



## Cover

Til Økonomiudvalget,

### **Orientering til ØU om Regeringens udspil til en ny sundhedsreform**

Den 18. september 2024 lancerede regeringen udspillet til en ny sundhedsreform, 'Sundhed tæt på dig'. I den forbindelse har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejdet et opsummerende notat samt to bilag, som gennemgår de væsentligste aspekter af udspillet, herunder de potentielle konsekvenser for Københavns Kommune. Reformudspillet blev drøftet af Sundheds- og Omsorgsudvalget ved udvalgsmødet d. 19. september 2024.

Materialet sendes til Økonomiudvalgets orientering.

#### **Bilag**

Opsummerende notat vedr. regeringens udspil til ny sundhedsstruktur

Bilag 1: Oversigt over forslag til ny organisering

Bilag 2: Notat vedr. regeringens udspil til sundhedsreform og konsekvenser for SUF

**27-09-2024**

Sagsnummer i F2  
2024 - 19438

Dokumentnummer i F2  
6354310

Sagsnummer eDoc  
2024-0339088

Sagsbehandler  
Caroline Pedersen Egholm



## Notat

### Orientering vedr. regeringens udspil til ny sundhedsreform

I juni måned præsenterede Sundhedsstrukturkommission, der er nedsat af regeringen, tre modeller for en fremtidig struktur af sundhedsvæsenet samt 6 tværgående anbefalinger. Og i august var der frist for at afgive høringssvar for sundhedsaktører.

Regeringen lancerede den 18. september 2024 et udspil til en ny sundhedsreform 'Sundhed tæt på dig' for at imødegå de stigende udfordringer i det danske sundhedsvæsen. Formålet er at styrke det nære sundhedsvæsen markant bl.a. ved at bringe behandlingen tættere på borgerne.

#### Hovedelementer i udspillet

- Lægereform:** Skal sikre alle adgang til en læge tæt på deres bopæl og flere speciallæger på mindre sygehuse. Flere uddannelsespladser skal oprettes uden for de største byer (Aalborg, Esbjerg og Køge), og der skal sikres flere praktiserende læger i områder med stort behov. Praktiserende læger skal spille en større rolle som tovholdere i borgernes samlede behandlingsforløb.
- Kronikerpakker og bedre patientrettigheder:** Nye behandlingspakker for kronikere (KOL, diabetes, hjertesygdomme m.v.) skal sikre bedre sammenhæng i sundhedstilbuddene, og patienterne får ret til hurtig adgang til speciallæger samt digitale sundhedstilbud.
- Nære sundhedstilbud:** Flere sundhedsopgaver flyttes ud af sygehuse. Hjemmebehandlingsteams skal håndtere komplekse sygdomsforløb i hjemmet, og sundhedsråd får midler til at udbygge sundhedshuse med flere funktioner, så borgerne kan undgå unødvendige hospitalsindlæggelser.

#### Forslag til organisering af ny sundhedsstruktur

Regeringen lægger op til en ny organisering, som kan sikre bedre sammenhæng og et stærkere nært sundhedsvæsen. Det betyder en reform af sundhedsvæsenets strukturer og en ny opgavefordeling mellem myndighederne. Overblik over den samlede organisering fremgår af vedlagte bilag 1.

Centrale initiativer:

- Én samlet Region Østdanmark (nu Region Sjælland og Region Hovedstaden)
- 17 nye sundhedsråd

18. september 2024  
Edoc-sagsnummer  
2024-0191468

F2 sagsnummer  
2024 - 10809

Sagsbehandler  
Ida Kirstine Riber

- Én national plan for udviklingen af sundhedsvæsenet
- Nationalt Center for Sundhedsinnovation

Reformen indebærer en omorganisering af sundhedsvæsenet. De nuværende fem regioner reduceres til fire, hvor Østdanmark, nuværende region Hovedstaden og Sjælland, bliver en samlet region.

På nationalt niveau vil etableres en langsigtet national sundhedsplan, som sikrer en mere effektiv ressourcefordeling og understøtter innovation, især gennem digitale løsninger. Staten sætter med den nationale sundhedsplan de overordnede rammer, som det derefter er regionerne og sundhedsrådenes opgave at omsætte til konkrete handlinger til gavn for borgerne. Sundhedsrådene skal derfor udarbejde en nærsundhedsplan, der udmønter dele af den nationale sundhedsplan.

Regeringen vil styrke samarbejde om digitalisering og udbredelse af innovative løsninger i sundhedsvæsenet. Det skal ske gennem en ny organisering af den digitale del af sundhedsvæsenet i Digital Sundhed Danmark og oprettelsen af et nyt Nationalt Center for Sundhedsinnovation. Disse skal være med til at fremme digitale løsninger og velfærdsteknologi. Dette skal kombineres med stort lokalt ansvar for at finde lokale løsninger, der passer til de lokale udfordringer.

Et af hovedinitiativer i reformen er derudover at bringe behandling tættere på borgernes hjem. Dette skal opnås gennem hjemmebehandlings-teams og udvidede lokale sundhedstilbud. Borgerne skal kunne modtage behandling i hjemmet, hvor det er muligt, og undgå unødvendige hospitalsindlæggelser. For at støtte denne udvikling vil der blive etableret sundhedshuse og udvidede sundhedscentre, som samler flere funktioner.

### **Oprettelse af 17 sundhedsråd**

Der oprettes 17 nye sundhedsråd med ansvar for at udvikle nære sundhedstilbud i deres geografiske områder. Sundhedsrådene skal sikre, at der investeres i områder med størst behov, og at tilbuddene bliver mere geografisk tilgængelige. Rådene sammensættes af både regionale og kommunale repræsentanter, der vil fordele midler efter lokale behov. Formålet er at skabe bedre pleje og behandling uden for sygehusene gennem tæt samarbejde med kommunerne.

Sundhedsrådene får ansvar for den praktiske styring af sundhedsopgaverne inden for nationalt og regionalt fastsatte rammer. Hvert sundhedsråd vil bestå af 6-20 medlemmer, hvor regionsrådets repræsentanter altid udgør flertallet. Københavns Kommune vil indgå i sundhedsråd Hovedstaden med i alt 9 folkevalgte rådsmedlemmer, hvor regionen har flertal: 6 regionsrådspolitikere med 6 stemmer, og 3 kommunalpolitikere, heraf har Københavns Kommune og Frederiksberg 2 stemmer og Bornholm har 1.

Sundhedsrådene får til opgave at "vende sygehusene udad" og skabe sammenhæng i det nære sundhedsvæsen. Rådene får egen økonomi, som blandt andet skal styrke og udbygge de nære sundhedstilbud.

Sundhedsrådene skal tilrettelægge og planlægge de opgaver som overtages fra kommunerne jf. næste afsnit. De kan også indgå aftaler med kommunerne om, at de varetager sundhedsopgaver på vegne af regionerne, især i større kommuner, hvor høj kvalitet kan sikres. Sundhedsrådene vil skulle arbejde for bedre sammenhæng mellem behandling på sygehuse, i hjemmet og på kommunale samt regionale sengepladser.

Rådene vil have følgende konkrete opgaver:

#### *Nærsundhedsplan*

Sundhedsrådene skal udarbejde og vedtage en nærsundhedsplan, som med afsæt i både en national sundhedsplan og regionsrådets sundhedsplanlægning skal danne rammen for sundhedsrådets arbejde. Planen skal især beskrive implementeringen af omstillingen fra sygehusene og et styrket sundhedsvæsen tæt på borgerne, herunder den lokale implementering af det almenmedicinske sundhedstilbud.

#### *Aftaler om sammenhængende forløb*

Sundhedsrådene vil danne rammen for aftaler mellem regionen og kommunerne i lokalområdet om sammenhængende patientforløb, bl.a. for ældre patienter og borgere med kroniske lidelser, som bor inden for sundhedsrådets område.

#### *Lokalt samarbejde med kommuner om rekruttering*

Sundhedsrådene vil danne rammen for samarbejde med kommunerne i området om at skabe attraktive rammer for, at læger, sygeplejersker og andre sundhedspersoner vil besætte sig i områder med rekrutteringsudfordringer.

De nye sundhedsråd erstatter de nuværende sundhedsklynger og sundhedssamarbejdsudvalg, og arbejdet med sundhedsaftaler ophører i sin nuværende form. Regioner og kommuner skal dog stadig sikre gode tværsektorielle forløb, som kan organiseres i lokale samarbejdsfora efter behov. Råd i områder med store sundhedsudfordringer og mange ældre borgere vil derudover modtage flere midler.

### **Opgaver, der lægges op til at rykkes fra kommunerne**

Reformen indebærer, at flere sundhedsopgaver, som tidligere har ligget hos kommunerne, nu skal overtages af regionerne. Formålet med opgaveflytningen er at give regionen og sundhedsrådene et større og mere sammenhængende ansvar for behandlingen. Den helt præcise afgrænsning for de enkelte opgaveflytninger skal nærmere afklares med afsæt i en faglig vurdering fra Sundhedsstyrelsen og i dialog med kommuner og regioner.

Af udspillet fremgår det dog, at det bl.a. drejer sig om følgende opgaver:

- **Midlertidige sundheds- og omsorgspladser, som skal være uden egenbetaling og omfattes af frit valg.**
- **Akutsygepleje til gruppen af borgere med behov for sundhedsfaglige ind.**

- **Ansvar for rehabilitering på specialiseret niveau og dele af avanceret genoptræning.**
- **Ansvar for den patientrettede forebyggelse** - Der er dog opgaver inden for områderne, som nogle kommuner vil kunne varetage driften af på vegne af regionen.
- **Regionerne har et klart ansvar for den lægefaglige behandling i hjemmet** - Det lægefaglige ansvar påhviler således regionen, uanset om patienten fx er hjemme, hos egen læge eller opholder sig på en midlertidig sengeplads eller sygehuset.

Det svarer til potentiel opgaveflytning fra kommunerne til regionerne for op til fem mia. kr. Der er en række spørgsmål, som er uafklarede, men på nuværende tidspunkt forventes det at det i Københavns Kommune drejer sig om følgende opgaver:

- Akutsygepleje (akutteamet)
- Midlertidige døgnophold på Center for Rehabilitering og Akutpleje: Akutplejepladser, lindrende pladser og almene rehabiliteringspladser
- Neurorehabilitering - Kbh (ambulant specialiseret rehabilitering samt alle døgnpladser)
- Patientrettet forebyggelse: Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Center for Kræft og Sundhed, Center for Lungesygdomme samt Center for Genoptræning ift. lænderyg og artrose.

Uafklaret er dele af genoptræningsområdet og dele af mental sundhed i forhold til Københavns Kommune. Den præcise afgrænsning for de enkelte opgaveflytninger skal afklares ud fra en faglig vurdering fra Sundhedsstyrelsen og i dialog med kommuner og regioner. I vedlagte bilag 2 uddybes mulige konsekvenser for SUF.

I udspillet lægges det derudover op til, at kommunerne fortsat skal varetage de opgaver, der med fordel kan løses tæt på borgeren og med tilstrækkelig høj kvalitet. Kommunerne skal samtidig have nogle bedre muligheder for at løse deres sundheds- og plejeopgaver. Kommunerne skal have bedre adgang til lægehjælp til deres borgere, fx den ældre borger på et plejehjem eller en beboer på et botilbud, for at forebygge forværing af sygdom og undgå unødige sygehusindlæggelser.

## **Øgede krav til kommunal forebyggelse - ny folkesundhedslov**

Regeringen foreslår en ny folkesundhedslov, der styrker kommunernes arbejde med forebyggelse på tværs af sektorer med fokus på sunde rammer for danskernes hverdag med henblik på mere effektiv og målrettet forebyggelse. Det skal foregå i et tæt samarbejde med de almene boligorganisationer, lokale virksomheder, civilsamfundet m.fl.

Folkesundhedsloven vil forpligte kommunerne til at arbejde systematisk med at styrke folkesundheden og mindske ulighed i sundhed, uden at

det indebærer øget administration for kommunerne. Folkesundhedsloven vil udgøres af en ændring af §119 i Sundhedsloven.

## Mere frit valg og sammenhæng mellem sygepleje og helhedspleje

Regeringen vil integrere den almene sygepleje i den kommende helhedspleje for ældre borgere, som implementeres i forbindelse med ældreloven. Målet er at sikre mere sammenhæng og mere kontinuitet i indsatsen på tværs af ældreplejen og sygeplejen.

Flere borgere vil modtage ydelser efter den kommende ældrelov og kommunal sygepleje efter sundhedsloven. Regeringen foreslår derfor at samle dette i helhedsplejen. I mange kommuner løftes de sygeplejefaglige opgaver allerede af medarbejdere, som også udfører opgaver på ældreområdet fx i form af personlig pleje. Ved at integrere sygeplejen for ældre borgere i helhedsplejen sikres det, at sygeplejeindsatser i højere grad løftes af de faste, tværfaglige teams fra starten af et forløb, i stedet for at være adskilte.

Dermed vil borgerens frie valg ikke kun omhandle helhedsplejen efter ældreloven men også favne sygeplejeydelser. Det betyder, at private leverandører af helhedsplejen også skal kunne løfte de almene sygeplejeopgaver. Den konkrete model og ramme herfor skal udvikles i tæt sammenhæng med de øvrige initiativer til at styrke hjemmebehandlingen.

## Yderligere elementer i udspillet

Derudover kan følgende elementer fremhæves:

- **Fra 72 til 96 timers behandlingsansvar:** Sygehusene får ansvar for patienten i op til 96 timer efter udskrivning. Det gælder også for patientgrupper som psykiatriske og ældre patienter.
- **Klart ansvar for behandlingsredskaber og hjælpemidler:** Regeringen vil revidere reglerne for, hvem der udleverer nødvendige hjælpemidler. Regeringen vil, med udgangspunkt i sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, udvikle en konkret og udgiftsneutral model, der kan skabe mere klarhed for borgeren og tydelighed om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at udlevere og finansiere produkterne.
- **Kronikerpakke:** Den første kronikerpakke forventes implementeret fra 2027. Regeringen vil indføre sygdomsspecifikke kronikerpakker til mennesker med kronisk sygdom. Kronikerpakker skal udgøre en systematisk ramme for den behandling, som en borger med kroniske sygdomme modtager på tværs af sundhedsvæsenet.
  - Det konkrete forløb og de konkrete indsatser skal være tilpasset den enkeltes behov, og der skal stilles forpligtende krav til de indsatser, der er relevante for den enkelte. For en borger, der fx er nydiagnosticeret med KOL, vil det bl.a. betyde, at der bliver fastlagt krav til, hvornår man bliver indkaldt til opfølgende undersøgelser, og at regionen tilvejebringer et relevant tilbud om rygestopkurser eller andre relevante indsatser.

- Med kronikerpakkerne får borgere som noget nyt ret til en personlig behandlingsplan samt opstart af behandling og relevante patientrettede tilbud inden for en given tidsfrist.
- **Hjemmebehandlingsteams:** Regeringen vil investere i, at langt mere behandling kan foregå i borgerens eget hjem. Målet er, at flere borgere modtager en rettidig indsats i eget hjem inden borgerens tilstand bliver så kritisk, at der er behov for indlæggelse på sygehus. Regionerne skal med nye hjemmebehandlingsteams udbygge og understøtte døgndækkende hjemmebehandling med flere sundhedsfaglige medarbejdere, som fx kan monitorere borgerens tilstand digitalt og køre ud i borgerens hjem og assistere med behandling og tidlige indsatser. Det skal konkret aftales i sundhedsrådene. Opgaverne vil efter aftale også kunne løses af de kommunale medarbejdere.
- **Styrket sundhedsindsats i socialpsykiatrien:** Beboere på botilbud skal have fast tilknyttede læger, og der skal være bedre adgang til digitale løsninger for borgere med lettere psykiske lidelser.
- **National fastsættelse af antal og fordeling af læger i det almenmedicinske tilbud:** Antallet og fordelingen af læger i det almenmedicinske tilbud skal fastsættes nationalt, så der tages højde for patienttyngde og patienternes behandlingsbehov. Allerede fra 2025 skal der lukkes for flere læger i områder med god lægedækning, så nye læger etableres i yderområderne. Og fremadrettet skal der være en mere rimelig aflønning i forhold til de opgaver, der løftes af den enkelte læge. Honorarerne skal differentieres, så læger med en høj patienttyngde kan have færre patienter uden at miste indtjening, mens læger med en lavere patienttyngde skal have flere patienter for at opretholde den samme indtjening.

## Overordnede økonomiske prioriteringer i udspillet

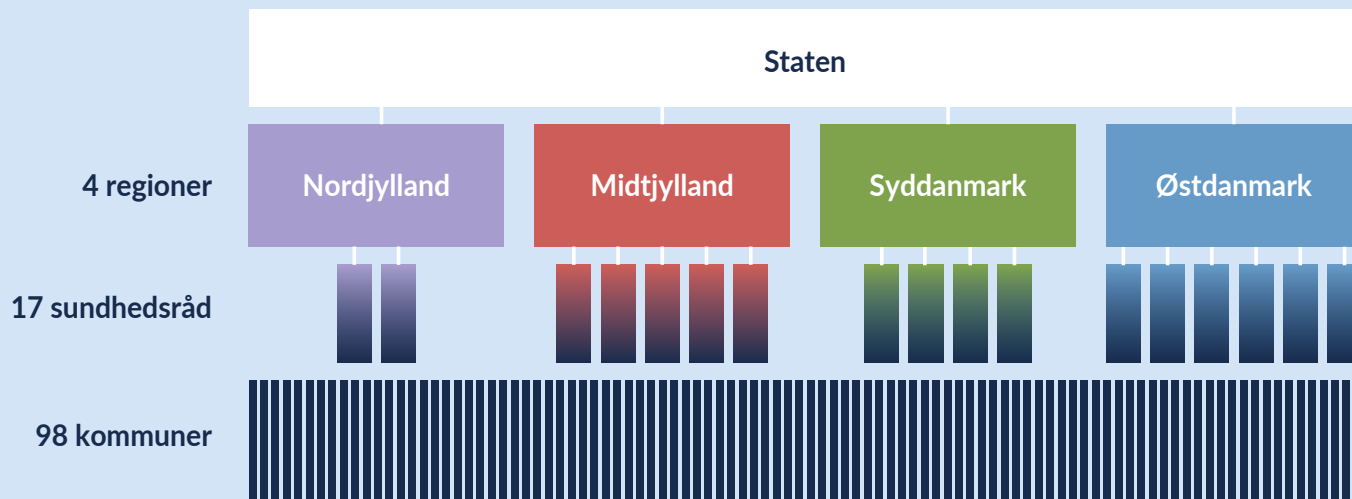
Regeringen foreslår, at en stor del af de kommende investeringer i sundhedsvæsenet skal gå til det nære sundhedsområde, herunder flere læger. Den samlede reformøkonomi fremgår i tabel 1 (s. 80) i Sundhed tæt på dig – del 2. Den overordnede økonomi fremgår nedenfor:

- Sundhedsrådene vil fra 2030 kunne investere 4,3 mia. kr. årligt i nære sundhedstilbud.
- I perioden 2027-2033 afsættes 3,5 mia. kr. til forbedring af de fysiske rammer for lokale sundhedsindsatser, såsom røntgenfaciliteter og genoptræning.
- Desuden etableres en sundhedsfond på 22 mia. kr. over 10 år til modernisering af sygehusene, og 2 mia. kr. øremærkes til ny teknologi og digitalisering.
- Sundhedsråd i områder med høj sygdomsbyrde vil derudover modtage flest midler.
- Der målrettes 1,9 mia. kr. årligt i 2030 til investering i udbygning af de nære tilbud i kommunerne, heraf 0,5 mia. kr. til udmøntning af nationale tværgående kvalitetsstandarder. Fordelingen af rammen fastlægges statsligt og vil bl.a. tage højde for forskelle i patienttyngde og demografi.

- En andel på 0,6 mia. kr. tilvejebringes som medfinansiering gennem en målretning af en del af det løft, der hvert år afsættes til kommunerne til at dække udgifterne ved, at der kommer bl.a. flere ældre.
- Målretningen af demografiløftet indfases med 5 pct. i 2027, 7 pct. i 2028, 8 pct. i 2029 og 10 pct. i 2030. Målretningen skal styrke de kommunale sundhedsindsatser og prioriteres på tværs af kommunerne efter behov med en hensigt om, at de skal komme alle kommuner til gavn, som det også gælder i dag.
- Det samme gælder det regionale demografiløft hvor 2,2 mia. kr. går til at målrette nære indsatser i regionerne, herunder flere læger.
- 250 mio. kr. årligt fra 2027 og frem til at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse på tværs af sektorer med fokus på sunde rammer for danskernes hverdag i forbindelse en ny folkesundhedslov.



# Oversigt over de nye myndigheder og deres opgaver



Opgaver		
<b>Nationalt</b>	<b>Stat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- National sundhedsplan</li> <li>- Specialeplan</li> <li>- Krav til det almenmedicinske tilbud</li> <li>- Rammer for brug af praktiserende speciallæger</li> <li>- Nationale kvalitetsstandarder</li> <li>- Patientrettigheder</li> <li>- National koordinering i forhold til data og digitalisering</li> </ul>
	<b>Fællesoffentlig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Digital Sundhed Danmark</li> <li>- Nationalt Center for Sundhedsinnovation</li> </ul>
<b>Regioner</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sygehuse, blandt andet psykiatri og akutberedskab</li> <li>- Det almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor, for eksempel speciallægehjælp, fysioterapi og psykolog</li> <li>- Udvalgte sundhedsopgaver overtaget fra kommuner, for eksempel akutsygepleje, patientrettet forebyggelse og sengepladser med sundhedsfaglige indsatser</li> </ul>
	<b>Regionsråd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overordnet ansvar for alle regionens opgaver</li> <li>- Sygehus- og sundhedsplanlægning</li> <li>- Budget og fordeling af ressourcer</li> <li>- Overholdelse af patientrettigheder mv.</li> </ul>
	<b>Sundhedsråd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejde nærsundhedsplan</li> <li>- Udmønte de økonomiske rammer for nye og udbyggede indsatser i det nære sundhedsvæsen</li> <li>- Vende sygehusene udad og styrke nære indsatser</li> <li>- Planlægning af det almenmedicinske tilbud og praksissektor</li> <li>- Aftaler med kommuner, blandt andet om rekruttering og sammenhængende forløb</li> </ul>
<b>Kommuner</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ældreplejen, blandt andet helhedspleje, plejehjem, plejeboliger mv.</li> <li>- Almen kommunal sygepleje</li> <li>- Genoptræning på alment niveau</li> <li>- Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme</li> <li>- Sundhedspleje</li> <li>- Børne- og ungdomstandpleje og omsorgstandpleje mv.</li> <li>- Lettilgængeligt tilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel mv.</li> <li>- Vederlagsfri fysioterapi</li> </ul>



## Notat

### Regeringens udspil "Sundhed tæt på dig" - Konsekvenser for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ressort

Regeringen præsenterede den 18. september 2024 udspillet 'Sundhed tæt på dig'. Dette notat opsummerer de væsentligste konsekvenser for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens (SUF) nuværende opgaver og ressort, hvis udspillet implementeres.

18. september 2024  
Edoc-sagsnummer  
2024-0324788

F2 sagsnummer  
2024 - 18477

#### Nye sundhedsråd med regionalt flertal

De nuværende 22 sundhedsklynger erstattes af 17 sundhedsråd. Københavns Kommune (KK) bliver en del af Sundhedsråd Hovedstaden med Frederiksberg og Bornholm. Her vil regionsrådspolitikere udgøre flertallet, hvilket betyder, at regionen har beslutningskraft. Dette kan påvirke, om KK fortsat skal drive midlertidige pladser og patientrettet forebyggelse, eller om disse opgaver overgår til regionen.

#### Flytning af opgaver fra kommuner til regioner

Regeringen lægger med udspillet op til at flere sundhedsopgaver overgår fra kommuner til sundhedsrådene. Forvaltningen har nedenfor oplyst hvilke enheder, der vil blive berørt, hvis regeringens udspil implementeres:

##### 1. Akutsygepleje

SUFs akutsygeplejeflyttes til regionerne, hvor der oprettes hjemmebehandlingsteams. Området skal administreres i sundhedsrådene. Dette kan føre til overlap og manglende koordinering mellem kommunal sygepleje og de nye teams, og føre til usikkerhed blandt SUFs øvrige medarbejdere, som er vant til at trække deres kolleger i akutsygeplejen. Det kan også udfordre rekrutteringen af sygeplejersker i kommunerne, da mere komplekse opgaver overgår til regionen.

##### 2. Patientrettet forebyggelse

Ansvar for den patientrettede forebyggelse i SUF's centre (fx Center for Diabetes og Hjertesygdomme, Center for Kræft og Sundhed) flyttes med udspillet til regionen. Dette kan føre til en mindre helhedsorienteret indsats med fokus på patienten frem for borgerens bredere sociale og sundhedsmæssige behov. Vi har gode og veldokumenterede effekter af indsatsen i centrene, men usikkerheden om fremtidig opgaveløsning kan medføre medarbejderflugt og udvande fagligheden. SUF's indsats med kronikerforløb (fx lænde-rygproblemer) risikerer derudover at blive

mindre koordineret med kommunale opgaver som jobcentre og genoptræning.

### **3. Akutpladser og øvrige midlertidige pladser**

SUF skal afgive størstedelen af sine midlertidige pladser), herunder akutpladser og rehabiliteringspladser. Det omfatter Center for Rehabilitering og Akutpleje Vigerslevvej/Bystævneparken og Neurorehabilitering i København. Hvis regionerne opretter egne tilbud, kan dette betyde en faglig forringelse af de eksisterende indsatser i kommunen.

### **4. Rehabilitering på specialiseret niveau (SUL § 140)**

SUF's opgaver vedrørende rehabilitering af personer med senhjerneska-der overgår til regionen. Dette berører årligt ca. 50-60 borgerforløb og vil kræve flere koordinators på kommunalt niveau. Der er usikkerhed om, hvorvidt avanceret genoptræning for hjerneska-der også overgår til regionen, hvilket vil påvirke ca. 1000 forløb årligt.

### **5. Genoptræning på avanceret niveau**

SUF tilbyder i dag avancerede forløb for børn og borgere med sjældne kræftdiagnoser eller kroniske sygdomme i centralnervesystemet. Disse opgaver vil potentielt også overgå til regionen, hvilket kan skabe flere snitflader i borgernes forløb og svække sammenhængen i kommunens tilbud.

### **6. Ny organisering af almen praksis**

Sammenlægningen af Region Hovedstaden og Region Sjælland til Region Østjylland kan forværre lægedækningen i København, hvilket vil gøre det sværere for borgerne at få adgang til en praktiserende læge. I perioder har København haft problemer med lægedækningen.