



## Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

18. juni 2024

### Københavns Kommunes høringssvar

Sundhedsstrukturkommissionen har haft til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Københavns Kommune (KK) takker for muligheden for at blive hørt og afgiver hermed høringssvar.

### Tværgående anbefalinger

KK bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. En stærk national rammesætning på en række områder, vil bidrage til udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen.

En stærk borgerrettet forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats tæt på borgernes hverdagsliv er et vigtigt led i at imødegå de udfordringer, det danske sundhedsvæsen står overfor, og bør være et væsentligt element i fremtidens sundhedsstruktur. Borgerrettede forebyggelsestiltag er omkostningseffektive og realiserer kommissionens centrale hensyn om at reducere social ulighed i sundhed og at udnytte sundhedsvæsenets ressourcer bedst muligt. Herudover er en stærk borgerrettet forebyggelsesindsats afgørende for at mindske sygdomsbyrden i befolkningen og dermed belastningen af det samlede sundhedsvæsen.

KK vurderer, at en ambitiøs kommende national sundhedsplan bør stille krav om, at sundhed tænkes systematisk ind i andre områder som beskæftigelse, børne- og unge, social, fritid, byudvikling m.v. Hertil kan de øvrige anbefalinger udfoldes i den nationale sundhedsplan.

KK har følgende konkrete bemærkninger til fire af kommissionens seks tværgående anbefalinger:

#### **Anbefaling 1 - Ny organisering af det almen medicinske tilbud**

KK finder det positivt, at der med anbefalingerne, og de dertilhørende forslag, lægges op til et styrket almenmedicinsk tilbud med en forpligtende national opgavebeskrivelse og derved, at almen praksis ses som et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen.

Der bør skabes de bedste forudsætninger for et tættere samarbejde med kommunerne, som i dag er almen praksis' primære samarbejdspartner i det nære sundhedsvæsen. Almen praksis' vigtigste rolle i fremtidens

sundhedsvæsen er at varetage tovholderfunktionen og være lægeligt ansvarlige for at sikre borgernes sundhed i det nære sundhedsvæsen.

KK opfordrer derfor til, at der i en fremtidig sundhedsstruktur tages højde for borgernes samlede sundhedsbehov og sociale behov, og hvor løsningen af de nære sundhedsopgaver forbliver tæt på borgernes hverdagsliv. Kommunerne bør som resultat inddrages i den nye aftalemodel for alment praktiserende læger.

KK er bekymret for, at en statslig administration og regulering af almen praksis på sigt vil føre til ringere lægedækning for københavnernes i de mest socialt udsatte områder. Landets største kommuner er også udfordret af mangel på læger i visse områder og har samtidig en sammensat befolkningsgruppe, der også består af en stor andel af sårbare, multisyge, udsatte borgere og borgere med tilknytning til psykiatrien og tungere psykiatriske problemstillinger, som kræver særlige ressourcer og mere målrettede indsatser. Det vil fx være af stor betydning for bydelen Nørrebro. Hvis Nørrebro var sin egen kommune, ville den være en af Danmarks fattigste. Der må derfor ved fordelingen af læger og i den differentierede honorarstruktur tages højde for, at der i storbyerne også kan findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer.

### **Anbefaling 2 – Ny organisering af digitalisering og data**

KK er enig i vurderingen af, at digitale løsninger kan være med til at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet, bedre ressourceudnyttelse, mere lighed i sundhed og mere effektiv ledelse samt bidrage til at kvalificere udviklingen i sundhedsvæsenet.

Der er brug for tiltag, der øger hastigheden og effekten af fællesoffentlig udvikling og implementering. Det bemærkes, at hovedparten af forslagene til ny organisering af digitalisering og data peger i den rigtige retning, men at der også er en række risikofyldte elementer i forslagene, der skal tages højde for.

Det er KKs vurdering, at en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data bør tage udgangspunkt i borgernes behov og særligt fokusere på borgernes oplevelse af sammenhæng i sundhedsydelse og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. En strategi bør også adressere, hvordan der skabes ensartethed i udstilling af data til borgerne og datadeling mellem professionelle. Samtidig må det sikres, at beslutninger med betydning for kommunernes datapraksis skal være bæredygtige og føre til kvalitet i opgavevaretagelsen. Vi har ikke råd til at bruge sundhedsfaglige medarbejders tid til mere dokumentation end det, der er nødvendigt for kerneopgaven. Det er derfor væsentligt at tænke praksisnær viden med ind i beslutningerne og inddrage fx frontløberkommuner i arbejdet.

KK bakker op om, at man samler en række navngivne fællesoffentlige løsninger og infrastrukturer organisatorisk under én ledelse. Der bør imidlertid være en opmærksomhed på, at en samling af den digitale understøttelse af hele det nære sundhedsvæsen vil indebære en kompleksitet, der ikke er set før i andre it-organisationer. Det kan gå ud over hastighed og fleksibilitet, og det bør indgå i det videre arbejde med anbefalingen.

Det er god praksis, at ansvar for forretningskritiske it-systemer placeres tæt på forretningen og den praktiske opgavehåndtering, som it-systemerne skal understøtte og tilpasses efter, så faglige opgaver løses mest effektivt. Dette princip bør fastholdes fx for EOJ og EPJ-systemer. Centralisering kan dog kombineres med træk på decentrale enheder som fx interesserede kommuner.

Endelig er det et opmærksomhedspunkt i arbejdet med digitale ydelser og løsninger, at der skal findes løsninger for de borgere, der af forskellige årsager ikke kan gøre brug af digitaliserede sundhedsydelser på egen hånd, og for de borgere som ikke har MitID, jf. også forslaget om digitale løsninger i psykiatrien under anbefaling 4.

Det er afgørende at de nye fællesoffentlige løsninger og infrastruktur udvikles med en vis hastighed samtidig med, at løsninger er implementerbare og har tilstrækkelig flyvehøjde til, at de reelt kan skabe forandringer.

### **Anbefaling 3 - Tilpasset fordeling af ressourcer og national sundhedsplan**

KK er positivt indstillet overfor anbefalingen om en national sundhedsplan og anerkender behovet for, at ressourcefordelingen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle befolkningens behov for lige adgang til nære sundhedsydelser. Ligeså er det positivt, at det fremhæves, at det sekundære sundhedsvæsen i højere grad bør understøtte det nære sundhedsvæsen.

KK bakker op om at fortsætte udviklingen af bindende nationale kvalitetsstandarder, for så vidt at der følger finansiering og medarbejderressourcer med til opgaverne. Derudover vil det være en stor fordel, hvis kvalitetsstandarderne fremadrettet kan være med til at stille krav til alle sektorer, så de i højere grad bruges som løftestang til et tættere tværsektorielt samarbejde om borgerne i det primære sundhedsvæsen. Det vil højne kvaliteten for borgerne, hvis der tages et fælles ansvar for forløbet og sikre sammenhæng på tværs.

Det er positivt, at kommissionen har forskning med som et forslag under anbefaling 3, men fokus på forskning bør styrkes yderligere og udbygges som en selvstændig tværgående anbefaling, hvor kommunerne har en forskningsforpligtigelse under ét. Det bør suppleres med indsats vedrørende velfærdsteknologi og innovation, kompetenceudvikling,

partnerskaber med civilsamfundet, samarbejde med erhvervslivet og borgerrettet forebyggelse. KK anser det for centralt, at der i højere grad fokuseres på forskning i kommunale sundhedsindsatser, og at der etableres et tættere og mere formaliseret samarbejdet mellem kommuner og forskningsmiljøer. KK anser samtidig forskning i det nære som et forskningsfelt, der skal ses i sin egen ret, og et område der kræver modning.

Det er her helt afgørende, at der medfølger økonomi til at kunne opbygge stærke interdisciplinære forskningsmiljøer, der favner fx sundhedstjenesteforskning, klinisk forskning, forskning i teknologi og mere praksisnær forskning. Ved at opbygge egentlige forskningsmiljøer vil forskning i det nære blive et endnu mere engagerende og attraktivt forskningsfelt. Det er essentielt, at man fra kommunalt hold får en central rolle i udviklingen og styring af de formaliserede samarbejder og/eller forskningscentre. Det er afgørende at kommunerne er med til at definere relevante forskningstemaer, der adresserer aktuelle udfordringer og vidensbehov, som kan løfte kvaliteten af løsningen af de kommunale sundhedsgaver.

#### **Anbefaling 4 - Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser**

KK anerkender, at Sundhedsstrukturkommissionen har fokus på sammenhæng og kvalitet i indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder også med henvisning til Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg fra 2022 til 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed og den efterfølgende politiske aftale om en tiårsplan for psykiatrien.

KK bemærker, at den socialpsykiatriske indsats igennem årene har været massivt underprioriteret fra nationalt hold. Nationale psykiatriaftaler har primært haft fokus på den regionale psykiatri, og midler til kommunerne har været præget af kortvarige projektbaserede midler, og ikke til et løft af driften og kvaliteten af indsatsen. Samtidig har opgaven i socialpsykiatrien ændret sig, bl.a. på grund af tidligere udskrivning fra indlæggelse og højere tærskel for, hvornår borgerne bliver indlagt. Den vigtige, forebyggende indsats på det socialpsykiatriske område er desuden prioriteret langt højere kommunalt, end der fra nationalt politisk hold er lagt op til. Fx er hjemlen til de forebyggende indsatser i servicelovens § 82 a-c såkaldte kan-bestemmelser, dvs. ikke noget kommunerne er forpligtet til og finansieringen er dermed ikke fulgt med. Hvis det ønskes at styrke den forebyggende indsats på tværs af sektorer, bør dette i høj grad indgå.

KK bakker op om ambitionerne om mere integration mellem det psykiatriske og somatiske område, men afholder sig fra at vurdere konsekvenserne ved den foreslåede organisatoriske integration i regionerne.

KK bakker op om anbefalingen om fasttilknyttede læger på botilbud. KK har dertil meget gode erfaringer med de udgående regionale botilbudsteams, som i høj grad understøtter den tværsektorielle sammenhæng for borgerne på de botilbud, de er tilknyttet.

KK bemærker i den forbindelse, at det ikke alene er relevant for botilbud i socialpsykiatrien, men at der er et stort potentiale for at løfte ligheden i sundhed ved fast tilknytning af almenpraksis til botilbud generelt, herunder på handicapområdet, på herberger, og på døgnophold på børne- og ungehjem efter Barnets Lov.

Derimod er forslaget om, at en kommunal sygeplejerske skal være tovholder for behandlingsindsatsen på tværs af almenmedicinsk tilbud, hospital og kommune ikke en model, der fungerer lige godt alle steder, og i hvert fald ikke en, der er udgiftsneutral for kommunen.

KK bemærker til forslaget om nationale kvalitetsstandarder for sundhedsindsatsen på socialpsykiatriske botilbud, at de bør udarbejdes med fokus på, hvordan den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats på bo-tilbud integreres bedst muligt og med øje for den forskellighed, der er botilbud imellem i forhold til målgrupper, medarbejdersammensætning mv. Derudover bør kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats på botilbud ikke kun gælde socialpsykiatrien, men også botilbud på handicap- og udsatområdet. KK bemærker desuden, at det næppe vil være udgiftsneutralt.

### **Anbefaling 5-6**

KK har ingen bemærkninger til disse.

### **Vurdering af model 3**

KK bakker op om en model, hvor de nære sundhedsopgaver fortsat løses og udvikles tæt på borgernes hverdagsliv, i nær sammenhæng med øvrige kommunale kerneopgaver, og hvor de folkevalgte regioner driver hospitalerne.

Af de tre opstillede modeller vurderer KK, at model 3 rummer de bedste forudsætninger for et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, som styrker nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng, og hvor der er størst potentiale for at sikre en reel omstilling af fremtidens sundhedsvæsen. Det er især meget positivt at der foreslås en målretning af den statslige finansiering, hvor det demografiske afledte løft til regionerne fremover skal anvendes til at investere i indsatser i det primære sundhedsvæsen, så mere behandling kan foregå uden for hospitalerne. Sammenholdt med kommissionens anbefalingerne om ny organisering af det almenmedicinske tilbud, ny organisering af arbejdet med digitalisering og data samt en national

sundhedsplan, rummer model 3 potentiale for store og positive forandringer af sundhedsvæsenet.

Det er dog afgørende, at nye kvalitetskrav i det nære ikke medfører mere dokumentation for kernemedarbejdere og flere kontrolkrav fra statslige myndigheder. En central værdi i regeringens politiske grundlag er frisættelse af velfærdsområderne, som også afspejles i den seneste reform af ældreområdet. Det bør også afspejles som en grundsten i fremtidens sundhedsvæsen. Det er helt nødvendigt, at den nye ældrelov bliver tænkt ind i fremtidens sundhedsvæsen, da de to områder er fuldstændigt forbundne og ikke bør opsplittes eller centraliseres. Helhedspleje omfatter alle plejeopgaver omkring borgeren – inklusive sygepleje. Ingen helhedspleje uden sygepleje.

KK kan tilslutte sig en variant af model 3 med følgende opmærksomhedspunkter i forhold til organisering, incitament, tværsektorielle og kommunale samarbejder og opgavesamling:

#### Det tværsektorielle samarbejde skal styrkes

Der vil fortsat være behov for et tæt, tværsektorielt samarbejde med fokus på at sikre sammenhæng i borgernes forløb mellem sektorerne – og det skal styrkes og være drivende i fremtidens sundhedsvæsen. Det er derfor centralt, at samarbejdet udvikles med udgangspunkt i erfaringerne fra sundhedsklynger, hvilket skal føre til at samarbejdsstrukturen styrkes og tilføres reel beslutningskraft, incitamentsstrukturer og finansiering. Det forudsætter både et politisk og et fagligt samarbejde. Samarbejdet skal også medvirke til at forske og udvikle i overgangene for borgerne og til den nødvendige omstilling til det nære sundhedsvæsen med solidt fokus på populationsansvaret. Det tværsektorielle samarbejde skal knyttes op om de akuthospitaler, der betjener kommunernes borgere (For KK gælder det Amager og Hvidovre Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, ligesom der er et tæt samarbejde om borgerne tilknyttet Rigshospitalet). Fx vil det være oplagt at beslutninger om investeringer fremover drøftes og besluttet i fællesskab mellem sektorerne.

#### Incitamenterne skal vende rigtigt

KK er meget enig i kommissionens vurdering af, at understøttelsen fra hospitalerne til det primære sundhedsvæsen skal styrkes. Adgang til behandlingsansvarlig læge, når og hvor det er relevant hele døgnet, er væsentlig at få indtænkt i en fremtidig model for forvaltningsstruktur. Det gør sig særligt gældende i forbindelse med hjemmeindlæggelser, borgerforløb i kommunale akutfunktioner og borgerophold på midlertidige døgnpladser. Her bør hospitalerne have en opgave. Det vil bidrage til, at borgerne i højere grad oplever en sammenhæng, samt at det faglige niveau bevares, samtidig med at medarbejderressourcerne anvendes optimalt.

Sundhedsindsatser, der ikke er specialiserede i klinisk forstand, skal varetages tæt på borgerens hjem og hverdag. Kræfter, som i dag bliver brugt unødigt på at sende ældre, skrøbelige borgere ind på hospitalets akutmodtagelse, hvor de ofte har et kort ophold eller måske endda vendes i døren og sendes hjem, skal i stedet anvendes til at behandle de samme borgere i eget hjem, så der undgås unødige indlæggelser.

KK bemærker, at hvis hospitalernes akutmodtagelser stiller lægeligt behandlingsansvar til rådighed døgnet rundt, så vil de kommunale akutfunktioner kunne varetage en række akutte og subakutte behandlinger i borgernes hjem, som nu varetages i akutmodtagelsen.

#### Tværkommunale samarbejder

Model 3 lægger op til, at en række opgaver på sundheds- og ældreområdet enten skal flyttes væk fra kommunerne eller løses i tværkommunale samarbejder. Konkret nævnes den kommunale sygepleje, genoptræning, midlertidige pladser og akutpladser, patientrettet forebyggelse samt hjælpemidler.

KK hæfter sig ved, at kommissionen vurderer, at potentialerne ved en opgavesamling også kan opnås gennem mere forpligtende krav om tværkommunale samarbejder for funktioner, som kræver et vist patientgrundlag. KK ser meget positivt på forslaget om at indføre krav om tværkommunale samarbejder, hvilket i højere grad kan sikre faglig bæredygtighed og sammenhæng, fremfor at flytte sundheds- og ældreopgaverne væk fra det nære og den kommunale sammenhæng.

De store kommuner har et større ansvar for at understøtte andre kommuner, hvor det giver mening – og gøre en positiv forskel for borgerne. Det kan både være inden for fx kompetenceudvikling, forskning og velfærdsteknologi, men også genoptræning, patientrettet forebyggelse og indsatser for borgere med kroniske sygdomme, demens, akutfunktionerne mv. Det vil være til gavn for borgerne, hvis gode nære kommunale løsninger og tilbud kan udbredes i højere grad.

#### Opmærksomhedspunkter i forhold til eventuel opgaveflytning

##### *Kommunal sygepleje og akutteams*

KK finder en model, som flytter den kommunale sygepleje væk fra ældreplejen og indsatserne på det sociale område, meget problematisk. Det er afgørende at bevare hele den kommunale sygepleje og hjemmepleje i kommunerne, så tæt på borgeren som muligt – netop fordi målgruppen for indsatsen primært er den ældre medicinske patient, som har gavn af at blive behandlet i hjemmet, når det er fagligt muligt.

*Helhedsplejen* er et centralt element i ældrereformen fra april 2024, der sætter et helt berettiget fokus på at styrke borgernes oplevelse af kontinuitet og selvbestemmelse i deres forløb. Hvis kommunerne skal indfri ambitionerne i ældrereformen, kan sygeplejen og andre

sundhedsindsatser ikke tages ud af ligningen. KK vurderer, at det er af afgørende betydning, at de kommunale indsatser vedrørende sygepleje holdes tæt sammen med andre indsatser i borgerens forløb. Den tværfaglige tilgang til borgerens forløb er centralt i kommunens indsats og er en hjørnesteen i fx arbejdet i faste teams og med at rehabilitere borgere, så de kan klare mere selv i hverdagen.

### *Genoptræning*

KK er enig i kommissionens vurdering af, at en selvstændig flytning af opgaven med genoptræning *uden* tilknytning til indlæggelse vil skabe unødige snitflader til de kommunale indsatser vedrørende personlig pleje og praktisk hjælp og til det øvrige træningsområde. Det er helt afgørende at kommunerne fortsat har ansvaret for genoptræning, for hvis myndighedsansvaret flyttes til sygehus- og praksissektoren, vil der være en reel risiko for, at borgerne ikke i tilstrækkeligt opfang vil modtage den nødvendige genoptræning. Hvis genoptræningsopgaven alene påhviler hospitalerne, så vil flere borgere falde mellem to stole. KK kan derfor ikke anbefale at overføre myndighedsansvaret til sygehus- og praksissektoren.

KK oplever ikke i dag, at det regionale myndighedsansvar for genoptræning under indlæggelse sikrer, at opgaven bliver løst. Tværtimod ser vi i KK, at den ældre borger, der indlægges på hospital, udsættes for et stort funktionstab knyttet til inaktivitet og manglende træning under indlæggelsen. Og samtidigt mangler sygehusene ofte at fremsende genoptræningsplaner med borgerne, når de udskrives til kommunerne. Der skal findes klare incitamentsstrukturer, der sikrer at regionerne prioriterer at borgerne allerede under indlæggelse modtager nødvendig træning og undgår funktionstab. Det er også væsentligt at samarbejdet om ordentlig opgaveoverdragelse region og kommune imellem styrkes.

I forhold til genoptræningsopgaven *efter* sygehusindlæggelse bemærker KK, at over halvdelen af genoptræningsplanerne i København tildeles borgere under 65 år. Ved at flytte opgaven til sygehus- og praksissektoren vil der derfor opstå en lang række snitfladeudfordringer knyttet til beskæftigelsesområdet, børne- og ungeområdet, socialområdet samt den borgerrettede forebyggelse – specielt for borgere med erhvervet hjerneskade. Det er derfor KKs samlede vurdering, at der er potentiale for bedre sammenhæng og omstilling ved at bevare myndighedsansvaret i kommunerne.

### *Midlertidige pladser*

KK er enig i kommissionens vurdering af, at ansvaret for de midlertidige pladser mest hensigtsmæssigt er placeret kommunalt. De midlertidige pladser bidrager til at skabe sammenhæng for borgerne i deres forløb – både for de borgere, der i overgangen fra hospital til eget hjem har behov



for en midlertidig indsats, der ikke kan varetages i eget hjem, men også for de borgere, der kommer hjemmefra, og hvor det midlertidige ophold kan være med til at forebygge en hospitalsindlæggelse.

KK bakker op om kommissionens vurdering af behovet for et lægesamarbejde på de midlertidige døgnophold. Det er imidlertid KKs vurdering, at de almenmedicinske tilbud ikke er de rette til at varetage behandlingsansvaret for borgerne på de kommunale midlertidige ophold grundet borgernes kompleksitet.

Her kunne det i stedet løses ved et lægesamarbejde med en geriatrisk eller medicinsk hospitalsafdeling. Her har KK gode erfaringer fra samarbejdet med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital om lægeligt behandlingsansvar på kommunens akutpladser (APE) – en ordning, som har reduceret antallet af indlæggelser med 25 %.

#### *Patientrettet forebyggelse*

KK har vist, at kommunale rehabiliteringsforløb skaber resultater for borgerne. KK anbefaler, at den patientrettede forebyggelse fortsat løftes i kommunerne i tæt sammenhæng med de øvrige kommunale områder. Borgere med kronisk sygdom har ikke brug for at blive fastholdt i en patientrolle, men for at blive støttet i at leve gode liv med kronisk sygdom i egen hverdag og hjem. En kommunal rehabiliterende indsats har både blik for den fysiske og mentale sundhed, og fokus på at støtte borgeren til et godt hverdagsliv i det lokale nærmiljø og til at håndtere de udfordringer, der ofte følger med kronisk sygdom fx i forhold til arbejde, familieliv og fritidsaktiviteter.

#### *Hjælpemidler*

Generelt bør hjælpemidler visiteres af de sagsbehandlere, som er tæt på borgerne og kender borgernes hverdag og nærmiljø. Det betyder også, at hjælpemiddelområdet generelt er bedst placeret i kommunerne – som det også er i dag.

Det er de kommunale medarbejdere, der for eksempel er med til at indrette borgerens hjem, så de passer til hjælpemidlet, kender borgerens fysiske nærmiljø, som hjælpemidlet skal passe til, og de hjælpemidler, der også fungerer som arbejdsredskab for den sundhedspersonale, der kommer i hjemmet.

Til gengæld kan man flytte ansvaret for udleveringen af de kropsbårne hjælpemidler til regionerne. For netop med de kropsbårne hjælpemidler er det regionerne, der med de lægefaglige vurderinger i dette tilfælde er tættest på borgeren. Her er der ingen grund til, at kommunerne skal ind over bevillingerne og alene agere ekspeditionskontor mellem en læge og en privat leverandør. Det skaber blot ekstra bureaukrati.

## Vurdering af model 1 og 2

Model 1 og 2 lægger op til en markant centralisering af langt de fleste eller alle opgaver på sundheds- og ældreområdet til enten regionalt eller statsligt niveau. KK bemærker, at det ikke er muligt at styrke det nære sundhedsvæsen via centralisering af opgaver eller struktur, ligesom det ikke i sig selv vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet at flytte opgaver. Model 1 og 2 afspejler en hospitalslogik og en patientliggørelse, hvor fokus er på patienter frem for borgere. Konsekvensen af modellerne vil være en overcentralisering langt væk fra borgernes hverdag og samtidigt en betragtelig reduktion i kommunernes sammenhængskraft og prioriteringsrum på tværs af velfærdsområderne. Den regionale/statslige hospitalslogik vil føre til at ressourcer, medarbejdere m.v. vil tilgå det højt specialiserede område fremfor en reel styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Sammenhæng i borgerens forløb i sundhedsvæsenet handler ikke kun om den vertikale sammenhæng mellem hospitaler, almen praksis og kommuner, men lige så meget om den horisontale sammenhæng:

Det handler om at holde borgerne raske og sunde hele livet – og det er dét, der skal være udgangspunktet for fremtidens sundhedsvæsen.

En centralisering af opgaver, som foreslået med en regional eller statslig opgavesamling, kan fra et kommunalt perspektiv kun lede til en opsplitning af de opgaver, der går på tværs af service- og sundhedsloven. Dette vil skabe betydelige udfordringer, som kan påvirke både effektiviteten i opgaveløsningen og kvaliteten af de ydelser, borgerne modtager.

KK vurderer samtidigt at opgavesamlingen i de to modeller endda vil forringe sundhedsindsatsen på både ældre- og socialområdet og dermed øge den sociale ulighed i sundhed.

Kommunernes styrke er, at vi er stærkt integreret i borgernes hverdagsliv og tænker sundhed sammen med øvrige områder, som vi løser i kommunerne. Det er vigtigt, at borgerne har adgang til nære og helhedsorienterede sundhedstilbud, som er lettilgængelige og skaber værdi og mening i forhold til deres hverdagsliv. Det forudsætter blandt andet sammenhæng mellem det nære sundhedsvæsen og ældre-, social- og forebyggelsesområdet, men også kultur- og fritidsliv, samarbejde med civilsamfund og pårørende, børne- og ungeområdet og beskæftigelsesindsatsen.

Den centralisering, som modellerne vil medføre, vil væsentligt forringe denne sammenhæng samt medføre endnu flere unødvendige overgange for borgerne – det vil skabe et sundhedsvæsen, der har et snævert fokus på sygdom og behandling fremfor sundhed og borgernes hverdagsliv. Borgerne risikerer at blive fuldtidspatienter i stedet for i

videst mulig omgang at leve et så normalt liv som muligt med arbejde, fritidsinteresser og familieliv.

Kommissionen nøjes med at konstatere, at den mere omfattende opgavesamling, som kan lægges ned over modellerne, vil indebære nye snitflader til socialområdet og deraf afledt uklarhed mellem myndighederne om, hvem der har ansvaret for indsatsen til borgeren, og at dette skal adresseres blandt andet ved snitfladebeskrivelser. KK vurderer, at kommissionen undervurderer de konsekvenser, de omfattende opgavesamlinger vil have for den somatiske sundhedsindsats på socialområdet.

Både model 1 og 2 indebærer massive omstillings- og implementeringsomkostninger, og det er KKs vurdering, at det vil medføre et betydeligt fagligt og organisatorisk videnstab. Modellerne vil også føre til større brug af ressourcer og til et endnu større træk på de medarbejdere vi kommer til at mangle i fremtiden, samtidig med at de vil skabe dårligere sammenhæng for borgerne.

I model 2 fjernes en meget stor del af velfærdssamfundet fra direkte demokratisk kontrol, ved at hele sundheds- og ældreområdet styres via professionelle bestyrelser. Herunder også alle de opgaver på ældreområdet, der har et betydeligt lokalt præg. Det er en markant bureaukratisering af velfærden, som udhuler den demokratiske legitimitet. På sigt kan det potentielt underminere opbakningen til det lokale demokrati og den velfærdsmodel, vi er stolte af i Danmark. KK ønsker at sygehuse og sundheds- og ældreområderne ledes af folkevalgte ansvarlige.