



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Københavns Kommunes hørings svar

25. juni 2024

Københavns Kommune (KK) anerkender Sundhedsstrukturkommissionens grundige arbejde med at skitsere udfordringerne i sundhedsvæsenet og takker for muligheden for at afgive hørings svar.

KK støtter overordnet kommissionens anbefalinger om at gentænke opgaveløsningen og styrke det nære sundhedsvæsen med fokus på sundhed for alle, lige adgang og differentierede indsatser. Vi er enige i kommissionens vurdering af, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet bør gentænkes, men vi er ikke enige i kommissionens forslag til, hvordan fremtidens udfordringer bedst løses. Det er KK's vurdering, at særligt model 1 og 2 medfører en usædvanlig grad af centralisering, som er uforenelig med udviklingen af et nært sundhedsvæsen tæt på borgerne. Model 3 svarer ikke i sig selv på udfordringen med at opskalere det nære sundhedsvæsen, men kommer tættere på en løsning end de to øvrige modeller.

Der er ikke behov for en HS-lignende model med tunge og ineffektive administrative strukturer, som fører til unødvendigt bureaukrati og langsomme beslutningsprocesser – og som følge heraf klager over lange ventetider og manglende patienttilfredshed.

En konsekvens af kommissionens foreslåede modeller vil være, at de almenpraktiske og nære tilbud vil tabe til det specialiserede område, når det kommer til fordeling af midler, ressourcer og medarbejdere. Hvis man som politiker fx skal vælge mellem at prioritere udstyr til kræftbehandling af børn eller træningsfaciliteter til genoptræning af den ældre borger, vil det være den ældre borger, som nedprioriteres.

Der er i stedet behov for en løsning, der reelt tager udgangspunkt i borgernes behov og anerkender kommunernes rolle og ansvar tættest på borgernes hverdagsliv. Kommunerne vil kunne løse endnu flere opgaver, hvis rammerne og ressourcerne er til stede, og incitamentene er rigtigt afstemt. Kommunerne vil i et forpligtende samarbejde med regionerne og hospitalerne være den motor, der skal trække udviklingen i det nære sundhedsvæsen.

Bedre sammenhæng i det nære sundhedsvæsen

Sammen med almen praksis bør kommunerne udgøre ryggraden i det nære sundhedsvæsen. Borgerne er typisk kun patienter i få dage, mens kommunerne gennem hele livet skaber rammer, indsatser og tilbud, som borgerne bruger og er en del af. Det er velkendt, at indsatser integreret i borgerens dagligdag med støtte fra netværk og pårørende har en afgørende og langvarig effekt, især for borgere med kronisk sygdom eller permanente funktionsnedsættelser.

Det er påfaldende, at borgerrettet forebyggelse er fraværende i både anbefalinger og modeller. 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.

Mangel på borgernes direkte indflydelse i model 1 og 2

De store strukturelle ændringer, som model 1 og 2 lægger op til, vil betyde, at det samlede sundhedsvæsen over en lang periode kommer til at bruge mange ressourcer på at flytte hegnspæle fremfor at investere ressourcerne i at skabe bedre sundhedstilbud for borgerne.

Model 2 fjerner en betydelig del af velfærdssamfundet fra direkte demokratisk kontrol ved at lade hele sundheds- og ældreområdet styres af professionelle bestyrelser. Dette er en omfattende ændring, der kan føre til en samfundsmodel, hvor ansvaret for velfærdsområder ikke længere er direkte demokratisk forankret, herunder også de lokale præg på ældreomsorgen. En sådan bureaukratisering af velfærden underminerer dens demokratiske legitimitet og kan potentielt svække støtten 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, og at borgerne har direkte indflydelse på, hvem der skal fastlægge rammerne herfor. KK påpeger, at implementeringen af de foreslåede modeller vil medføre massive transaktionsomkostninger, og at kommissionen undervurderer betydningen af samarbejde, relationer, kultur og kendskab til organisatoriske rammer for organisationers succes. Udfordringer, fejl og mangler bliver håndteret og løst over tid, og organisationer lærer konstant af dem. Eksempelvis er kommunale akutfunktioner udviklet og tilpasset i kommunerne gennem særlige samarbejdsrelationer og fokus på lokale problemstillinger. Denne læring og viden vil gå tabt, hvis opgaver overføres til en anden sektor, og det kan også

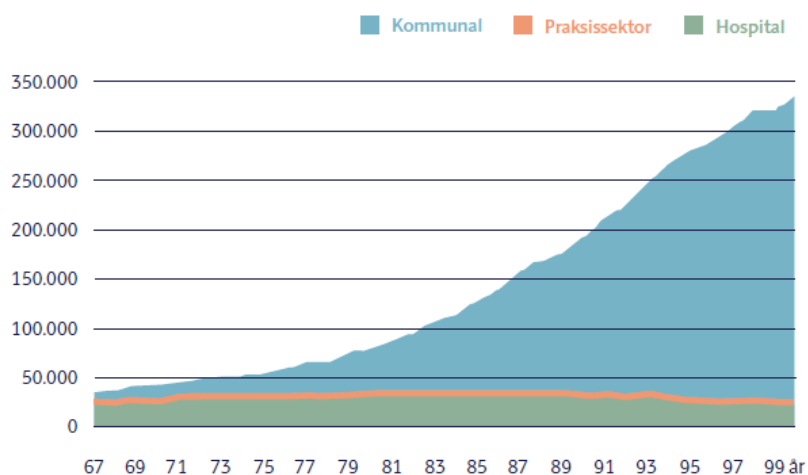
medføre medarbejderflugt, når specialiserede opgaver med faglig tyngde flyttes fra kommunerne til hospitalerne.

Hvis specialiserede funktioner og medarbejdere fjernes fra kommunerne, vil der ikke længere være ressourcer til at opretholde opkvalificeringen af medarbejderne. Dette omfatter eksempelvis sygeplejersker, der besidder ekspertise inden for områder som hygiejne, demens og sårpleje, og som samtidig fungerer som undervisere og vejledere for deres kolleger inden for social- og sundhedsområdet.

Modellerne løser ikke fremtidens udfordringer

En central udfordring for sundhedsområdet i fremtiden er mangel på arbejdskraft, hvilket kommissionen også analyserer. Centralisering, opgaveflytning og afspecialisering i kommunerne løser ikke de massive udfordringer med fastholdelse og rekruttering af personale; tværtimod kan det forværre dem.

Tabel 1. Sundheds- og plejeudgifter pr. borger fordelt på alderstrin og sektor (2021)



Ovenstående tabel viser, at kommunernes sundheds- og plejeudgifter pr. borger er væsentligt højere end i praksis- og hospitalssektoren, samt at udgifterne i kommunerne stiger markant med alderen. Denne udfordring og udgift vil kun blive større i fremtiden med et stigende antal ældre, der lever længere og bliver mere syge – og færre medarbejdere til at løse opgaverne.

Unødvendig centralisering og opgaveflytning fra det nære og borgerne

I stedet for at flytte opgaver væk fra det nære bør en fremtidig sundhedsstruktur fremme gode tværfaglige og tværkommunale samarbejder samt nye incitamentsstrukturer, der sikrer bedre vilkår for opgaveløsning og bedre overgange for borgerne. Model 1 og 2 lægger op til en markant centralisering af langt de fleste eller alle opgaver inden for sundheds- og

ældreområdet til enten regionalt eller statsligt niveau. KK bemærker, at det ikke vil styrke det nære sundhedsvæsen at centralisere opgaver eller struktur, ligesom det heller ikke i sig selv vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet at flytte opgaver. Modellerne afspejler en hospitalslogik og en patientorientering, hvor fokus er på patienter frem for borgere. Konsekvensen vil være en overcentralisering væk fra borgernes hverdag og samtidig en markant reduktion i kommunernes sammenhængskraft og prioriteringsrum på tværs af velfærdsområderne. Den regionale eller statslige hospitalslogik vil medføre, at ressourcer og medarbejdere vil gå til det højt specialiserede område snarere end til 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 - det bør være udgangspunktet for fremtidens sundhedsvæsen.

Centralisering af opgaver, som foreslået, kan kun føre til en opsplittning af opgaver, der krydser service- og sundhedsloven fra et kommunalt perspektiv. Dette vil skabe udfordringer, der kan påvirke effektiviteten og kvaliteten af de ydelser, borgerne modtager.

Centralisering som foreslået vil markant forringe denne sammenhæng og medføre flere unødvendige overgange for borgerne. Det vil skabe et sundhedsvæsen, der fokuserer snævert på sygdom og behandling frem for sundhed og borgerens hverdag. Borgerne risikerer at blive fuldtidspatienter i stedet for at leve et så normalt liv som muligt med arbejde, fritidsinteresser og familieliv. Vi skal som sundhedsvæsen tilpasse os borgernes hverdag, så sygdom, om den er kortvarig eller kronisk, fylder så lidt som muligt og i så kort tid som muligt. Borgere skal så vidt muligt undgå at blive patienter - og når de bliver det, skal forløbet afsluttes rettidigt.

KK vurderer, at opgavesamlingen i model 1 og 2 vil forringe sundhedsindsatsen på ældre- og socialområdet og dermed øge den sociale ulighed i sundhed.

Mindre sammenhæng for borgerne

Kommunernes styrke ligger i deres tætte integration i borgernes hverdag og deres evne til at tænke sundhed sammen med andre kommunale områder. Det er afgørende, at borgerne har adgang til nære og helhedsorienterede sundhedstilbud, der er let tilgængelige og meningsfulde i deres hverdag. Dette kræver sammenhæng mellem det nære sundhedsvæsen og ældre-, social- og forebyggelsesområdet samt samarbejde med civilsamfund, pårørende, børne- og ungeområdet samt beskæftigelsesindsatsen.

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.

De nære sundhedsopgaver skal løses og udvikles tæt på borgernes hverdag

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. I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur med overvejelser om 3-5 regioner.

Denne model svarer ikke i sig selv på udfordringen med at opskalere det nære sundhedsvæsen, men kommer tættere på en løsning end de to øvrige modeller. KK vurderer, at der ikke bør være flere end 5 direkte folkevalgte robuste regioner, i fremtidens sundhedsvæsen.

Af de tre opstillede modeller vurderer KK, at revideret 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 anbefalinger om ny organisering af det almenmedicinske tilbud, ny organisering af arbejdet med digitalisering og data samt en national sundhedsplan, rummer en variant af 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 er en bærende værdi 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 har følgende opmærksomhedspunkter i forhold til organisering, incitamenter, tværsektorielle og kommunale samarbejder og opgavesamling:

Det tværsektorielle samarbejde skal styrkes

Samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og region er styrket og udbygget over årene. Der arbejdes kontinuerligt med at finde nye løsninger, hvor region og kommuner laver aftaler, som understøtter en bedre indsats til borgerne.

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 samt Rigshospitalet). Fx vil det være oplagt, at beslutninger om investeringer fremover drøftes og besluttet i fællesskab mellem sektorerne.

Incitamenterne skal være til stede - og 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 lægefaglig ekspertise til rådighed døgnet rundt, vil de kommunale akutfunktioner kunne håndtere en række akutte og subakutte behandlinger i borgernes hjem, som i øjeblikket håndteres på akutmodtagelsen. For eksempel kan intravenøs væskebehandling før hospitalsbehandling, som traditionelt er

en hospitalsopgave, udføres i hjemmet af en kommunal sygeplejerske, forudsat at den behandlingsansvarlige hospitalslæge har godkendt det.

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 det kommunale område. Der sker en udpræget grad af læring og koordination på tværs af kommunerne, hvor kommunerne allerede i dag sikrer et robust primært sundhedsvæsen. Det sker, hvor det er meningsfuldt i den lokale kontekst, og hvor det løfter den faglige kvalitet i indsatsen til borgerne.

De store kommuner kan påtage sig et større ansvar for at understøtte andre kommuner, hvor det giver mening. 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.

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 omfang vil modtage den nødvendige genoptræning. Hvis genoptræningsopgaven alene påhviler

hospitalet, 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. Der er en grundlæggende udfordring med:

- At sygehusene ofte ikke fremsender genoptræningsplaner med borgerne, når de udskrives til kommunerne.
- At genoptræningsplanerne er utilstrækkelige.
- At for mange borgere, der bør få en genoptræningsplan, ikke gør det.

Det forsinker det videre behandlingsforløb og skaber utryghed blandt medarbejdere, borgere og deres pårørende. 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 – planlagt opgaveoverdragelse i stedet for ufinansieret og uplanlagt opgaveglidning, der ikke rummer borgernes behov og presser kernemedarbejderne unødigt.

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 hjerne-skade. Det er derfor KKs samlede vurdering, at der er potentiale for bedre sammenhæng og omstilling ved at bevare myndighedsansvaret i kommunerne.

Midlertidige pladser

De midlertidige pladser bør fortsat være placeret kommunalt. De midlertidige pladser er i dag en integreret del af ældreplejen og tjener mange formål, fx når borgeren venter på en plejehjemsplads, har brug for intensiv genoptræning eller er blevet udskrevet fra sygehus.

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. KK har 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 – 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 det 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 indover bevillingerne og alene agere ekspeditionskontor mellem en læge og en privat leverandør. Det skaber blot ekstra bureaukrati.

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.

KK vurderer, at en ambitiøs kommende national sundhedsplan bør stille krav om, at sundhedsområdet ikke isoleres, men fortsat og i endnu højere

grad tænkes systematisk ind i andre områder som beskæftigelse, børne- og ungeområdet, socialområdet, fritid, klima og miljø, byudvikling m.v. Et eksempel kan være det eksisterende arbejde i flere kommuner og regioner med luftforureningen og de helbredsmæssige effekter heraf, der går på tværs af flere ressortområder, sektorer og berører mange mennesker. KK har følgende bemærkninger til fire af kommissionens seks tværgående anbefalinger:

Anbefaling 1 - Ny organisering af det almenmedicinske 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, hvor 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 ansvarlig 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 at 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 borgere 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. Dette 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

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 data-delning 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 medarbejderes tid på 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 ser positive takter i forslaget om etablering af en fælles service- og leveranceorganisation, men det virker i den nuværende form, som om der er en ikke ubetydelig risiko for at miste meget af den viden og de løsninger, der er opbygget tæt på borgerne i det nære sundhedsvæsen. Det er god praksis, at ansvaret for forretningskritiske it-systemer placeres tæt på forretningen og den praktiske opgavehåndtering, som it-systemerne skal understøtte og tilpasses, så faglige opgaver løses mest effektivt. Dette princip bør fastholdes fx for EOJ og EPJ-systemer. Det er væsentligt at tænke praksisnær viden med ind i beslutningerne og inddrage fx frontløberkommuner i arbejdet. Københavns Kommune stiller sig gerne til rådighed og byder ind med sine erfaringer med at arbejde på vegne af andre kommuner og tage ansvar for eksekvering.

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. Erfaringerne fx fra skatteområdet med opbygning af store og komplekse it-organisationer er blandede, og der bør indgå en opmærksomhed på dette i videre arbejde med anbefalingen.

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.

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 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 sikres 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 forskningsforpligtelse under ét. Det bør suppleres med indsatser 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 samarbejde 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 sundhedsopgaver.

Det er afgørende, at kommunerne får reelle muligheder for at anvende kunstig intelligens til at forbedre opgaveløsningen og aflaste kernepersonalet. For eksempel er kommunerne i dag forhindret i at bruge oplagte digitale løsninger til at identificere den optimale form for genoptræning til patienter. Dette skyldes ofte lovgivningsmæssige restriktioner, manglende regulering af dataanvendelse og begrænsede ressourcer til implementering af avancerede teknologiske systemer. Disse hindringer medfører et unødvendigt spild af både borgernes og sundhedsvæsenets ressourcer, da potentialet for effektivisering og forbedret patientbehandling ikke udnyttes fuldt ud.

Anbefaling 4 - Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

KK anerkender, at kommissionen 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 service-lovens § 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. Aftalerne om 72 timers behandlingsansvar, som hovedstadsregionen indførte i 2022, er bare et ud af mange eksempler på et sådant samarbejde. 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 almen praksis 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 botilbud 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.

Københavns Ældreråd og medarbejderne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen høringsvar er vedlagt som bilag.