fodterapiområdet. Projektet omfattede både mulighed for kapacitetsudvidelse af nye klinikker og udvidelse af eksisterende klinikker.

I starten omfattede den fri nedsættelsesret visse områder af regionen. Områderne kunne udvides eller indskrænkes løbende via beslutning i Samarbejdsudvalget for Fodterapi.

Samarbejdsudvalget har løbende fulgt udviklingen på fodterapiområdet. Efter den indledende 2-årige periode besluttede Samarbejdsudvalget, at den fri nedsættelsesret kunne udvides til hele regionen med virkning fra 1. januar 2023. Beslutningen blev truffet med henvisning til fortsatte udfordringer med lange ventetider og begrænset geografisk tilgængelighed.

Evalueringsprojektet om fri nedsættelsesret

Med praksisplan for 2021-2024 blev det defineret, at forsøgsprojektet skulle afprøves i en periode og derefter evalueres. Evalueringen (*vedlagt* som bilag i fuld længde og som resumé) blev drøftet i Samarbejdsudvalget for Fodterapi den 23. maj 2025.

Omdrejningspunktet for evalueringen er 7 målsætninger for den fri nedsættelsesret: 1) tilgængelighed, 2) nærhed, 3) lavere ventetider, 4) dækning i yderområder, 5) behandling af flere diabetikere, 6) større klinikfællesskaber samt 7) rekruttering og fastholdelse af fodterapeuter.

Evalueringen viser, at der er kommet 78 flere fodterapeutkapaciteter. Fordelt på både flere klinikker og flere fodterapeuter i eksisterende klinikker. Der er generelt kommet lavere ventetider, som nu er på 15-20 uger i 2024, mod 17-23 uger i 2022. Overordnet er der skabt øget tilgængelighed, flere større klinikker og flere fodterapeuter er rekrutteret/fastholdt i regionen.

Evalueringen viser, at den fri nedsættelsesret særligt har ført til flere nynedsættelser i de større byer (fx Næstved), mens dækningen i yderområder er uændret. Ordningen har derfor ikke bidraget til øget tilgængelighed eller reduceret ventetid i de egne af regionen, hvor transporten til fodterapeut er længst, og hvor behovet for behandlingsindsatsen samtidig er størst.

Et af målene med ordningen var, at andelen af diabetespatienter, der behandles hos fodterapeuter, skulle øges. Her ses en stigning fra 46 % i 2020 til 48 % i 2024.

I forhold til økonomi viser evalueringen, at det samlede forbrug til sygesikringstilskud på fodterapiområdet er steget væsentligt. Udviklingen i perioden fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 1. Region Sjællands udgifter til tilskud til behandling ved fodterapeut (inkl. takstregulering.)

	2020 (kr.)	2021 (kr.)	2022 (kr.)	2023 (kr.)	2024 (kr.)
Samlet bruttohonorar	19.961.879	22.501.565	24.063.396	26.613.230	29.205.792
Samlet bruttohonorar ekskl. takstregulering	-	22.415.109	23.480.556	25.001.214	26.613.317
Udvikling ekskl. takstregulering	-	+2.453.230	+1.065.447	+1.520.659	+1.612.102

De årlige stigninger overstiger langt de afsatte 0,7 mio. kr. Dette kan særligt tilskrives aktivitet ved nyetablerede klinikker.

Administrationens vurdering og indstilling

Samarbejdsudvalget drøftede evalueringen på møde den 23. maj 2025. Udvalget var generelt positive omkring resultaterne fra evalueringen, men bemærker dog, at der er behov for at ændre på rammerne for den fri nedsættelsesret. Det skyldes primært, at forsøgsprojektet med fri nedsættelsesret ikke har medført væsentlig flere nynedsættelser i yderområder. Dertil en kvalitetsmæssig overvejelse: Den fri nedsættelse har ført til, at der er fodterapeuter, som har svært ved at få tilstrækkeligt med patienter med en lægehenviisning i de større byer. Det kan udfordre kvaliteten af behandlingen, da den enkelte fodterapeut mange dage kun har få eller ingen behandlinger af patienter med lægehenviisning.

Administrationen deler Samarbejdsudvalgets opmærksomhedspunkter, og finder desuden den økonomiske udvikling og den markante budgetoverskridelse bekymrende.

Administrationen anbefaler, at forsøgsprojektet omkring fri nedsættelsesret i hele regionen ophører i sin nuværende form. I stedet bør der vedtages en ny model for kapacitetsstyring. Uanset valg af model får denne ikke betydning for de fodterapeuter, der allerede har etableret klinik, men det kan få betydning for deres muligheder for at udvide klinikken.

Forslag til modeller for kapacitetsstyring er:

Model A: Ny kapacitetsmodel for fodterapiområdet

Model A svarer til den kapacitetsstyringsmodel, som benyttes på andre praksisområder (psykolog, kiropaktor mv.), og som tidligere har været anvendt på fodterapiområdet.

Modellen indebærer, at administrationen udarbejder forslag til principper, som skal danne grundlag for, hvor og hvornår der opslås ledige kapaciteter. Principperne vil tage afsæt i geografisk sygdomsbyrde, herunder antal diabetespatienter, nuværende kapacitet i området - fodterapiklinikker, ventetider mv. Principperne besluttet af Regionsrådet.

Opslag af ledige kapaciteter med afsæt i de politisk vedtagne principper besluttet to gange årligt af Samarbejdsudvalget for fodterapi.

Ved denne model afsluttes perioden med fri nedsættelsesret, og dermed bortfalder de afsatte midler på 0,7 mio. kr. til dette også.

Model B: En model, der kombinerer fri nedsættelsesret i visse geografiske områder med en ny kapacitetsmodel i ikke-frie områder

Modellen indebærer, at administrationen udarbejder forslag til principper, som indeholder to elementer: Principper for fastsættelse af geografiske områder med fri nedsættelsesret. Dertil principper for hvor og hvornår der opslås ledige kapaciteter i de ikke-frie områder.

Principperne vil tage afsæt i geografisk sygdomsbyrde, herunder antal diabetespatienter, nuværende kapacitet i området - fodterapiklinikker, ventetider mv. (jf. Model A). Begge sæt af principper besluttet af Regionsrådet.

Fastsættelse af frie og ikke-frie områder samt opslag af ledige kapaciteter med afsæt i de politisk vedtagne principper besluttet to gange årligt af Samarbejdsudvalget for fodterapi.

Denne model udgør en tilpasning af forsøgsprojektet, hvorfor bevillingen på de 0,7 mio. kr. årligt til merudgifter på området som følge af den fri nedsættelse videreføres.

Overvejelser om fremtidige modeller blev drøftet på møde i Samarbejdsudvalget for Fodterapi den 23. maj 2025 i forbindelse med behandling af evalueringen. Udvalget, herunder særligt repræsentanterne for Danske Fodterapeuter, anbefaler Model B, idet denne model gør det så let som muligt at nedsætte sig i områder med behov.

Administrationen vurderer, at Model A giver en mere tæt styring af fodterapiområdet, hvilket sikrer, at de økonomiske rammer afsat til området ikke overskrides. Model B indebærer derimod mulighed for større usikkerhed om omfanget af tilskud til fodterapeutisk behandling, idet en fodterapeut kan etablere eller udvide sin klinik fra dag til dag.

Administrationen anbefaler model A med henblik på at sikre øget regional politisk prioritering og styring. Dette for at sikre, at der fortsat arbejdes med at styrke den forebyggende indsats i de mest udfordrede områder, i tråd med sundhedsreformens centrale ambitioner, men hvor strammere regional styring samtidig bidrage til det forberedende arbejde og overblik forud for regionssammenlægningen.

Videre proces

I forlængelse af Regionsrådets stillingtagen vil en opfølgende sag i dette kvartal blive forelagt Samarbejdsudvalget for fodterapi og derefter Det nære sundhedsudvalg, Forretningsudvalget og Regionsrådet. Sagen lægger op til godkendelse af principper, der danner grundlag for den fremtidige model.

Ny model forventes at træde i kraft pr. 1. januar 2026. Indtil da er den nuværende model med fri nedsættelsesret i hele regionen fortsat gældende.

Økonomi

Ved valg af model A er sagen ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Ved valg af model B finansieres evt. meraktivitet til patientbehandling i områder med fri nedsættelsesret via de 0,7 mio. kr., der er afsat årligt med Budget 2021 til en indsats med delvis fri nedsættelsesret. Såfremt meraktiviteten overstiger de 0,7 mio. kr. årligt, dækkes udgiften via sygesikringstilskud. Det er forventningen, at evt. meraktivitet enten ikke eller kun i mindre grad vil overstige de 0,7 mio. kr.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Indstillingens punkt 1 anbefales. Der var afstemning om indstillingens punkt 2.

For model A stemte:

Jan Hendeliowitz (A), John Hansen (A), Felex Petersen (A) og Susanne Lundvald (A)

For model B stemte:

Camilla Hove Lund (V), Jens Ravn (V) og Helge Adam Møller (C)

Carli Hækkerup (Ø) undlod at stemme, hvorved et flertal i udvalget anbefaler model A.

Fraværende

Tina Mia Eriksen
Maja Roesen
Jan Herskov

Medlem
Medlem
Medlem

(C)
(F)
(O)

Bilag

1. Bilag 1_Evaluering af udviklingen på fodterapiområdet i Region Sjælland 2020-2025 (DokID: 12295618 - EMN-2022-00656)
2. Bilag 2 opsummering af resultaterne af evalueringen af fri nedsættelsesret.docm (DokID: 12296194 - EMN-2022-00656)

6 (Åben) Afprøvning af samarbejdsmodel om hjemløse borgere efter udskrivelse fra sygehus

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2022-02842

Dok ID: 12263000

Resumé

For at sikre efterværn til hjemløse efter sygehusindlæggelse lægges der op til at afprøve en samarbejdsmodel mellem Roskildehjemmet, almen praksis, eHospitalet og sygehusene. Hjemløse i målgruppen for forsorgshjem kan opholde sig på Roskildehjemmet efter udskrivning med sundhedsfaglig sparring fra regionen. Indsatsen fungerer både som afprøvning og overgangsløsning, indtil Region Sjælland får juridisk afklaring om et omsorgscenter for hjemløse. Modellen afprøves frem til udgangen af 2026, hvorefter der skal tages politisk stilling til videreførelse eller udvidelse.

Indstilling

Administrationen indstiller, at

1. Det godkendes, at der igangsættes en afprøvning af en samarbejdsmodel mellem Roskildehjemmet, almen praksis, eHospitalet og sygehusene om udskrivelse af hjemløse borgere fra sygehusene.
2. Der til afprøvning af modellen udmøntes 0,3 mio. kr. i 2025 og 0,7 mio. kr. i 2026 til afprøvning af modellen af de midler, som Regionsrådet afsatte med Budget 2023 til et omsorgscenter for hjemløse.

Sagen afgøres af Regionsrådet.

Sagsfremstilling

Med Budget 2023 afsatte Regionsrådet midler til at etablere og drive et omsorgscenter for hjemløse borgere i samarbejde med Røde Kors med plads til ti personer. Trods omfattende dialog med kommunerne både administrativt og politisk har det ikke været muligt at finde egnede lokaler til et omsorgscenter inden for den økonomiske ramme, der blev afsat – hverken regionalt eller kommunalt.

Kommunerne har desuden rejst nogle afgørende juridiske spørgsmål om regionens lovhjemmel til at etablere et sådant center. Med bistand fra et eksternt advokatfirma har Region Sjælland afdækket regionens lovhjemmel. Hovedkonklusionen på advokatundersøgelsen er, at regionen ikke har lovhjemmel til at etablere et omsorgscenter i den form, som er beskrevet med Budget 2023. Regionen har ikke lovhjemmel til at etablere et center, der tager imod hjemløse, som ikke har været indlagt på et sygehus.

Region Sjælland kan måske på sigt etablere et center, der tager imod hjemløse borgere efter endt indlæggelse, idet det muligvis kan betragtes som et rekonvalescensophold (dvs. ophold rettet mod at genvinde kræfter og helbred efter en sygdom eller operation) til forebyggelse af genindlæggelser.

Regionen afventer juridisk stillingtagen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, førend der kan arbejdes videre med mulig etablering af et omsorgscenter.

Afprøvning af samarbejdsmodel

For at sikre et tilbud til hjemløse borgere, der bliver udskrevet fra en sygehusafdeling, er der blevet arbejdet på at etablere en mulig samarbejdsmodel mellem Roskildehjemmet, almen praksis, eHospitalet og sygehusene omkring et tilbud til udskrevne hjemløse borgere, der har ophold på et forsorgshjem.

Samarbejdsmodellen afprøves i første omgang med Roskildehjemmet som omdrejningspunkt, da Roskildehjemmet har driftsoverenskomst med Regional Sjælland. De øvrige herberg og forsorgshjem i regionen er kommunalt drevet. Der kan godt etableres lignende samarbejder med de kommunale herberg, såfremt kommunerne ønsker at indgå i et samarbejde, hvor der samtidig sikres passende aftaler og rammer.

Indsatsen løber frem til udgangen af 2026, hvorefter der skal tages politisk stilling til evt. videreførelse og mulig udvidelse af indsatsen. Bl.a. med afsæt i evaluering af indsatsen.

Udover at fungere som afprøvning af en samarbejdsmodel kan indsatsen bidrage med en overgangsløsning, indtil Region Sjælland opnår juridisk afklaring fra Indenrigs- og sundhedsministeriet vedr. muligheden for at etablere et omsorgscenter.

Formål

Det overordnede mål med indsatsen er, at hjemløse borgere, der kan optages på forsorgshjem, får tilbud om rekonvalescens efter en sygehusindlæggelse. Dermed undgås, at de mest sårbare borgere ikke udskrives direkte til gaden.

Dertil giver afprøvning af samarbejdsmodellen mulighed for at få viden om efterspørgslen samt at høste erfaringer om samarbejde mellem sygehuse, almen praksis, eHospitalet og et forsorgshjem i forhold til udskrivelse af hjemløse fra en sygehusafdeling.

Målgruppe

I samarbejdsmodellen vil målgruppen være hjemløse eller funktionelt hjemløse borgere, der udskrives fra en sygehusafdeling, efter at de er færdigbehandlede og ikke længere har behov for behandling på et sygehus. Borgerne skal være i målgruppen, der kan optages på forsorgshjem efter Servicelovens §110. Borgerne skal desuden være i stand til at følge de almindelige regler på forsorgshjemmet. Det indebærer bl.a., at borgerne ikke må have et aktivt misbrug eller truende adfærd.

Roskildehjemmet

Region Sjælland har driftsoverenskomst med Roskildehjemmet, som er en selvejende institution oprettet af Landsforeningen Arbejde Adler. Roskildehjemmet er et forsorgshjem med plads til 50 personer.

Indhold i tilbuddet

Sygehuset kan ikke visitere borgere til ophold på Roskildehjemmet, men kan støtte den hjemløse borger i forhold til at rette henvendelse til Roskildehjemmet og høre, om de har plads til at tage imod den hjemløse borger efter udskrivelsen. På forsorgshjemområdet er det forstanderen, der træffer beslutning om optagelse, jf. Servicelovens §110.

På Roskildehjemmet kan den hjemløse borger få ro, og der vil være personale, der kan varetage basal omsorg under opholdet.

Hvis den hjemløse borger har behov for sundhedsfaglig behandling efter udskrivelsen til Roskildehjemmet, vil det normalt være den enkelte borgers praktiserende læge, der har det sundhedsfaglige ansvar. For at kunne gøre en ekstra indsats for de hjemløse borgere og for at støtte almen praksis vil regionen gå i dialog med PLO om at indgå en aftale, hvor eHospitalet stiller sig til rådighed for sparring og for ved behov at varetage den sundhedsfaglig behandling. Dette som opfølgning på, at der er lagt en behandlingsplan i samarbejde med det udskrivende sygehus. Der udpeges en sundhedsfaglig medarbejder fra Roskildehjemmet, som har ansvar for kommunikationen med almen praksis og eHospitalet.

Roskildehjemmet vil desuden kunne kontakte eHospitalet, hvis der er borgere, der har behov for sundhedsfaglig bistand under opholdet, som et supplement til den lægefaglig behandling, der varetages af den praktiserende læge. Fx ved at en af eHospitalets Mobile Behandlings Enheder (MBE-biler) rykker ud til Roskildehjemmet. MBE-bilerne er udstyret med POCT-udstyr, som indebærer, at de mest almindelige laboratorieprøver kan måles på stedet i stedet for på akutafdelingen.

Der kan blive behov for kompetenceudvikling af det sundhedsfaglige personale, som er ansat på Roskildehjemmet. Denne kompetenceudvikling kan eHospitalet varetage.

Indsatsen er bygget op omkring ophold på en eksisterende social institution, som regionen støtter de hjemløse borgere i at søge kontakt til. Derved er de mulige juridiske barrierer, som er under afklaring i forhold til etableringen af et egentligt center for hjemløse, ikke en udfordring i forhold til afprøvning af denne samarbejdsmodel.

Data og evaluering

Samarbejdet vil løbende blive evalueret og fulgt både via data og kvalitative interviews med relevant sundhedsfagligt personale. Såfremt erfaringen med modellen viser gode resultater, kan modellen forsøges udbredt til også at gælde samarbejde mellem de kommunale herberger, almen praksis og regionen.

Politisk proces

Sagen behandles i:

Det nære sundhedsudvalg den 3. september

Social- og Psykiatriudvalget den 4. september

Forretningsudvalget den 16. september

Regionsrådet den 23. september

Sagen bliver lagt parallelt op i Roskildehjemmets bestyrelse.

Økonomi

I budget 2023 blev der afsat 4,0 mio. kr. på anlæg til etablering af et omsorgscenter for hjemløse samt 3,8 mio. kr. til årlig drift.

For at kunne afprøve modellen vil der være behov for, at nogle af driftsmidlerne frigives til:

1. Ansættelse af en sundhedsfaglig medarbejder på Roskildehjemmet
2. Opnormering af eHospitalet.

Samlet beløber det sig til en årlig udgift på 700.000 kr., hvor der udmøntes 0,3 mio. kr. i 2025 og 0,7 mio. kr. i 2026.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Et flertal i udvalget bakker op om afprøvning af samarbejdsmodellen og anbefaler indstillingens punkt 1 og 2. Enhedslisten tager forbehold frem til Regionsrådets behandling af sagen.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

.

7 (Åben) Implementering af ny national fordelingsmodel

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2025-01941

Dok ID: 12298681

Resumé

Udvalget orienteres om den nye nationale model for kapacitetsstyring i almen praksis, som er vedtaget som led i sundhedsreformen. Den nationale fordelingsmodel fastsætter bl.a. det antal lægekapaciteter, der må udmøntes i hvert sundhedsråds geografiske område samt et differentieret minimumstal for antallet af patienter pr. praksis, beregnet ud fra sygdomsvægtede data. Sagen orienterer dertil om den forventede proces for implementering af fordelingsmodellen, som bl.a. indbefatter politisk drøftelse af principper for midlertidig kompensation til praktiserende læger.

Indstilling

Administrationen indstiller, at orienteringen om implementeringen af den nye nationale model for kapacitetsstyring i almen praksis tages til efterretning.

Sagen afgøres af Det nære sundhedsudvalg.

Sagsfremstilling

Baggrund

Det er et bærende princip i *Aftale om Sundhedsreform* fra november 2024, at der er brug for en ny måde at arbejde på, hvis det skal lykkes at sikre lægedækning i lægdækningstruede områder. Som led i sundhedsreformen er der vedtaget en ny national model for, hvordan lægedækningen i almen praksis fremover skal styres og fordeles. Hidtil har regionerne haft ansvaret for kapacitetsstyringen i almen praksis. Med den nye fordelingsmodel er det Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der fastsætter rammerne.

Den nye fordelingsmodel er vedtaget ved lov i foråret 2025 og er udmøntet gennem *Bekendtgørelse om den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud*, som trådte i kraft den 3. juli 2025.

Formålet med den nationale fordelingsmodel er at sikre en mere behovsorienteret fordeling af praktiserende læger, så ressourcerne placeres der, hvor borgernes sundhedsbehov er størst. Det betyder, at områder med høj sygdomsbyrde tildeles en større andel af lægekapaciteterne.

Modellen fastsætter:

1. Antal lægekapaciteter, der må udmøntes i hvert sundhedsråds geografiske område.
2. Et differentieret minimumstal for antallet af patienter pr. praksis, beregnet ud fra sygdomsvægtede data.

Ad 1) Se *vedlagte* bilag med overblik over antallet af lægekapaciteter, som maksimalt kan udmøntes pr. kommune frem til 1. januar 2027 jf. den nationale fordelingsmodel.

Ad 2) Tidligere har patientantal pr. kapacitet været mere ens på tværs af landet og fastsat med overenskomst for almen praksis – typisk mellem 1.600 og 2.700 patienter pr. fuldtidslæge.

Med den nye fordelingsmodel beregner Sundhedsdatastyrelsen ud fra befolkningssammensætningen hvor mange patienter, der i udgangspunktet skal være tilknyttet den enkelte praksis. Sundhedsstyrelsens beregning af patientantallet i den enkelte klinik tager således højde for patienternes demografiske, socioøkonomiske og sundhedsmæssige forhold.

Regionsrådet får med bekendtgørelsen retten til at fastlægge klinikkernes minimumspatienttal på baggrund af de enkelte klinikkers patientsammensætning. Regionen skal tage udgangspunkt i sundhedsdatastyrelsens model, men kan fravige den, hvis der er lokale forhold eller forhold i den enkelte klinik, der taler for det.

Implementering i Region Sjælland

Region Sjælland er i gang med at drøfte implementeringen med de øvrige regioner og koordinerer især tæt med Region Hovedstaden. Det er centralt for implementeringsprocessen, at det tværregionale samarbejde er stærkt, så indsætterne i regionerne understøtte de nationale ambitioner og ikke spænder ben for arbejdet.

Der lægges op til følgende trin i implementeringsprocessen:

- Almen praksis informeres om Sundhedsdatastyrelsens beregninger af kliniks-specifikke minimumstal samt om den videre proces for fastlæggelse af minimumspatienttal i den enkelte klinik. Dette skal ske senest 1. september 2025.
- Samtidigt høres alle praksisser om deres ønskede patienttal for det kommende år.
- Der indgås dialog med almen praksis om det kliniks-specifikke patienttal.
- Alle praksisser modtager brev med regionens afgørelse vedr. minimumspatienttal.

På baggrund af tilbagemeldingerne fra almen praksis (jf. punkt to og tre i implementeringsprocessen) udarbejder administrationen en analyse af lægedækningen i Region Sjælland. Analysen skal bl.a. bidrage til sikre, at regionen overholder sin forpligtelse om at sikre borgerne lægedækning, i henhold til Sundhedsloven.

Som et led i arbejdet med implementering af fordelingsmodellen kan det blive nødvendigt at pålægge almen praksis et højere patientantal, end hvad der er beregnet af Sundhedsstyrelsen, og hvad den enkelte praktiserende læge har ønsket. Indtil der er rekrutteret flere læger eller oprettet nye kapaciteter.

Principper for kompensation til praktiserende læger

Frem til den nye honorarmodel træder i kraft, forventeligt 1. januar 2027, har regionerne mulighed for at yde kompensation til almen praksis. Eksempelvis i tilfælde hvor klinikkens patienttal er væsentligt lavere end tidligere, hvilket kan medføre lavere honorarindtægter.

Honorarmodellen skal i fremtiden sikre, at lægernes honorering i højere grad afspejler patienternes sundhedsbehov og sygdomstygde, og dermed understøtter en mere balanceret fordeling af opgaver og ressourcer i almen praksis.

Kompensationen vil være tidsafgrænset og målrettet konkrete forhold, og der lægges vægt på, at det skal være med til at sikre stabil drift og lægedækning, indtil de nye strukturer er fuldt implementeret.

Administrationen er i dialog med de øvrige regioner omkring det konkrete parallelle arbejde, der pågår i de enkelte regionerne i forhold til at fastlægge principper for kompensation. Region Sjælland sikrer især tæt dialog med Region Hovedstaden med tanke på den forestående sammenlægning.

Videre politisk proces

Administration udarbejder forslag til principper for kompensation til alment praktiserende læger med henblik på politisk drøftelse på et kommende møde.

Det nære sundhedsudvalg vil løbende blive inddraget i arbejdet med implementeringen af den nationale fordelingsmodel.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Orienteringen blev taget til efterretning.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

1. Bilag_Antal kapaciteter i almen medicinske tilbud pr. kommune (DokID: 12318450 - EMN-2025-01941)

8 (Åben) Lovforslag om regulering af det almenmedicinske tilbud (IIB)

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2025-04857

Dok ID: 12315977

Resumé

Udvalget orienteres om lovforslag om regulering af det almenmedicinske tilbud (Lovpakke IIB). Lovforslaget har til formål at udmønte dele af Aftale om en sundhedsreform 2024 vedr. det almenmedicinske tilbud. Sagen orienterer dertil om indholdet i Danske Regioners høringssvar til lovforslaget.

Indstilling

Administrationen indstiller, at orienteringen om indholdet i lovpakke IIB tages til efterretning.

Sagen afgøres af Det nære sundhedsudvalg

Sagsfremstilling

Indenrigs- og sundhedsministeriet sendte den 1. juli 2025 lovpakke IIB i offentlig høring med frist den 21. august 2025. Lovforslaget har til formål at udmønte dele af "Aftale om en sundhedsreform 2024" vedr. det almenmedicinske tilbud.

Det drejer sig om:

1. National opgavebeskrivelse og basisfunktion
2. Ny aftalemodel for alment praktiserende læger
3. Differentieret honorarstruktur
4. Forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer
5. Opfølgning på nationale krav over for de almenmedicinske tilbud og etablering af et Praksislagenævn
6. Ny lovstruktur for bestemmelser vedr. etableringen af almenmedicinske tilbud

Lovpakken forventes at blive fremsat i Folketinget i november 2025.

Lovændringer vedrørende almenmedicinsk tilbud i udmøntning af sundhedsreformen 2024

Med lovpakken lægges der op til at gennemføre en række ændringer i sundhedsloven.

1. *National opgavebeskrivelse og basisfunktion:* Der tilvejebringes hjemmel, der muliggør udmøntning af en national opgavebeskrivelse med en basisfunktion, som fra 2027 skal fastsætte opgaver og krav m.v. til det almenmedicinske tilbud. Herudover forpligtes regionsrådet til at efterleve opgavebeskrivelsen, mens klinikker i det almenmedicinske tilbud forpligtes til at efterleve basisfunktionen.
2. *Aftale om vilkår for alment praktiserende læger:* Der tilvejebringes hjemmel til, at en smallere og central aftale kan fastsætte de økonomiske vilkår for de alment praktiserende læger med afsæt i den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og basisfunktion. Herudover indføres bestemmelse om, at regionsrådet kan indgå lokale aftaler med almenmedicinske

tilbud i supplement til den landsdækkende aftale mhp. at sikre efterlevelsen af opgavebeskrivelsen.

3. *Differentieret basishonorar:* Der indføres bestemmelse om, at Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og en organisation, som repræsenterer de alment praktiserende læger skal aftale en honorarstruktur for alment praktiserende læger, hvor honoreringen 1) differentieres med udgangspunkt i den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud samt 2) understøtter det almenmedicinske tilbuds efterlevelse af de krav og opgaver, der beskrives i basisfunktionen.
4. *Forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer:* Der indføres bestemmelse om, at en speciallæge i almen medicin ved køb af et ydernummer skal forhåndsgodkendes af regionsrådet ud fra en vurdering af, om det kan sandsynliggøres, at lægen kan og vil efterleve gældende regler og krav (fx krav fastsat i basisfunktionen) samt aftaler indgået mellem RLTN og PLO.
5. *Opfølgning på nationale krav og etablering af Praksisklagenævn:* Der indføres hjemmel til, at regionerne kan følge op overfor lægerne i de almenmedicinske tilbud i forhold til efterlevelse af de nationale krav og aftaler indgået med RLTN samt træffe afgørelse om sanktioner i de tilfælde, hvor krav og regler ikke overholdes. Der indføres dertil et nyt klagenævn til at behandle klager fra læger i de almenmedicinske tilbud over afgørelser fra regionsrådet (Praksisklagenævnet).
6. *Ny lovstruktur for bestemmelser vedr. etableringen af almenmedicinske tilbud:* De lovgivningsmæssige rammer for den del af praksissektoren, der regulerer aftaler og organisationsformer for det almenmedicinske tilbud tydeliggøres, herunder regionernes muligheder for at etablere almenmedicinske tilbud. Herudover tydeliggøres bl.a., at det alene er speciallæger i almen medicin, der har adgang til et ydernummer.

Danske Regioners høringssvar

Danske Regioner har udarbejdet høringssvar til lovpakken, jf. *vedlagte* bilag. Der udtrykkes i høringssvaret opbakning til lovpakken. Det fremhæves bl.a., at indførelsen af en mindre aftalemodel, hvor de økonomiske vilkår forhandles mellem PLO og RLTN med afsæt i en national opgavebeskrivelse og basisfunktion, medvirker til at reducere uenigheder om, hvilke aktører der skal varetage specifikke opgaver. Der kan derfor i stedet fokuseres på, hvordan man kan hjælpe hinanden til at varetage de definerede opgaver bedst muligt. I høringssvaret afgives i tillæg hertil en række bemærkninger, hvoraf følgende kan fremhæves:

En præcis opgavebeskrivelse og basisfunktion:

Der lægges vægt på, at forventningerne til det almen medicinske tilbud bliver klare og præcise. For så vidt angående krav til tilgængelighed er det vigtigt, at basisfunktionen forholder sig til den basale tilgængelighed, men der bør for nuværende tidspunkt ikke ændres væsentligt på åbningstiderne og øvrige krav for den enkelte klinik ift. det, der er aftalt i overenskomsten mellem RLTN og PLO.

Det almenmedicinske tilbud bør indgå i vagtopgaven:

Forpligtelsen til at deltage i lægevagtordningen for almenmedicinske speciallæger bør fremgå af Sundhedsstyrelsen beskrivelse af basisopgaven.

Kvalitet, efteruddannelse og forskning:

I dag er alle dele af kvalitet, efteruddannelse og forskning aftalt via overenskomst ml. PLO og RLTN. Regionerne er efter indførelse af den nye mindre aftalemodel, indstillet på at overtage ansvaret for disse.

Adgang til data:

Regionernes adgang til data er en forudsætning for at indfri ambitionerne i sundhedsreformen. Regionerne imødeser derfor fortsat dialog ifm. kommende reguleringer om data.

Forslag om tilslutningskontrakter:

Det foreslås, at det bliver muligt for regionerne at indgå tilslutningsaftaler med alle klinikker. Tilslutningsaftalen skal samlet set overfor læge beskrive krav, vilkår og forudsætninger på tværs af love, aftaler samt basisfunktioner og fungere som det formelle grundlag for samarbejdet og evt. opfølgning ved tvister mv.

Etableringen af almenmedicinske tilbud:

Almen medicinske ydelser bør overvejende leveres af praktiserende læger, der driver klinikker som selvstændige virksomhedsejere, men regions- og udbudsklinikker er, og vil fortsat være, et nødvendigt supplement fx når det ikke er muligt at rekruttere tilstrækkeligt med praktiserende læger.

Forhåndsgodkendelse af læger ved erhvervelse af et ydernummer:

Der bakkes op om, at denne funktion ikke længere skal varetages af PLO, og at regionerne i stedet får opgaven.

Praksisklagenævnet:

Der skal i nævnets indretning sikres uvildighed og uafhængighed, således at rammeaftalens parter - typisk RLTN og PLO – ikke indgår i sagsbehandlingen eller sekretariatsbetjeningen. Herudover bør Praksisklagenævnet ikke finansieres indenfor den økonomiske ramme aftalt ml. parterne, da dette vil medføre, at de administrative udgifter til nævnet således tages ud af den samlede tilgængelige rammer for patientbehandling.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingen.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Orienteringen blev taget til efterretning.

Fraværende

Tina Mia Eriksen
Maja Roesen
Jan Herskov

Medlem	(C)
Medlem	(F)
Medlem	(O)

Bilag

1. danske-regioners-hoeringssvar-vedr-lovforslag-om-almen-medicin-lovpakke-2b (DokID: 12325119 - EMN-2025-04857)

9 (Åben) Målopfyldelse på servicemål for Lægevagten

Det nære sundhedsudvalg
Sags ID: EMN-2024-09317
Dok ID: 12320958

Resumé

Regionsrådet har på møde den 1. april 2025 godkendt fem nye servicemål for Lægevagten. Servicemålene er gældende frem til dannelsen af Region Østdanmark den 1. januar 2027. Det er samtidigt besluttet, at målopfyldelse for de nye servicemål skal følges kvartalsvist af Det nære sundhedsudvalg.

Denne sag giver en status på målopfyldelsen på servicemålene for perioden maj-juli 2025. Som det fremgår af sagen, er to ud af de fem servicemål opfyldt.

Indstilling

Administrationen indstiller, at orienteringen tages til efterretning.

Sagen afgøres af Det nære sundhedsudvalg.

Sagsfremstilling

På møde den 1. april 2025 godkendte Regionsrådet fem nye servicemål for Lægevagten i Region Sjælland. De fem servicemål for Lægevagten er:

- 1. 80 % af alle opkald i telefonkøen besvares inden for 20 minutter
- 2. 80 % af alle opkald i akutkøen besvares inden for 5 minutter
- 3. 25 % af alle besvarede opkald inkluderer en videokonsultation
- 4. 80 % af alle fysiske konsultationer afholdes på det konsultationssted, der ligger tættest på borgerens hjem
- 5. 90 % af alle konsultationer skal være påbegyndt senest 30 minutter efter tildelt tid

Servicemålene er gældende fra 1. april 2025 og frem til dannelsen af Region Østdanmark den 1. januar 2027, og Det nære sundhedsudvalg orienteres om målopfyldelsen fire gange om året.

Tabel 1: Opfyldelse af servicemål for lægevagten i perioden 1. maj - 31. juli 2025

Mål	Opfyldelse
1 80% af alle opkald i telefonkøen besvares indenfor 20 minutter	-
2 80 % af alle opkald i akutkøen besvares inden for 5 minutter	✓
3 25 % af alle besvarede opkald inkluderer en videokonsultation	-
4 80 % af alle fysiske konsultationer afholdes på det konsultationssted, der ligger tættest på borgerens hjem	-
5 90 % af alle konsultationer skal være påbegyndt senest 30 minutter efter tildelt tid	✓

Uddybning og bemærkninger om første kvartalsopgørelse

I vedlagte bilag præsenteres modeller, der illustrerer målopfyldelsen.

I forhold til opgørelsen bemærkes det, at perioden inkluderer sommerferieperioden, der generelt indebærer travlhed i Lægevagten. I 2025 har travlheden dertil været større end de foregående år (udfoldes nedenfor). Dertil er servicemålene bevidst meget ambitiøse. Udgangspunktet har derfor hele tiden været, at der måtte forventes at gå noget tid med implementering af tiltag, der skal bidrage til fremadrettet målopfyldelse.

Mål 1: 80% af alle opkald i telefonkøen besvares indenfor 20 minutter

- Aktuel opfyldelse: 58,11 %

Servicemålet er ikke opfyldt i perioden. En del af forklaring er en sommerperiode med øget travlhed sammenlignet med de foregående år. I juli 2025 var der 36.873 opkald til Lægevagten. Det er 3000 flere opkald sammenlignet med 2024 og 1.000 flere sammenlignet med 2023 (se model 6a i bilaget).

Det er især ventetiderne til Lægevagten i juli måned, der bidrager til den manglende målopfyldelse. I juli måned var der ca. 2.500 opkald med en ventetid på over en time. Langt hovedparten (2320 opkald) i intervallet 60-90 minutters ventetid.

Vagtbemandingen planlægges bl.a. med afsæt i historiske data for antal opkald. Udviklingen med det øgede antal opkald har været svær at forudsige med afsæt i de historiske data. Dette har været medvirkende til de øgede ventetider og udfordringerne med at nå mål 1.

Servicemål 1 er et særligt fokusområde i forhold til den fremadrettede drift af Lægevagten.

Mål 2: 80% af alle opkald i akut-køen besvares indenfor 5 minutter

- Aktuel opfyldelse: 86,44 %

Dette mål er opfyldt. Opkald i akutkøen prioriteres højt.

Mål 3: 25 % af alle besvarede opkald inkluderer en videokonsultation

- Aktuel opfyldelse: 21 %

Målet er ikke opfyldt i perioden, men er tæt på det ønskede mål på 25 %. Det er et fortsat fokus hos Lægevagten at der altid laves en vurdering af, om en videokonsultation kan være et godt værktøj i den aktuelle situation.

Mål 4: 80 % af alle fysiske konsultationer afholdes på det konsultationssted, der ligger tættest på borgerens hjem

Aktuel opfyldelse: 77,1 %

Målet er ikke opfyldt for perioden. Dette skyldes bl.a., at Lægevagten giver borgerne valgmulighed i forhold til at køre til et konsultationssted, der ligger længere væk, men hvor de kan få en tidligere konsultationstid.

Mål 5: 90 % af alle konsultationer skal være påbegyndt senest 30 minutter efter tildelt tid

- Aktuel opfyldelse: 95 %

Dette servicemål er opfyldt for perioden.

Supplerende data omkring ventetider

På seneste udvalgsmøde d. 10. juni 2025 efterspurgte udvalget data for: 1) En fordeling over ventetider i tidsintervaller og 2) hvornår på dagen presset på Lægevagten er størst. Dette er derfor tilføjet i bilaget som model 6, 6a, 7 og 8.

Videre proces

Udvalget vil forventeligt blive forelagt næste status på udvalgsmøde i november. Her vil status inkludere beskrivelse af udviklingen i målopfyldelsen hen over den halvårige periode med to dataopgørelser.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Orienteringen blev taget til efterretning.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

1. Bilag - Målopfyldelse på nye servicemål for Lægevagten juni-august 2025 (DokID: 12297645 - EMN-2024-09317)

10 (Åben) Udvidelse af ordningen om 96 timers behandlingsansvar

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2025-00889

Dok ID: 12247753

Resumé

Efter forhandling mellem staten, KL og Danske Regioner er der klarhed over, hvilke nye patientgrupper der omfattes af 96-timers behandlingsansvar. Med henvisning til fusionen mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden foreslår administrationen, at det i videst muligt omfang er de samme patientgrupper, der omfattes i begge regioner fra årsskiftet. Det betyder, at Region Sjælland både implementerer udvidelsen hurtigere og inkluderer flere psykiatriske patienter end aftalt mellem staten, KL og Danske Regioner.

Indstilling

Administrationen indstiller, at Region Sjælland fra årsskiftet inkluderer følgende patientgrupper i ordningen om 96 timers behandlingsansvar:

1. Psykiatriske patienter, der er fyldt 18 år, som har været indlagt i over 24 timer og har behov for kommunal sygepleje, men som ikke kræver yderligere indlæggelse.
2. Psykiatriske patienter, der er fyldt 18 år, som har været indlagt minimum 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser.

Sagen afgøres af Regionsrådet.

Sagsfremstilling

Med aftale om sundhedsreformen er det besluttet, dels at ændre ordningen om udvidet behandlingsansvar fra tidligere 72 timer til nu 96 timers behandlingsansvar, dels at inkludere nye patientgrupper i ordningen.

Regionsrådet og Sundhedssamarbejdsudvalget godkendte henholdsvis den 1. april og den 6. marts 2025, at udvidelsen fra 72 til 96 timers behandlingsansvar skulle implementeres inden udgangen af 2. kvartal 2025. I henhold til sundhedsreformen skulle tidsudvidelsen først gennemføres senest ved årsskiftet.

I Region Sjælland blev udvidelsen fra 72 til 96 timers behandlingsansvar implementeret den 3. juni 2025 og er derfor nu gældende. Det samme er tilfældet i Region Hovedstaden.

Aftale mellem staten, KL og Danske Regioner om udvidelse af ordningen til nye patientgrupper.

Efter indgået aftale mellem staten, KL og Danske Regioner er der nu også klarhed over, hvilke nye patientgrupper der skal inkluderes i ordningen om 96 timers behandlingsansvar.

Indenfor Psykiatrien omfattes følgende patientgrupper:

- Patienter der er fyldt 18 og har været indlagt i over 24 timer, er lægeligt færdigbehandlede og har behov for kommunal sygepleje, men som ikke kræver yderligere indlæggelse. Målgruppen inkluderer både patienter, der allerede modtager kommunal sygepleje ved indlæggelsen, samt patienter, som under indlæggelsen vurderes at have behov for at starte op med kommunal sygepleje efter udskrivelse.
- Patienter der er fyldt 18 og har været indlagt minimum 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser.

For disse to patientgrupper er det desuden besluttet, at de omfattes af 96 timers behandlingsansvar primo 2026.

I løbet af 2026 skal det desuden undersøges, hvordan børn og unge, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse til botilbud eller sikrede institutioner, kan omfattes af det udvidede behandlingsansvar.

Udover psykiatriske patienter lægger aftalen mellem staten, KL og Danske Regioner op til, at det primo 2026 skal drøftes og aftales, hvordan det udvidede behandlingsansvar kan udvides til at omfatte udskrivning af ældre medicinske patienter fra akutmodtagelser, herunder hvordan målgruppen nærmere afgrænses.

Udvidelse til nye patientgrupper i Region Sjælland

I både Region Sjælland og Region Hovedstaden er beslutninger om væsentlige ændringer i ordningen om 96 timers behandlingsansvar forankret i regionsrådene. Efter det kommende regionsrådsvalg er forventningen derfor, at fremtidige beslutninger om væsentlige ændringer i ordningen om 96 timers behandlingsansvar vil være forankret i regionsrådet for Region Østdanmark.

Af denne årsag har administrationen vurderet, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis det allerede fra årsskiftet i videst muligt omfang er de samme patientgrupper, der er omfattet af ordningen om 96 timers behandlingsansvar i Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden er imidlertid gået foran i forhold til de patientgrupper, der skal omfattes af 96 timers behandlingsansvar som følge af sundhedsreformen. I Region Hovedstaden er følgende patientgrupper derfor allerede omfattet af 96 timers behandlingsansvar:

- 1) Psykiatriske patienter der er fyldt 18 år, som har været indlagt i over 24 timer og har behov for kommunal sygepleje, men som ikke kræver yderligere indlæggelse. Målgruppen inkluderer både patienter, der allerede modtager kommunal sygepleje ved indlæggelsen, samt patienter, som under indlæggelsen vurderes at have behov for at starte op med kommunal sygepleje efter udskrivelse. Det bør bemærkes, at Region Hovedstaden ikke har inkluderet et krav om, at patienterne skal være lægeligt færdigbehandlede. Dette fordi langt de fleste patienter overgår til et ambulante forløb.

- 2) Psykiatriske patienter der er fyldt 18 år, som har været indlagt minimum 24 timer, og som efterfølgende udskrives til enten midlertidige eller længerevarende socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud, herunder afklaringspladser.
- 3) Ældre patienter på plejecentre, som har haft ophold i akutmodtagelsen, også under 24 timer.

I forhold til gruppe 1 har Region Hovedstaden ikke inkluderet et krav om, at patienterne skal være lægeligt færdigbehandlede. Begrundelsen for dette er, at langt de fleste indlagte psykiatriske patienter overgår til et ambulant forløb efter udskrivelse. Et krav om at patienterne skal være lægeligt færdigbehandlede vil derfor medføre, at kun ganske få indlagte psykiatriske patienter ville blive omfattet af 96 timers behandlingsansvar.

I forhold til gruppe 3 har Region Hovedstaden for så vidt indført 96 timers behandlingsansvar, men samtidig er man stadig i en fase, hvor man løbende indsamler erfaringer til vurdering af om 96 timers behandlingsansvar er den rigtige løsning i forhold til at skabe gode trygge sektorovergange for den gruppe patienter.

Administrationen foreslår, at Region Sjælland fra årsskiftet inkluderer de to grupper af psykiatriske patienter (gruppe 1 og 2 ovenfor) i ordningen om 96 timers behandlingsansvar. Til gengæld anbefales det at afvente erfaringerne fra Region Hovedstaden, inden 96 timers behandlingsansvar udvides til nye patientgrupper, der udskrives fra akutmodtagelsen (gruppe 3 ovenfor). Det skal i den forbindelse bemærkes, at patienter der udskrives efter mere end 24 timers ophold i akutmodtagelsen allerede er omfattede af 96 timers behandlingsansvar.

Såfremt Regionsrådet godkender dette, vil det betyde, at:

- Region Sjælland implementerer udvidelsen af 96 timers behandlingsansvar for psykiatriske patienter hurtigere, end der lægges op til i aftalen mellem staten, KL og Danske Regioner. Hvor meget hurtigere kan ikke vurderes nærmere, da der i aftaleteksten alene er angivet ”primo 2026”.
- Region Sjælland inkluderer flere psykiatriske patienter i ordningen om 96 timers behandlingsansvar, end der lægges op til i aftalen mellem staten, KL og Danske Regioner.

Politisk proces

Sagen behandles i følgende udvalg:

Det nære sundhedsudvalg 3. september

Social- og Psykiatriudvalget 4. september

Sygehusudvalget 8. september

Forretningsudvalget 16. september

Sundhedssamarbejdsudvalget 22. september

Regionsrådet 23. september

Administrativ proces

Den centrale implementeringsgruppe for 96 timers behandlingsansvar udvides med repræsentanter fra Psykiatrien. Dette er sat i værk.

Der afholdes introduktionsmøde med repræsentanterne for Psykiatrien - forventeligt ultimo august.

Den centrale implementeringsgruppe genaktiveres, og der opstartes møderække – forventeligt fra primo september.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Anbefalet.

Fraværende

Tina Mia Eriksen

Medlem

(C)

Maja Roesen

Medlem

(F)

Jan Herskov

Medlem

(O)

Bilag

.

11 (Åben) Implementering af Kræftplan V's initiativer i Region Sjælland i 2025

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2025-05255

Dok ID: 12334868

Resumé

På Sygehusudvalget og Det nære sundhedsudvalgs møder i juni blev der orienteret om Kræftplan Vs initiativer og den forventede implementeringsproces i Region Sjælland.

Det fremgik af orienteringen, at der forelægges en plan for implementering af Kræftplan V's initiativer i Region Sjælland i 2025 for Sygehusudvalget og Det nære sundhedsudvalg på deres møde i september 2025.

Med sagen foreslås udmøntning af 2025-midlerne til Region Sjælland fra Kræftplan V.

Indstilling

Administrationen indstiller, at den foreslåede udmøntning af midler afsat til Kræftplan V for 2025 tiltrædes.

Sagen afgøres af Regionsrådet.

Sagsfremstilling

Ambitionen for Kræftplan V er et bedre liv, hvor sygdom fylder mindst mulig, og hvor der tages bedre hånd om den enkelte patient, så patienten får en højere livskvalitet både med og efter kræft. Den ambition skal indfries ved, at flere kræftpatienter modtager et godt og individualiseret behandlingsforløb.

Region Sjællands borgere er ældre, har flere kroniske sygdomme samt et lavere uddannelses- og beskæftigelsesniveau i kombination med, at adgangen til sundhedsydelser i Region Sjælland er under pres på grund af speciallægemangel. På kræftområdet betyder det, at patienterne er mere komplekse, diagnosticeres senere og dermed har dårligere prognose.

For at indfri Kræftplan Vs målsætning og på sigt give alle borgere en både tilstrækkelig og individuel indsats, er det vigtigt at udstikke en retning med udgangspunkt i den eksisterende viden om Region Sjællands borgeres sundhedstilstand. På vej mod Region Østdanmark er der behov for, at Kræftplan V implementeres i samarbejde med Region Hovedstaden, så relevante nye initiativer koordineres samtidig med, at begge regioners tidligere Kræftplaner (8-punktsplanen for Region Sjælland) indtænkes i de nye regionale planer og tiltag.

Med udmøntningsaftalen fra juni 2025 udmøntes i alt 40,3 mio. kr. til Region Sjælland i 2025. De varige midler fra 2026 og frem aftales mellem regeringen og Danske Regioner i en udmøntningsaftale til efteråret i år.

Tabel 1: Initiativer, midler og indsatser i Kræftplan V*, 2025

Kræftplan V, Region Sjælland, mio. kr., 2025 i 25-pl,	2025	Indsats
Udrednings- og behandlingskapacitet	17,2	36
Senfølgeklivnikker	9,3	5 og 6
Palliation	6,5	8 og 9
Øvrige konkrete initiativer:	7,3	
kræftscreening	0,8	12
uspecifikke symptomer på kræft	1,5	17
kræftforskning i det primære sundhedsvæsen	0,3	35
styrket brug af data på kræftområdet	0,6	32
Forskning og udbredelse af kunstig intelligens	1,5	31
Patientinddragelse	1,7	14
National klinisk database for personlig medicin på kræftområdet, SUNDK	0,8	34
Total	40,3	

Tidligere frigivne midler, fx kapacitetsmidler fra økonomiaftalen for 2025 (17,2 mio. kr.), fremgår ikke af opgørelsen. Der er allerede taget stilling til anvendelsen af disse midler.

Udmøntningsaftalen mellem regeringen og Danske Regioner blev indgået i juni (*vedlagt*), og der er tale om en étårig udmøntning gældende for 2025. Uforbrugte midler fra 2025 kan ikke overføres til 2026 for så vidt angår konkret planlagte projekter, hvor der også vil være varige midler som følge af kommende udmøntningsaftale mellem regeringen og Danske Regioner for 2026 og frem. En mindre andel af midlerne er ”øremærket” til finansiering af tværregionale (nationale) indsatser, og skal derfor ikke udmøntes regionalt. To indsatser med tværregionalt/nationalt indhold er endnu uafklarede og afventer møde i Danske Regioner med udgangen af august.

I forbindelse med Region Sjællands udmøntningsproces for 2025-midlerne har der været drøftelser på administrativt niveau med Region Hovedstaden. Grundet den korte tidsfrist for og de relativt faste bindinger i udmøntning af 2025-midlerne, er der ikke aftalt fælles indsatser med Region Hovedstaden.

På den baggrund foreslås det at udmønte Kræftplan V midler for 2025, som beskrevet nedenfor.

Udrednings- og behandlingskapacitet (Indsats 36 i KPv) – allerede udmøntet

Der frigives med udmøntningsaftalen 17,2 mio. kr. i 2025 til Region Sjælland til aktiviteter, der har betydning for kapaciteten på kræftområdet, f.eks. radiologi, patologi og operationskapacitet. Med økonomiaftalen for 2025 fik Region Sjælland frigivet et tilsvarende beløb for 2025 (17,2 mio. kr.) fra regeringens ramme til Kræftplan V.

Der er allerede disponeret over mere end de frigivne midlerne til udrednings- og behandlingskapacitet i Region Sjælland.

Midlerne til udrednings- og behandlingskapacitet blev disponeret i budgetaftalen for 2024, hvor der blev prioriteret 37,6 mio. kr. i 2025 til robustgørelse af kapaciteten på det mammaradiologiske og diagnostiske område (patologi) samt en projektfinsiering til Center for Surgical Science. Bevillingen blev givet under forudsætning af, at regionen ville få frigivet midler til kapacitetsopbygning fra regeringens ramme til Kræftplan V. Rammen til udrednings- og kapacitetsopbygning på kræftområdet er dog endt på i alt 34,3 mio. kr. i 2025, dvs. 3,3 mio. kr. lavere end de forudsatte 37,6 mio. kr. Underfinansieringen af budgetaftalen for 2024 foreslås dækket af overfinansieringen på senfølgeklivkområdet, jf. nedenfor.

Senfølgeklíník (Indsats 5 og 6 i KPV)

Der frígives med udmøntningsaftalen 9,3 mio. kr. i 2025 til Senfølgeklíníkker i Region Sjælland, og der er i regi af Danske Regioner igangsat en tværregional proces i forhold til at se på ensretning af arbejdet med senfølgeklíníkker.

Det foreslås, at der i 2025 udmøntes 2,6 mio. kr. af Kræftplan V midlerne specifikt til en aktivitets-/kapacitetsudvidelse, kvalitetsløft samt tilførsel af nye kompetencer i Senfølgeklíníkken. Som det fremgår af Budgetaftalen for 2026, lægges der op til en gradvis udvidelse af klíníkken frem mod 2027. Udvidelsen er gradvis af hensyn til rekruttering og behovet for oplæring af personale i takt med at målgruppen udvides.

Udvidelsen vil understøtte en bedre tilgængelighed og dermed øge ligheden i tilbuddet til borgerne samt reducere ventetiden på udredning og behandling af komplekse senfølger betragteligt. Senfølgeklíníkken skal også udvide behandlingstilbuddet med flere typer af behandlinger, øge kvaliteten af behandlingen i henhold til de nationale retningslinjer og muliggøre etablering af videnscenterfunktion, som kan rådgive det almenmedicinske tilbud og relevant sundhedspersonale. Det vil betyde, at flere og andre patienter kan behandles i klíníkken samt visiteres videre til andre relevante tilbud i andet regi f.eks. til vurdering af erhvervsevne hos Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling på Holbæk Sygehus.

Det foreslås, at de tilbageværende 6,7 mio. kr. for 2025 til senfølger anvendes til at dække den manglende finansiering af kapacitetsudvidelsen i 2025 på 3,3 mio. kr., og at de resterende 3,4 mio. kr. udmøntes til SUH mhp. at understøtte opgaven med at opspore og behandle komplekse specifikke senfølger, der typisk håndteres uden for senfølgeklíníkken enten i behandlende afdeling eller i klíník for senfølger efter tyk- og endetarmskræft.

Region Hovedstaden og Region Sjælland har i samarbejde udarbejdet en fælles vision for Senfølgeområdet i Region Østdanmark, som behandles på særskilt punkt på dette møde i Sygehusudvalget. En udvidelse af Senfølgeklíníkken i Roskilde understøtter intentionerne i den fælles senfølgevision samt Kræftplan V.

Palliation (Indsats 8 og 9 i KPV)

Med udmøntningsaftalen frígives 6,5 mio. kr. i 2025 til palliation, hvor en del af opgaven er igangsættelse af et udviklingsprojekt i regi af Sundhedsdatastyrelsen for at styrke og sikre tilstrækkelige data på det palliative område. Det er på nuværende tidspunkt uafklaret, om der vil være udgifter forbundet med udviklingsprojektet.

Det foreslås, at 4,4 mio. kr. af midlerne for 2025 udmøntes til Sjællands Universitetshospital (SUH), til det specialiserede palliative område for at øge kapaciteten og styrke, intensivere og udbygge det igangsatte arbejde med at sikre en ensartet og høj kvalitet.

Kapaciteten i den specialiserede palliation skal blandt andet øges med 1 ekstra læge til at imødekomme den geografiske spredning, sikre robusthed og forankring af specialistkompetencer samt flere øvrige relevante kompetencer. Der skal sikres systematisk deltagelse af Palliativ Enhed i MDT-konferencer for specialerne onkologi, neurologi, organkirurgi, almen praksis og kommuner. Den ernæringsfaglige indsats skal forbedres ved tilknytning af 2 diætister i de palliative teams, da patienter i palliative forløb oplever ofte vægttab, træthed og nedsat livskvalitet. Endelig skal der anvendes midler til forberedelse af og opfølgning på undervisning, rådgivning og klínísk arbejde.

Det foreslås, at de resterende 2,1 mio. kr. af midlerne for 2025 udmøntes til sygehusene med 1,3 mio. kr. til SUH, 0,3 mio.kr. til Holbæk og 0,5 mio.kr. til NSR til at styrke den basale palliation.

Den basale palliation på sygehuse styrkes ved indsatser i form af tidlig og systematisk vurdering af patientens palliative behov, hvilket bidrager til at afklare behov for afhjælpning af fysiske symptomer samt behov for opfølgning på fysiske, psykiske og eksistentielle områder, ligesom samtalen kan bidrage til at afklare patientens ønsker i den aktuelle situation. En anden indsats er kompetenceudvikling på tværs af Det Nationale Ledelsesprogram, der fokuserer på et kompetenceløft relateret til basal palliation i primær såvel som sekundær sektor, for at sikre en fælles tilgang til samt udbredelse af det traditionelle palliationsfokus og dermed medvirke til lige adgang til palliation for patienterne på tværs af sektorer.

Det er forventningen, at denne styrkelse vil betyde en styrket specialist understøttelse til basal palliation i kommuner og på sygehuse samt forbedrede patientforløb både i den specialiserede og basale palliation, så de lever op til nationale mål om tidlig og sammenhængende palliativ indsats.

Det er med budgetaftale 2026 besluttet, at der skal igangsættes en analyse, som kan danne grundlag for beslutning vedrørende etablering af nyt hospice.

Øvrige konkrete initiativer:

Kræftscreening (Indsats 12 i KPV):

Der frigives med udmøntningsaftalen 0,8 mio. kr. i 2025 til konkrete tiltag målrettet de grupper af borgere, som ikke benytter sig af kræftscreeningsprogrammerne i dag. Midlerne foreslås udmøntet til Det Nære Sundhedsvæsen til mere og bedre kommunikation om screeningstilbuddene, sikring af lettilgængelige screeningsmuligheder gennem selvtest i eget hjem eller ved at afprøve nye samarbejdsmodeller med det almenmedicinske tilbud i områder med lav deltagelse for eksempel til initiativer besluttet i Handleplan for Tidlig Opsporing af Kræft vedr. øget deltagelse i screeningsprogrammerne.

Midlerne afsættes til aflønning af en medarbejder, der kan udvikle et tilbud til de socialt belastede boligområder samt til udvikling af eventuelle materialer til oplysning til borgerne, men også til kompetenceudvikling af nøglepersoner i de sociale boligområder (både fagpersoner og eventuelle frivillige). Da midlerne er varige og forventes udmøntet for 2026 og frem med samme formål, vil finansiering til indsatsen i 2026 forventeligt være på plads.

Bedre behandling gennem tidlig opsporing af uspecifikke symptomer på kræft (Indsats 17 i KPV):

Der frigives med udmøntningsaftalen 1,5 mio. kr. i 2025 til tidlig opsporing af uspecifikke symptomer. Det foreslås, at midlerne udmøntes i 3 dele. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut får ansvaret for databaseudvikling, hvilket der skal reserveres 0,6 mio. kr. til. Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC) får ansvaret for at opbygge og drive et netværk, hvilket der ligeledes skal reserveres 0,6 mio. kr. til. De resterende 0,3 mio. kr. udmøntes til SUH mhp. at understøtte det forberedende arbejde vedr. det nationale netværk, før den nationale indsats.

Den lokale udmøntning (0,3 mio. kr.) følges af krav om dokumentation af aktiviteter og opfølgning, som den modtagende enhed (SUH) er ansvarlig for at sikre.

Kræftforskning i det primære sundhedsvæsen (Indsats 35 i KPV):

Der frigives med udmøntningsaftalen 0,3 mio. kr. i 2025 til kræftforskning i det primære sundhedsvæsen. Det foreslås, at midlerne reserveres til Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC), hvori den tværregionale forskningsindsats i forhold til hvordan kvaliteten i

kræftbehandlingen af patienterne kan blive styrket i det nære sundhedsvæsen, forankres. På sigt etableres et landsdækkende samarbejde om forskning og kvalitetsudvikling i primærsektoren, som skal bestå af relevante repræsentanter fra fx forskningsinstitutioner, kommuner og praksissektoren, hvilket der indgås nærmere aftale om i 2025.

Styrket brug af data på kræftområdet ifm. ibrugtagning af ny medicin (indsats 32 i KPV):

Der frigives med udmøntningsaftalen 0,6 mio. kr. i 2025 til styrket brug af data. Det foreslås, at midlerne reserveres til Medicinrådet. Indsatsen skal styrke brugen af sundhedsdata i forbindelse med ibrugtagning af ny medicin, og understøtte hurtig adgang til ny og effektiv kræftmedicin samt skabe et bedre evidensgrundlag for Medicinrådet. Der vil på sigt blive etableret et samarbejde mellem offentlige og private aktører organiseret under ledelse af Medicinrådet om bedre brug af sundhedsdata til at skabe mere viden om, hvordan medicin virker i praksis.

Forskning og udbredelse af kunstig intelligens (indsats 31 i KPV):

Der frigives med udmøntningsaftalen 1,5 mio. kr. i 2025 til forskning og udbredelse af kunstig intelligens. Det foreslås, at midlerne udmøntes til Center for Surgical Science på Sjællands Universitetshospital mhp. forberedende arbejde med at udbrede og skalere erfaringerne med brug af kunstig intelligens på tarmkræftområdet til andre kræftformer. Region Sjælland arbejder for, at den nationale model for udbredelse af kunstig intelligens til andre kræftformer sker med afsæt i erfaringerne fra Center for Surgical Science, Sjællands Universitetshospital.

Patientinddragelse (indsats 13 og 14):

Der frigives med udmøntningsaftalen 1,7 mio. kr. i 2025 til patientinddragelse. Det foreslås, at midlerne udmøntes til sygehusene med 1 mio. kr. til SUH, 0,3 mio.kr. til Holbæk og 0,4 mio.kr. til NSR til forberedende lokalt arbejde før igangsættelse af central indsats. Sygehusene får til opgave at arbejde på en fortsat styrkelse af Fælles Beslutningstagning på det onkologiske og palliative område i regionen gennem 3 underliggende spor: Kompetenceudvikling blandt sundhedspersonale, udvikling og spredning af beslutningsstøtteværktøjer og patientinformation og -uddannelse.

Danske Regioner har i forbindelse med udmøntningen igangsat udarbejdelsen af en national anbefaling udarbejdet af Region Hovedstaden og Region Syddanmark, som skal danne udgangspunkt for igangsættelsen af en central regional indsats i 2026.

Bedre brug af sundhedsdata til kræftbehandling tilpasset den enkelte (indsats 34 i KPV):

Der frigives med udmøntningsaftalen 0,8 mio. kr. i 2025 til bedre brug af sundhedsdata. Det foreslås, at midlerne reserveres til Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) til opstart af en analyse med inddragelse af regionernes it-organisationer og faglige repræsentanter. Ansvar for analysen placeres hos Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut med inddragelse af Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC), Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og Aalborg Universitet.

Implementering af Kræftplan V indsatser i 2026 og frem

Der er i regi af Kræftstyregruppen i Region Sjælland sat et arbejde i gang, der skal komme med forslag til initiativer, der sikrer, at Region Sjælland lever op til regeringens initiativer i Kræftplan V. Disse forslag forventes samlet i en regional plan, som vil blive udarbejdet med inddragelse af

relevante parter, herunder Patientinddragelsesudvalget og Kræftens Bekæmpelse. Planen beskriver, hvordan de regionale initiativer i Kræftplan V implementeres fra 2026 og frem, herunder hvilke initiativer, der koordineres og/eller igangsættes sammen med Region Hovedstaden.

En regional plan for kræftområdet i Region Sjælland, der både udmønter Kræftplan V og viderefører indsatser fra 8-punktsplanen, forventes forelagt Sygehusudvalget og Det Nære Sundhedsudvalg i løbet af 2025, når den centrale aftale mellem regeringen og Danske Regioner om udmøntning af indsatser for 2026 og frem foreligger.

Økonomi

Ved Regionsrådets godkendelse af sagen udmøntes midlerne som i sagen beskrevet som udgiftsneutrale bevillingsændringer. Bevillingsændringerne vil fremgå af bevillingsændringssagen på regionsrådsmødet den 23. september 2025, hvor også denne sag behandles

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Anbefalet.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

1. Endelig_KPV udmøntningsaftale 2025 (DokID: 12323429 - EMN-2025-05255)

12 (Åben) Initiativsag fra Det Konservative Folkeparti vedr. etablering af lægepraksis i Dalby

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2025-05354

Dok ID: 12234488

Resumé

Det Konservative Folkeparti har fremsendt initiativforslag vedr. etablering af lægepraksis i Dalby, Faxe Kommune.

Indstilling

.

Sagsfremstilling

Det Konservative Folkeparti har med mail af 26. juni 2025 fremsendt følgende initiativforslag:

”Til Forretningsudvalget og Regionsrådet.

Det Konservative Folkeparti vil arbejde for at Dalby, 4690 Haslev i Faxe Kommune får en fast lægepraksis.

Region Sjælland opretter i øjeblikket lægepraksis i flere byer og Dalby burde - efter vores mening - også få en fast lægepraksis. Dalby vokser – der er et stor behov for en læge. Det giver tryghed at have en læge tæt på.

Forestil dig en by i vækst – med børnefamilier, ældre, pendlere og lokale ildsjæle. En by, der er attraktiv at flytte til, og hvor udviklingen går den rigtige vej.

Men her mangler noget helt grundlæggende: Der er ikke en eneste praktiserende læge med ydernummer i byen. Det burde der være.

Dalby er den by i Faxe Kommune, der vokser hurtigst og mest stabilt. Der er derfor behov for at borgerne har let adgang til sundhedsydelser. Den nuværende situation presser i forvejen hårdt belastede klinikker i nabobyerne.

Vi skal sikre, at sundhedstilbud følger med befolkningsudviklingen. Det kræver både lokal og regional handling. Der er ledige lejemål til rådighed og det vil være forholdsvis nemt at finde egnede lokaler. Faxe Kommune kan være behjælpelig med at stille med faciliteter og opbakning til en hurtig etablering.

Det må også gerne være som en del af et nyt sundhedshus med flere fagligheder under ét tag.

Det er tid til at vende udviklingen. Dalby er klar til fremtiden. Det bør sundhedsvæsenet også være.

Christian Wedell-Neergaard

Gruppeformand, Det Konservative Folkeparti”

Administrationens bemærkninger

Beslutning om delegation til Det nære sundhedsudvalg

Regionsrådet behandlede sag om delegation til stående udvalg den 3. maj 2022. Delegationerne skal fremgå af en selvstændig sag. Regionsrådet besluttede at give særlig delegation af kompetence til Det nære sundhedsudvalg til at træffe beslutning i visse sager vedrørende almen praksis indenfor følgende områder:

- At træffe beslutninger om ansøgninger om iværksættelse af forsøgsordninger. Efter sundhedslovens § 233, stk. 1, kan sundhedsministeren efter ansøgning fra et Regionsråd godkende, at der iværksættes forsøg, der indebærer en fravigelse af lovens bestemmelser. Forsøg skal have til formål at fremme omstilling i sundhedsvæsenet, herunder med nye organisations- og behandlingsformer, ændrede tilskud eller ændrede honoreringssystemer m.v., jf. sundhedslovens § 233, stk. 2
- At træffe beslutning om salg af ydernumre. Det følger af sundhedslovens § 227, stk. 2, 2 pkt., at Regionsrådet kan sælge nye ydernumre, som regionen har oprettet, og ydernumre fra eksisterende praksis, som Regionsrådet har opkøbt som led i praksisplanlægning, til læger, som vil praktisere efter overenskomsten
- At træffe beslutninger om at udløse kapaciteter/ydernumre. Det følger forudsætningsvis af sundhedslovens § 227, stk. 2 og 3, at Regionsrådet kan træffe beslutning om at udløse nye ydernumre på området for almen praksis. Dette kan være relevant bl.a. i forlængelse af den årlige lægedækningsberegning, der foretages i henhold til overenskomsten, eller som konsekvens af befolkningstilvækst.

Ny bekendtgørelse

Med den nye bekendtgørelse om den nye nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, som trådte i kraft den 3. juli 2025, er det Indenrigs- og Sundhedsministeren, som fastsætter antallet af lægekapaciteter, der kan udmøntes inden for de enkelte sundhedsråds geografiske område. Regionsrådet kan planlægge kapaciteten og placeringen af det almenmedicinske tilbud inden for rammerne fastsat af Indenrigs- og Sundhedsministeren. I ekstraordinære situationer, for eksempel ved høj befolkningstilvækst i et lokalområde, kan Regionsrådet træffe midlertidige foranstaltninger og udmønte flere lægekapaciteter end rammen fastsat af Indenrigs- og Sundhedsministeren.

Økonomi

.

Tidligere beslutninger

Udvalg: Forretningsudvalget 2022-2025 **Dato:** 12-08-2025

Drøftet, idet det anbefales, at Regionsrådet oversender sagen til behandling i Det nære sundhedsudvalg.

Fraværende

Udvalg: Regionsråd 2022-2025 **Dato:** 19-08-2025

Regionsrådet oversendte sagen til behandling i Det nære sundhedsudvalg.

Fraværende

Jette Leth Buhl	(F)
Jan Herskov	(O)
Thomas Vesth	Løsg ænger
Ali Ünsal	(C)
Kathrine Monsrud Ekelund	Løsg ænger
Anders Koefoed	(V)

Beslutning

Sagen blev drøftet. Udvalget besluttede, at forslaget indtænkes i den samlede indsats for bedre lægedækning og etablering af nye kapaciteter.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

.

13 (Åben) Mødeplan 2026

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2025-03201

Dok ID: 12225855

Resumé

Forslag til mødeplan for 2026 forelægges til godkendelse.

Indstilling

Administrationen indstiller, at mødeplan for 2026 godkendes.

Sagen afgøres af Det nære sundhedsudvalg.

Sagsfremstilling

Kalenderåret 2026 markerer en overgangsperiode, hvor Region Sjælland fortsat varetager driften, samtidig med at der forberedes en ny organisering i Region Østdanmark.

De stående udvalg har i denne periode en vigtig rolle i forhold til at fastholde fokus på væsentlige driftsopgaver. Samtidig forventes et gradvist fald i antallet af sager, i takt med at opgaver udfases og de forberedende politiske organer overtager en større del af det fremadrettede arbejde.

Derfor foreslås en mødekadence, der afspejler det forventede aktivitetsniveau, samtidig med at der lægges vægt på en grundig overlevering af centrale indsatser til de kommende organer.

På den baggrund planlægges der seks møder i Det nære sundhedsudvalg i 2026.

Forslag til mødeplan for 2026

Onsdag den 4. februar kl. 9.00-12.00

Mandag den 2. marts kl. 9.00-12.00

Torsdag den 30. april kl. 16.00-19.00

Torsdag den 4. juni kl. 16.00-19.00

Torsdag den 17. september kl. 16.00-19.00

Onsdag den 5. november kl. 9.00-12.00

Fastlæggelse af mødeplan sker under hensyn til de øvrige udvalgs mødetidspunkter. Den samlede politiske mødeplan for 2026 vil foreligge, når alle udvalg har godkendt deres mødeplaner.

Økonomi

Sagen er ikke forbundet med udgifter, der kræver særskilt stillingtagen.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Forslag til mødeplan for 2026 blev godkendt, med den justering af mødet i november afholdes den 4. november.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

.

14 (Åben) Aktuelle sager

Det nære sundhedsudvalg

Sags ID: EMN-2024-10209

Dok ID: 11922767

Resumé

Administrationen orienterer om aktuelle sager inden for udvalgets område.

Indstilling

.

Sagsfremstilling

På mødet gives en aktuel status ifht.:

- etablering af nye almenmedicinske kapaciteter
- vaccinationsindsatsen.

Økonomi

.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Administrationen orienterede om status på etablering af nye almenmedicinske kapaciteter og vaccinationsindsatsen.

Fraværende

Tina Mia Eriksen

Maja Roesen

Jan Herskov

Medlem

Medlem

Medlem

(C)

(F)

(O)

Bilag

.

15 (Åben) Næste møde

Det nære sundhedsudvalg
Sags ID: EMN-2024-10209
Dok ID: 11922783

Resumé

Næste møde i udvalget finder sted den 8. oktober kl. 14-17.

Indstilling

.

Sagsfremstilling

.

Økonomi

.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

Næste møde i udvalget finder sted den 8. oktober kl. 14-17.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

.

16 (Åben) Godkendelse af deltagelse ved møde i Det nære sundhedsudvalg onsdag den 3. september 2025

Det nære sundhedsudvalg
Sags ID: EMN-2024-10209
Dok ID: 11922792

Resumé

.

Indstilling

.

Sagsfremstilling

.

Økonomi

.

Tidligere beslutninger

.

Beslutning

.

Fraværende

Tina Mia Eriksen	Medlem	(C)
Maja Roesen	Medlem	(F)
Jan Herskov	Medlem	(O)

Bilag

.

