

Teknisk hørings svar Sundhedsstrukturkommissionen

KL takker for lejligheden til at afgive hørings svar.

KL skal indledningsvis henvise til politisk hørings svar fra alle borgmestre, rådmænd på sundheds- og ældreområdet og KL's bestyrelse afgivet d. 27. juni. Her udtrykker borgmestrene bekymring for, at flere af Sundhedsstrukturkommissionens modeller, i fald de realiseres, vil udfordre den demokratiske legitimitet og den velfærdsmodel vi har i Danmark, fordi velfærden ikke længere er underlagt lokal demokratisk prioritering og ansvar. Samtidig har modellerne udelukkende fokus på sammenhæng (kædeansvar), mens omstilling og fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen er underbelyst. Derfor sætter modellerne de nære tilbud under pres. Borgmestrene peger derfor på en række tiltag og strukturelle ændringer, herunder større ensartethed på baggrund af nationale standarder og større grad af mellemkommunalt forpligtigende samarbejde, der kan imødegå sundhedsvæsenets udfordringer uden samtidig at sætte den demokratiske legitimitet over styr.

KL har i forlængelse af det politiske hørings svar en række bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionen rapport og anbefalinger.

Overordnede kommentarer til Kommissionens rapport

KL er grundlæggende enig i kommissionens gennemgang af udfordringer for sundhedsvæsenet. KL bemærker også, at kommissionen i pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet lægger sig tæt op ad KL's, Hjerteforeningens og Gigtforeningens 7 principper for en omstilling af et samlet sundhedsvæsen fra 2023. Herunder et tydeligt fokus på nære, almene indsatser til borgere med kronisk sygdom, klog brug af teknologi og data og differentierede indsatser.

For KL er det afgørende at en reform sikrer, at et samlet sundhedsvæsen kan levere god kvalitet i fremtiden. Det kræver, at alle gør noget radikalt anderledes. Vi skal skabe grundlaget og rammerne til at omstille hele sundhedsvæsenet – så langt flere borgere kan få indsatser i det nære sundhedsvæsen, og sygehusene kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Der er, for KL at se, to bundne opgaver, som en reform skal løse:

For det første skal den imødegå den geografiske og sociale ulighed i sundhed, som har vokset sig alt for stor. Der skal være et tilgængeligt sundhedsvæsen for alle borgere, uanset om de bor på Lolland eller i Gentofte. Og sundhedsvæsenet skal både i det nære og det højt specialiserede have bedre muligheder for at differentiere indsatserne efter behov.

For det andet skal en reform sikre, at langt mere forebyggelse, opsporing, støtte og behandling foregår uden for sygehusene tæt på borgernes hverdag, på det relevante specialiseringsniveau og med endnu mere udstrakt

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 32

brug teknologiske og digitale muligheder. Denne omstilling er en nødvendighed for at geare sundhedsvæsenet til at håndtere, at et langt større antal ældre og borgere med kronisk sygdom får brug for hjælp i sundhedsvæsenet i løbet af de kommende år.

Kernen i en reform er at skabe et nært sundhedsvæsen, som er så stærkt, at mere behandling kan foregå hjemme tæt på borgernes levede liv.

KL er derfor forundret over, at kommissionen i beskrivelsen af modeller, der skal styrke det nære sundhedsvæsen udelukkende, anbefaler at centralisere opgaver. KL savner i den forbindelse en begrundelse for, hvorfor kommissionen ikke har overvejet andre modeller, der konsoliderer og systematisk styrker tilbuddene i kommuner og i praksissektoren, herunder gennem rammer for øget brug af mellemkommunale samarbejder og gennem en styrkelse af de eksisterende sundhedsklynger.

Kommissionen cementerer derved den sygehuslogik, som har præget dansk sundhedspolitik i årtier – og som kommissionen netop var blevet bedt om at bibringe nye perspektiver på.

Samtidig stiller KL sig skeptisk overfor kommissionens grundlæggende antagelse om, at samling af myndighedsansvaret hos regionerne automatisk fører til omstilling og prioritering af de nære tilbud. I rapporten er det centrale argument: *"En myndighed med et samlet ansvar for en stor del af behandlings- og plejekæden har stærke tilskyndelser til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen, der kan reducere behovet for sygehusbehandling. Når gevinsten i form af mindre sygehusbehandling tilfalder samme myndighed, som har investeret i de forebyggende indsatser, styrkes incitamentet til en løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Et samlet myndighedsansvar vil også understøtte en løbende tilpasning og udvikling af opgaveløsningen mellem faggrupper, fordi de vil tilhøre samme myndighed og dermed samme organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske ramme."*

KL skal hertil anføre, at det jo netop ikke er sket i de seneste 15-20 år. Hvilket tydeligt understreges af, at kommissionen kommer med forslag til, hvordan eksempelvis almen praksis og psykiatrien skal styrkes. Områder som begge har været under regionalt 'kædeansvar' siden regionernes dannelse, og som netop er blevet nedprioriteret på bekostning af det højt specialiserede. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at regionerne ikke har formået at styrke samarbejdet på tværs af specialerne i sundhedsvæsenet ud fra et samlet blik på patienternes behov. Patienter med flere samtidige sygdomme oplever ofte et fuldstændigt fravær af helhedsblik på deres samlede situation. Kommissionens anbefaling om ændring af organiseringen af psykiatrien understreger denne problematik. Det "horisontale" kædeansvar løftes således ikke tilstrækkeligt med både overbehandling, underbehandling og fejlbehandling til følge – og deraf dårlige patientforløb og dårlig ressourceudnyttelse til følge. Ligeledes har regionerne ikke formået at sikre en geografisk lighed i sundhedstilbud og -ansatte – hverken hvad angår praktiserende læger eller øvrige sundhedstilbud, til trods for det entydige ansvar.

KL undrer sig over kommissionens manglende anerkendelse af, at sundhedstilbud, særligt når det gælder indsatser til borgere med kronisk sygdom, skal ses i samspil med en række andre forhold i borgerens liv. Og at vi i

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 32

sundhedsindsatsen kun lykkes, hvis vi tænker på tværs af social, beskæftigelse, ældre, sundhed og civilsamfund. Fx kæmper mange borgere med kronisk sygdom også med sociale problematikker. Hvis ikke vi anerkender den dimension og alene forholder os til den kliniske faglighed, risikerer vi at fejle i indsatsen til mange af vores mest udsatte borgere. Effektfulde sundhedstilbud, som skal holde borgerne velregulerede og ude af sygehus, kan ikke reduceres til et snævert klinisk blik på patientens diagnose, men skal kobles til hele rækken af nære velfærdstilbud – i samarbejde med eksperterne på sygehus.

Dette perspektiv tabes desværre i kommissionens modeller for centralisering af sundhedsvæsenet, som alene har fokus på den vertikale integration mellem sygehus, almen praksis og kommune. Hvorimod den horisontale integration på tværs af nære velfærdsindsatser tabes af syne i de forskellige modeller for opgavesamling.

KL savner i lange stræk dokumentation for kommissionens overvejelser og anbefalinger. Dette særligt ift. overvejelserne om et enstrenget regionalt myndighedsansvar, som i bund og grund bygger på en "alt andet lige" antagelse uden meget hold i virkeligheden. Men den mangelfulde dokumentation går igen en række steder. Fx bygger kommissionens påstand om volumen i de kommunale akutfunktioner på et udsagn fra én kommune om, at der skal være et befolkningsgrundlag på 75.000 for et oppebære en bæredygtig akutfunktion.

Når vi i KL ser på kommunernes anvendelse af andre ydelser i sundhedsvæsenet fx målt ved kontakter i almen praksis eller kontakter i sygehusvæsenet kan vi ikke konstatere et øget træk på ydelser, som følger af kommune-størrelse. Vi ser heller ikke, at dette dokumenteres i kommissionens rapport. KL anerkender, at der kan være sammenhæng mellem størrelse og driftseffektivitet fx viser en Vive rapport fra 2024 gennemført for Fanø Kommune, at der findes smådriftsulemper på en række områder fra administration til folkeskole. Vi ser dog ingen dokumentation hverken i kommissionens rapport eller i øvrige data på, at små kommuner systematisk leverer en dårligere service for borgerne på sundhedsområdet end større kommuner. Det er i denne forbindelse vigtig at skelne mellem faglig bæredygtighed og driftshensyn. Akutsygepleje ydes grundlæggende af erfarne generalistsygeplejersker. Der kan derimod være behov for kommunalt samarbejde i ydertid for at sikre en effektiv drift hele døgnet.

KL savner også et mere afbalanceret blik i kommissionens analyser og gennemgange af kommunernes tilbud. Fx vurderer kommissionen, hvad der isoleret set er korrekt, at der er tæt sammenhæng mellem de kommunale akutfunktioner og sygehus og praksissektor. Den tætte integration mellem akutfunktionen og den øvrige kommunale sygepleje og hjemmepleje er derimod ikke beskrevet.

I samme tråd nævner kommissionen, at adskillelsen af læger og sygeplejersker i separate sektorer er en barriere for opgaveudvikling. Det er også hér snævert set korrekt. Det handler imidlertid mere om manglende fleksibilitet i anvendelsen af reglerne om lægens brug af medhjælp, som ville muliggøre et langt tættere samarbejde mellem sektorer om lægeforbeholdte opgaver. Reglerne forudsætter imidlertid, at læger og ledelser er villige til at arbejde

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 32

mere fleksibelt med faggrupper uden for egen matrikel. Det er ikke givet, at opgavesamling og centralisering vil åbne op for det.

Kommissionens rationale om et enstrengt myndighedsansvar

Kommissionen beskriver en række udfordringer for sundhedsvæsenet, konkret manglende på sammenhæng, ubalance mellem det specialiserede sygehusvæsen, nære almene tilbud og geografisk ulighed i sundhed.

I sin analyse fremsætter kommissionen en præmis om, at den nuværende opgave- og ansvarsfordeling (fordelingen af opgaver mellem forskellige myndigheder) er den primære forklaring på udfordringerne:

"Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling er medvirkende til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, manglende investeringer i de almene sundhedstilbud og udfordringer med faglig bæredygtighed i dele af kommunernes opgaveløsning."

KL er enig i, at opgave- og ansvarsfordelingen er en væsentlig årsag til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, men det er næppe den eneste. Her spiller fx manglende national prioritering af det nære sundhedsvæsen, digital infrastruktur, fagkulturer og uklare forpligtelser også en rolle. Det er således ikke den nuværende fordeling af ansvar og opgaver i sig selv, der fører til manglende investeringer i de almene sundhedstilbud – som også argumenteret ovenfor.

Vi finder det derfor også bekymrende, at kommissionens analyse fører til et overdrevent fokus på samling af opgaver og ansvar som svaret på udfordringerne. For så vidt angår manglende investeringer i de almene tilbud, har fraværet af politisk opmærksomhed, prioritering og investeringer større forklaringskraft end fordelingen af opgaver og ansvar. Og det kan løses uden at ommøblere hele sundhedsvæsenet.

Kommissionen anbefaler med afsæt i ovenstående, tre bud på nye strukturer for sundhedsvæsenet (forvaltningsmodeller). For to af de tre modeller konkret, at sundheds- og ældreområdet forankres i 8-10 sundheds- og omsorgsregioner (som er hhv. politisk eller administrativt ledet). Rationalet er, at et samlet centraliseret myndighedsansvar i 8-10 nye enheder vil sikre både bedre sammenhæng i patientforløb og, at indsatsen forankres dér, hvor den løses bedst og billigst. Denne teoretiske antagelse er imidlertid ikke empirisk underbygget, og erfaringerne gennem de seneste 15-20 år peger da også i en anden retning.

KL bemærker *for det første*, at kommissionens rationale alene er en antagelse, at *"alt andet lige at jo flere sammenhængende opgaver en myndighed har ansvaret for, desto bedre forudsætninger er der i princippet for at afstemme og koordinere indsatser....."*

KL undrer sig over, at kommissionen, på trods af, at den konstaterer, at regionerne hidtil ikke har formået at sikre sammenhæng for patienter med multisygdom eller understøtte sammenhæng mellem somatik og psykiatri (side 175) alligevel fastholder, at et samlet regionalt myndighedsansvar er løsningen på snitfladeproblemer i sundhedsvæsenet.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 32

Dette skal også ses i lyset af, at det kun er en lille andel af de 2,8 mio. danskere, der hvert år er i kontakt med sygehusvæsenet, der oplever manglende sammenhæng. De er ofte ældre (+80 år), har mange kontakter på tværs af sektorer og har behov for en mere håndholdt indsats for at sikre et sammenhængende og velkoordineret behandlingsforløb.

Afhængig af, hvordan man opgør denne gruppe, udgør den mellem 1,8 pct. (kommunale indsatser og mindst fem kontakter i hospitals- og praksissektoren i løbet af et år) og helt ned til 0,6 pct. (mere end 10 kontakter i begge sektorer pr. år.) af hospitalspatienterne om året. Det svarer til hhv. 68.000- eller 18.000 borgere årligt, hvis vi afgrænser gruppen til gruppen af +80-årige. Det er svært at forestille sig, at sammenhæng for denne lille gruppe af meget skrøbelige borgere – uagtet at regionerne får et samlet ansvar for sundhed – nogensinde skulle blive en kerneopgave for sygehusene – simpelthen fordi de udgør så lille en andel af de mere end 2,8 mio. danskere, som sygehusene så i 2022.

Set fra et kommunalt perspektiv fylder de meget skrøbelige borgere derimod meget. Blandt dem med kommunal kontakt har to ud af fem mindst fem kontakter til både hospitals- og praksissektoren og knap hver femte har mindst 10 kontakter til hospitals- og praksissektoren. Spørgsmålet er, om det nære (kommunale) perspektiv vil få lov at dominere, i fald myndighedsansvaret forankres centralt og med ophæng i en regional sygehustænkning. Herudover undrer KL sig over, at kommissionen i gennemgangen af sammenhængsproblematikker i kapitel fire i overvejende grad beskriver forløb inden for én sektor. Det vil en centralisering i sig selv ikke løse.

Der findes i dag data og viden om kontaktmønstre, kommunal aktivitet mv., baseret på strukturerede og standardiserede data, som kommunerne indberetter til Sundhedsdatastyrelsen, men hvor brug af data *ikke* har fundet vej til kommissionens rapport. Der er således ikke medtaget betragtninger om eller analyser af, hvordan kommuner arbejder systematisk med at forebygge plejebehov, eller hvordan sygehuse og almen praksis systematisk kan understøtte et sådant mål, uagtet at "plejebehov" reelt er den største omkostningsdriver for sundhedsvæsenet samlet set i kommende år, som kommissionen også beskriver.

KL bemærker *for det andet*, at kapaciteten i almen praksis i en årrække ikke har matchet efterspørgslen efter almen medicinske ydelser. Uagtet, at ydelser fra almen praktiserende læge er billigere end forløb på sygehus og formentlig også mere skånsomt for særligt skrøbelige ældre borgere. Heller ikke hér viser erfaringen, at et samlet regionalt myndighedsansvar løser sundhedsvæsenets udfordringer. KL er derfor også kritisk over for, om 8-10 sundheds- og omsorgsregioner kan sikre bedre sammenhæng og sikre, at indsatsen forankres dér, hvor den løses bedst og billigst, når de fem nuværende regioner hidtil ikke har formået et gøre det.

KL undrer sig *for det tredje* over, hvordan 8-10 sundheds- og omsorgsregioner skal kunne løfte specialiserede sygehusopgaver samtidig med, at de drifter nære sundhedstilbud, når de både er for små til at løfte en række af de mest specialiserede sygehusopgaver og for store til at tage hånd om indsatser i nærmiljøet. Dette gælder også ældreplejen, der jf. ældreaftalen skal baseres på værdierne selvbestemmelse, tillid og lokal forankring.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 32

Kommissionen peger herudover selv på, at flere regioner vil betyde lavere selvforsyningsgrad, hvormed flere borgere skal behandles i en anden region, end hvor de bor. KL frygter, at konsekvenserne særligt vil mærkes for patienter med behov for specialiseret behandling i en anden region og for udviklingen af indsatser, der forudsætter kendskab til nære tilbud herunder kobling til civilsamfund fx ift. sundhedsfremme, mestring og rehabilitering. Det vil særligt gå ud over ældre skrøbelige borgere.

KL noterer sig i den forbindelse, at de foreløbige finske erfaringer med at samle ansvaret for sundhed hos en myndighed, som kommissionen i øvrigt selv påpeger i rapporten, indikerer, at de nye velfærdsserviceregioner kan være for små i forhold til at have kritisk masse og robusthed til specialiserede indsatser.

Centralisering udhuler den demokratiske legitimitet

Kommissionens anbefalinger vil svække den demokratiske legitimitet markant. Model 1 vil forringe den demokratiske forankring af ældreområdet ganske markant, hvis man går fra 98 til 8-10 enheder. I model 2 vil man fjerne i størrelsesordenen 200 mio. kr. fra det lokale/regionale demokratiske kontrol. Det vil være så markant, at det reelt vil markere en overgang til en ny samfundsmodel, hvor velfærden ikke længere er underlagt det lokale demokrati.

Uagtet de udfordringer, demografien vil stille os over for i de kommende år, står vi med en succesfuld sundheds- og ældrepleje i Danmark, som er resultatet af lokale, politiske beslutninger tæt på borgerne. Det bør vi ikke sætte over styr ved at centralisere en lang række opgaver, hvis styrke netop er den nære forankring.

Centralisering svækker samspillet med civilsamfundet

Både i det nære sundhedsvæsen og i ældreplejen spiller civilsamfundet en stor rolle i form af fx pårørende, naboer, civilsamfundsforeninger, boligforeninger og selvorganiserede fællesskaber. Det solide samspil mellem kommuner og civilsamfundsaktører er et centralt element i vores velfærdsmodel. Den centralisering, der i varierende grad lægges op til med de tre forvaltningsmodeller, vil mindske pladsen til det lokale liv, og det vil stække samspillet mellem civilsamfundets mange aktører og det offentlige system.

Bemærkninger til Kommissionens tværgående anbefalinger og forslag

KL bakker grundlæggende op om kommissionens forslag til tværgående anbefalinger og forslag. Gennemførelse af de tværgående anbefalinger vil i sig selv bringe os et godt stykke i forhold til at imødegå de udfordringer, vi står over for.

KL har en række konkrete bemærkninger til hver af de fem anbefalinger.

Almen Praksis

Strukturkommissionen har fremsat 9 anbefalinger til udviklingen af almen praksis. KL er grundlæggende enig i anbefalingerne, men ser det som en betydelig udfordring ift., at almen praksis virke sker med udgangspunkt i sygehusenes behov. Sundhedsstrukturkommissionen overser behovet for at knytte almen praksis tættere på kommunerne.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 32

Kommissionen lægger vægt på, at ansvaret for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud fortsat placeres hos den myndighed, som også har ansvaret for at tilvejebringe sygehusydelse. Årsagerne til denne vurdering er ifølge kommissionen:

- Faglig bæredygtighed i ledelses- og kontrolfunktionerne forudsætter en vis størrelse
- Myndigheden med ansvar for sygehusindsatserne skal også have ansvaret for det almenmedicinske tilbud, som er gatekeeperfunktion for det sekundære sundhedsvæsen
- Der er behov for opmærksomhed på og prioritering af det almenmedicinske tilbud i det sekundære sundhedsvæsen, bl.a. sygehusenes forpligtelse til at understøtte det almenmedicinske tilbud
- Opgaveomstilling og sammenhængende patientforløb understøttes af, at ansvaret er placeret hos samme myndighed, da en udbygning af det almenmedicinske tilbud forudsætter en modsvarende tilpasning af opgavevaretagelsen og kapaciteten på sygehusområdet.

KL er enige i, at almen praksis skal styrkes. Ikke primært med det formål at aflaste sygehusene, men for at give alle borgere et nært tilbud med adgang til almen medicinsk hjælp. Og sikre kommunens medarbejdere adgang til fleksibel rådgivning ved behov.

KL bemærker, at regionerne netop ikke er lykkedes med at skabe hverken faglig bæredygtighed, forpligtende og systematiske tværsektorielle samarbejder eller omstilling mod et mere stærkt og nært sundhedsvæsen hos almen praksis. Som vi ser det, bliver det aldrig sygehusejernes første prioritet at drive de almene tilbud, endsige understøtte, at der lokalt er et velfungerende samarbejde med bl.a. ældreplejen, hvorfor området også har været nedprioriteret i mange år. Fx er antallet af hospitalslæger steget med 43 procent på 15 år, hvilket svarer til mere end 5.000 ekstra læger, mens der i samme periode blot er kommet 42 ekstra alment praktiserende læger.

KL og PLO ønsker at forhandle overenskomsten for almen praksis netop fordi kommuner og almen praksis har en fælles interesse i at sikre et godt almenmedicinsk tilbud til de skrøbelige ældre, de sårbare børn og voksne og borgere med kronisk sygdom, som primært efterspørger et nærværende og let tilgængeligt tilbud.

Ny organisering af digitalisering og data

KL er overordnet enig i, at der har været begrænset eksekveringskraft og for lav hastighed for udvikling og implementering af digitaliserings- og datainitiativer på sundhedsområdet. Vi mangler en klar og gensidigt forpligtende retning, hvor kommuner, almen praksis og sygehuse går i takt.

KL hilser derfor ønsket om én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data og en stærkere national planlægningskompetence velkommen. Der er behov for at alle parter i sundhedsvæsenet forpligtiger sig til at indføre prioriterede tværgående løsninger for at styrke omstillingen og tilbyde ensartede tilbud over hele landet.

Kommissionen foreslår *"En konsolideret og fælles arkitektur kan rammesætte digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet og understøtte sammenhængende løsninger og udvikling"*. Det er en fornuftig ambition, som

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 7 af 32

både kan øge hastigheden i it-udvikling og sammenhæng på tværs af sundheds-it-landskabet. På det kommunale område har vi gode erfaringer med udviklingen af en fælleskommunal rammearkitektur og KL bidrager gerne med erfaringerne i det videre arbejde.

Vi bakker ligeledes op om kommissionens anbefalinger om at bringe data fra sundhedsvæsenets aktører mere i spil. Der er behov for deling af relevante data i den primære patientkontakt. Ligesom data skal understøtte et lærende sundhedsvæsen og udforske potentialer ved kunstig intelligens. Data skal være validt og tidstro, så det kan understøtte kvalitetsudviklingen på de enkelte områder, og bidrage med viden om best practice og effekt.

Det bemærkes, at der ligger et stort og nødvendigt driftsnært arbejde i standardiseringen af data, for at opnå klassificerede ensartede begreber, som kan deles på tværs, og bringes i anvendelse. Herudover bemærkes, at det vil være af stor værdi med øget national fokus og juridisk bistand til fx GDPR, MDR-forordning og anvendelse af data til kunstig intelligens.

Kommissionen foreslår en fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data "Digital Sundhed Danmark". Her samles opgaver og ressourcer, der handler om udvikling og drift af fælles, nationale løsninger, som i dag er spredt på flere aktører. KL bakker op om at samle nationale tværgående løsninger ét sted. Der udestår imidlertid, efter KL's opfattelse, en drøftelse af balancerne mellem værdien af at centralisere it-drift på den ene side og behovet for at have it-udvikling tæt på den faglige praksis, som ud fra KL's erfaring ofte giver et mere innovativt resultat.

Eksempelvis rummer de kommunale EOJ-løsninger både service- og sundhedslovsydelselser, hvilket vil betyde, at alle 98 kommuner fortsat vil have behov for at have et separat EOJ-system til understøttelse af opgaver på socialområdet. Her bliver det afgørende at få lagt et hensigtsmæssigt snit og sikre sammenhæng til den fælleskommunale it-infrastruktur, som driftes via KOMBIT.

Anbefalingen om, at Digital Sundhed Danmark får ansvar for at understøtte det samlede primære sundhedsvæsen, kalder på etablering af en potentielt meget stor it-aktør. Her bliver det afgørende at en tæt kobling mellem digital udvikling og faglig praksis/forretning vægtes tilstrækkeligt. På den baggrund støttes der op om kommissionens forslag om, at der foretages yderligere analyse på udvalgte emner, inden det fastlægges, hvilket ansvar og hvilken organisering der lægges i en ny organisation.

KL hilser generelt det høje ambitionsniveau for data og digitalisering velkomment. Der er ingen tvivl om, at det kræver investeringer og løbende driftsfinansiering til implementering af højne viden, kvalitet og eksekveringshastighed på området. Der er ligeledes gode argumenter for, at finansieringen målrettes mere, som kommissionen foreslår. KL bemærker dog den overordnede præmis for kommissionens arbejde om omkostningsneutralitet, og stiller sig kritisk i forhold til, at man kan komme i mål med en ny organisering på området for data og digitalisering med allerede afsatte midler.

National sundhedsplan - tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 32

Kommissionen foreslår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en national sundhedsplan, med det formål at sætte en strategisk retning for udviklingen i sundhedsvæsenet. Planen skal sikre fordeling af ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet – både i form af finansiering og kompetencer på tværs af landet. Ligeledes skal planen sikre, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter bruges på de nære sundhedstilbud.

I udgangspunktet er KL positive overfor en national sundhedsplan, der styrker det nære sundhedsvæsen. Sundhedsplanen skal rumme økonomi, lægeressourcer, forskning, uddannelse, kvalitetsstandarder, styringsredskaber mv. Det er forslag som alle giver mening, men som samtidig kan medføre, at planen bliver vag ift. at sikre en prioritering af ressourcer til det primære sundhedsvæsen pga. bredden.

Samtidig fremgår det tydeligt, at behovet for en national sundhedsplan særligt er affødt af behovet for at sikre et fokus på det nære – i særdeleshed ældreområdet – i forvaltningsmodel 1 og 2. Hvilket understreger, at omstilling og udvikling ikke kommer af sig selv blot der er fælles myndighedsansvar men alene en teoretisk betragtning.

KL har en række konkrete bemærkninger til afsnittet:

Den nationale plan skal være rammen for lokale planer ift. egentlig udmøntning af den strategiske retning - Sundhedsstyrelsen skal rådgive og godkende de lokale planer.

Først og fremmest er det uklart, hvordan en national sundhedsplan skal spille sammen med de løbende politiske prioriteringer i kommuner, regioner og stat. Det kan være et betydeligt indgreb i både ledelsesretten hos de enkelte myndigheder og i mulighederne for lokal prioritering.

Samtidig forudsættes det, at en national sundhedsplan ikke må medføre øget administration, hvilket alene i lyset af ovenstående er svært at se. Ligesom det ikke kan forventes at fx kvalitetsplaner vil føre til mindre administration.

Planen skal sikre en gradvis tilpasning af resourcefordelingen ved at demografimidlerne på det regionale område målrettes det primære sundhedsvæsen. Det vil samtidig sikre en reduceret vækst på sygehusene. KL er helt enige i denne prioritering af ressourcer til det primære sundhedsvæsen. Vi er samtidig uforstående overfor, hvorfor denne prioritering alene kan ske indenfor samme myndighed.

En prioritering og udbygning af det nære sundhedsvæsen bør ske i tæt sammenhæng til de øvrige velfærdstilbud i kommunerne, hvis vi for alvor skal sikre et nært sundhedsvæsen, der både forebygger sygdom og aflaster sygehusene. Det vil derfor være afgørende at kommunerne som repræsentanter for det nære sundhedsvæsen på lige fod med regionerne kan indgå aftaler om udviklingen herunder prioritering af midler til det nære.

Samtidig kan det undre, at Sundhedsstyrelsen anslår, at 20 pct. eller mere af den nuværende sygehusaktivitet er unødvendig, uden at der sættes tydeligt fokus på at undgå dette på sygehusene i kommissionens overvejelser. Der

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 32

vil være tale om en betydelige frigørelse af ressourcer, hvis dette blev imødegået. Derfor kan det også undre at kommissionen ikke har haft tydeligere overvejelser over de enkelte hospitalers ledelser og deres rolle ift. at sikre en omstilling, både internt og ift. det primære sundhedsvæsen, da det er her den daglige drift sker.

Det forudsættes at sygehusene påtager sig en stærkere rolle med at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen – fx ved at sikre adgang til specialister og kompetencer. KL bakker op om dette synspunkt.

KL er ligeledes enige i behovet for at tilpasse fordelingen af læger geografisk således, at der er flest læger der, hvor behovet er størst.

Udarbejdelsen af tværsektorielle kvalitetsstandarder giver god mening, herunder særligt at fokusere dem på områder, hvor der er særligt potentiale for en omstilling. Se yderligere bemærkninger i afsnit om kvalitet og forskning

Sundhedshuse fremhæves også som centrale elementer i opbygningen af et relevant og nært sundhedstilbud. KL bakker op, om at kommunale sundhedshuse på tværs af landet bidrager positivt til sundheden i lokalsamfundet. Kommunerne har opbygget sundhedshuse ud fra lokale ønsker og behov, hvor borgerne møder kommunens sundhedstilbud sammen med fx sundhedstilbud fra regionen og primærsektoren. Herudover er der i de fleste sundhedshuse tilbud fra civilsamfundet, som kan understøtte borgerens vej til egen mestring af sundhedsmæssige eller sociale udfordringer.

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Det er positivt, at kommissionen har fokus på en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Her er det dog centralt, at man i det videre arbejde holder sig den igangværende 10-årsplan for psykiatri for øje og tæt følger de spor, der bliver lagt her.

KL noterer sig, at kommissionen med alle tre modeller anbefaler at fastholde socialpsykiatrien i kommunerne. Det er KL enig i er den rigtige løsning, uanset fremtidig model for sundhedsvæsenet. En meget stor del af de borgere, der benytter socialpsykiatrien, har kontakter ind i kommunens øvrige velfærdsområde, særligt beskæftigelse, rusmiddelbehandling, familieområdet og hjemmeplejen/sundhedsområdet. Dertil kommer, at socialpsykiatrien er en integreret del af det samlede handicap- og socialområde i kommunerne, og det ville fagligt set ikke kunne udskilles på en hensigtsmæssig måde. KL bemærker desuden, at der i opgørelsen af botilbud ikke er medregnet botilbudslignende tilbud (ABL § 105 med SEL § 85), som knap 15.000 borgere modtager (s. 311-313).

I model 1 og 2 vil et scenarie, hvor ældreområdet flyttes fra kommunerne, medføre, at borgere med psykiske lidelser vil opleve at få flere snitflader, end de allerede har i dag. Det gælder fx borgere under 67 år, som er visiteret til støtte fra den kommunale hjemmepleje samt borgere, der modtager kommunale sundhedsydelser. Dette vil være u hensigtsmæssigt.

Kommissionen opstiller tre konkrete forslag vedr. psykiatrien:
Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 10 af 32

KL bakker umiddelbart op om dette forslag, da det – hvis integrationen reelt lykkes – kan medføre færre snitfladeproblematikker for borgere/patienter med psykiske lidelser og samtidig somatisk sygdom og potentielt føre til tidligere opsporing af såvel somatisk som psykiatrisk sygdom.

Styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser

Fasttilknyttede læger på botilbud giver god mening fagligt set, men erfaringen er, at det kan være vanskeligt at rekruttere læger til opgaven. Man har i overenskomsten med PLO for 2022 indført Sundhestjek for alle borgere på botilbud. Der bør findes en model for fasttilknyttede læger på botilbud, som sikrer såvel rekruttering af læger som sammenhæng ift. aftalen om helbredsstjek.

Der er ikke erfaringer for, at en tovholderfunktion for beboere er den rette og mest bæredygtige løsning ift. at sikre bedre sammenhæng for målgruppen. Det er derfor tvivlsomt, om det er en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Hvad angår forslaget om nationale kvalitetsstandarder med forpligtigende krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien, mener KL ikke at dette er udgiftsneutral. Det må forventes at øge opgavemængden i socialpsykiatrien, og hvis intentionen er opgaveflytning, at forudsætte et kompetenceløft af medarbejderne til de nye opgaver. Der bør desuden være opmærksomhed på snitflader til andre opgaver og faggrupper end de sundhedsfaglige, herunder at der sikres sammenhæng til anbefalinger og krav til opgaveløsningen i socialpsykiatrien på Social-, Bolig- og Ældreministeriets ressort.

KL bakker op om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet. Dog skal der være opmærksomhed på at der allerede findes flere af disse, herunder i klyngesamarbejdet og i lokale sundhedsaftaleregioner.

Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

KL bakker op om en styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien, som et supplement til den øvrige behandling. Der bør gennemføres et grundigt fagligt forarbejde for at sikre at de rette løsninger bruges samt at det er de rigtige målgrupper, der tilbydes digitale løsninger.

Praktiserende speciallæger

Praktiserende speciallæger er efter de alment praktiserende læger den ressourcemæssigt største aktør på praksisområdet. Kommissionen anbefaler, at de praktiserende speciallæger kan bidrage til en omkostningseffektiv brug af de samlede speciallægefaglige ressourcer. Det kræver, at de organisatoriske- og styringsmæssige rammer tilpasses for at understøtte en mere effektiv brug. Sundhedsstyrelsen vurderer, at speciallægepraksis effektivt kan varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb for en række målgrupper: opfølgning og kontrol af kroniske lidelser, ikke-akutte børnesygdomme, angst og depression og udredning af medicinske og kirurgiske mavetarmsygdomme.

KL er enige i ambitionen om, at den speciallægefaglige kapacitet bør bringes mere effektivt i anvendelse i fremtidens sundhedsvæsen. På nuværende

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482

Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk

Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 11 af 32

tidspunkt er antallet af speciallæger meget ulige fordelt, endnu mere end almen praksis, hvorfor man må forvente, at indfrielse af denne ambition vil have et langt sigte.

Kommissionens overvejelser om opgavesamling

KL noterer sig, at kommissionen er blevet bedt om at vurdere, inden for hvilke områder og målgrupper, der er særligt potentiale for forbedringer i samspillet på tværs af sektorer og øget omstilling. KL undrer sig dog over, at kommissionen alene har vurderet potentialet ved at flytte opgaver fra kommuner til regioner. Det var oplagt at se systematisk på muligheder for omstille opgaveløsning, så mere kan klares i det nære.

KL bemærker, at kommissionens argument for opgavesamling er at understøtte sammenhæng og styrke omstillingskraften. KL bemærker også, at kommissionen bl.a. fremhæver opgavesamling som en væsentlig årsag til, at der på sygehus og i praksissektoren, som begge er underlagt regional ledelse, er sket en løbende tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper. KL undrer sig med det rationale in mente over, hvorfor almen praksis og lægevagt ikke er blevet udbygget og moderniseret til at matche patienternes behov for almen medicinske ydelser. Særligt set i lyset af, at det regionale akutsystem er under voldsomt pres netop pga. manglen på almen medicinske kompetencer uden for sygehusene. Udviklingen i personalesammensætningen er således gået i den stik modsatte retning. En stigning i antallet af sygehusansatte læger og en markant reduktion af fx social- og sundhedsassistenter på sygehusene. Og en stagnation i praktiserende læger.

KL noterer sig, at kommissionen fremhæver, at meget store organisatoriske enheder, som 8-10 sundheds- og omsorgsregioner vil være, hvis hele eller størstedelen af de kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet flyttes til regionerne, kan give stordriftsulempen og udfordringer med den nødvendige ledelsesmæssige nærhed til opgaveløsningen. KL så gerne, at kommissionen i højere grad anerkender det som en reel og endog meget sandsynlig konsekvens, hvis det kommunale sundheds- og ældreområde samles i 8-10 sundheds- og omsorgsregioner som i model 1 og 2.

KL noterer sig også, at to ud af tre modeller for opgavesamling resulterer i at kommunernes økonomi reduceres med mellem 31-67 mia. kr.. En opgaveflytning af den størrelsesorden vil reducere det kommunale prioriteringsrum betragteligt og gøre kommunerne mindre robuste i forhold til at håndtere opgaveskred på tilgrænsende områder, fx det specialiserede socialområde. Konsekvensen vil i praksis være en kommunalreform ad bagdøren.

KL er herudover stærkt bekymret for de markante omkostninger, der vil være forbundet med massive opgaveomlægninger mellem myndigheder. Det gælder de økonomiske udgifter såvel som det betydelige effektivitetstab en så markant omlægning vil medføre.

KL har en række konkrete bemærkninger til de indsatser, kommissionen foreslår at flytte fra kommunerne til sundheds- og omsorgsregionerne.

Det kommunale genoptræningsområde

Almen genoptræning: Basal og avanceret genoptræning

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 12 af 32

I Sundhedsstrukturkommissionens model 1 og 2, foreslås det, at hele genoptræningsområdet centraliseres i regionerne. KL stiller sig uforstående overfor denne anbefaling, da Sundhedsstyrelsens baggrundsnotat til kommissionens arbejde netop påpeger, at *"hovedparten af opgaverne i det primære sundhedsvæsen har almen karakter, hvor det er hensigtsmæssigt at tilstræbe let tilgængelighed"* (Sundhedsstyrelsens notat om faglig bæredygtighed s. 14).

I kommunerne håndteres ca. 200.000 almene genoptræningsplaner årligt, og i den nuværende organisering af genoptræningsområdet, er tilbuddet netop nært og lettilgængeligt for borgerne i deres hverdag.

Det bemærkes, at en primær begrundelse for, at kommunerne i forbindelse med strukturreformen i 2007 overtog ansvaret for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus var, at disse sundhedsopgaver varetages mest hensigtsmæssigt i borgerens nærmiljø og i tæt sammenhæng med andre områder, som fx social- og beskæftigelsesindsatsen. Desuden var der en erkendelse af, at opgaven ikke tidligere havde været prioriteret i de daværende amter.

Det understreger KL's pointe om, at almene sundhedstilbud aldrig vil blive en kerneopgave på de specialiserede sygehuse. KL finder, at den sammenhæng, som var en af begrundelserne for reformen i 2007, kun er blevet endnu mere væsentlig også set i lyset af, at sygehusene siden reformen kun er blevet endnu mere specialiserede.

Genoptræningen bør foregå så tæt på borgerens nærmiljø som muligt og koblet til de andre indsats, som er relevante eksempelvis beskæftigelsesområdet.

Fx er hjerneskadeområdet kendetegnet ved en tæt kobling til andre lovgivninger som lov om social service, lov om aktiv beskæftigelse og lov om specialundervisning for voksne og indsats som neuropsykologisk indsats, synstræning, jobtræning mv. De enkelte kommuner har på hjerneskadeområdet alle enten Hjerneskadekoordinatorer eller koordinerende teams for netop at sikre denne vigtige sammenhæng for borgeren. For mange borgere er det vigtigt med nærhed til indsatserne. En centralisering kan derfor føre til mere ulighed i sundhed.

Genoptræningsområdet har været i en positiv udvikling siden flytning af området til kommunerne. Kommissionens forslag om at centralisere området, risikerer at underminere de faglige miljøer, der lokalt er opbygget om netop genoptræning og ikke mindst den helt nødvendige kobling til andre kommunale velfærdsområder

Hertil kommer, at kommunerne løbende har investeret i teknologi og digitale løsninger for at sikre en omstilling af indsatsen, som understøtter egen mestring. Det er netop en sådan omstilling, der er behov for, hvis sundhedsvæsenet i fremtiden skal kunne imødegå den demografiske udfordring. KL's forvaltningsundersøgelse fra 2023 viste, at 70 pct. af kommunerne har enten digital genoptræning i drift eller under implementering på området for genoptræning efter sygehusophold (SUL § 140). Med den politiske aftale om "Mere behandling hjemme" fra december 2023 er alle 98 kommuner forpligtet på digital genoptræning, skærmbesøg mv.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 13 af 32

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 14 af 32

Specialiseret rehabilitering og øvrige specialiserede opgaver

Det fremgår af kommissionens rapport, at Sundhedsstyrelsen vurderer, at der på en række områder vil være behov for samling og specialisering for at opbygge ensartede tilbud af høj kvalitet. Det gælder bl.a. genoptræning efter benamputation, genoptræning af mindre grupper af kræftpatienter, børn og unge der har været gennem svær sygdom og mennesker med psykiske traumer eller progredierende sygdom som sklerose og ALS.

Forpligtende tværkommunale samarbejder

Når volumen, specialisering og særlige kompetencer er afgørende ser KL forpligtende tværkommunale samarbejder som god løsningsmodel.

KL skal også gøre opmærksom på, at det er en meget lille gruppe (ca. 600), som udskrives med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering. Her kan kommunerne henvise til højt specialiserede tilbud hos private aktører (et overblik over godkendte private leverandører kan findes på www.mingenoptraening.dk) eller til andre kommuners tilbud, hvis ikke de har den tilstrækkelige volumen eller kompetencer i egen organisation.

KL mener, at det vil få konsekvenser for sammenhængen i borgerens forløb, lighed i sundhed, kvaliteten på området og nærhed, hvis man vælger at samle specialiseret rehabilitering med den del af genoptræningen, som foregår i sygehusregi. KL støtter ikke en centralisering, men finder, at potentialet for borgeren er større ved fortsat at sikre den tætte sammenhæng der er til de til grænsende områder, som fx social- og beskæftigelsesområderne.

Specifikt ift. sklerose foregår genoptræning typisk hos privatpraktiserende fysioterapeuter i ordningen for vederlagsfri fysioterapi og meget sjældent i kommunale tilbud. I den nyeste overenskomstaftale for vederlagsfri fysioterapi aftalte vi strukturerede forløb for udvalgte diagnoser herunder sklerose, for netop at øge sammenhæng, lighed og kvalitet for denne patientgruppe. Ligesom Sklerosehospitalet spiller en stor rolle på området.

Strukturkommissionen nævner som et alternativ til en egentlig opgavesamling, at man kan overveje at indføre krav om tværkommunalt samarbejde i kombination med kvalitetsstandarder. Dette støtter KL op om jf. oven for og vurderer, at det vil styrke kvaliteten og samarbejdet, at kommunerne får kvalitetsstandarder, de kan tage afsæt i.

Patientrettet forebyggelse

KL har grundlæggende svært ved at se det faglige argument for at forankre ansvaret for den patientrettede forebyggelse i regionalt regi.

Det skyldes for det første, at den patientrettede forebyggelse har et stærkt ophæng til civilsamfund og de øvrige kommunale velfærdsopgaver, fx på social- og beskæftigelsesområdet. Hvis ansvaret forankres regionalt, er der mulighed for, at den vertikale sammenhæng til sygehusbehandling styrkes, men samtidig fjernes den brede kobling til socialområdet og beskæftigelse og potentielt også til foreninger og øvrigt civilsamfund, som kommunerne har stor kontakt og samarbejde med. Mange af de borgere der lider af kronisk sygdom, er heldigvis stadig en aktiv del af arbejdsstyrken, men har på grund af deres sygdom i perioder brug for tæt og koordineret kontakt med andre

forvaltningsområder i kommunen. Derfor åbner Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kronisk sygdom også op for, at kommunale forvaltninger kan henvise relevante borgere direkte til en afklarende samtale.

I Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kronisk sygdom er et kravene herudover, at der *"aktivt støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats"*. Udvikling af brobygningsarbejdet mellem det kommunale forebyggelsestilbud og de lokale civilsamfundsorganisationer er noget kommunerne har prioriteret højt gennem de seneste år. Dette tætte samarbejde har skabt mulighed for gode overgange fra kommunalt tilbud til en aktiv hverdag. Både for de borgere, der har ressourcerne til selv at indgå i foreningslivet – og for de mere sårbare borgere, for hvem overgange fra tilbud til foreningsliv kan være en udfordring og som derfor skal understøttes af forskelligefølgeordninger og mentorforløb.

For det andet ved vi, at nærhed til tilbuddene betyder bedre tilslutning særligt blandt udsatte borgere, hvor afstand betyder noget. Nærhed til indsatsen vil godt kunne fastholdes i regionalt regi. Bekymringen er imidlertid, at forankring af ansvaret for nære tilbud i så store og komplekse organisationer, som sundheds- og omsorgsregioner vil blive, kan lede til centralisering ikke mindst på ledelsesniveau, hvad kommissionen også nævner.

Herudover arbejder kommunerne i stort omfang med generiske indsatser, der ikke er målrettet den enkelte diagnose. Det betyder i praksis, at kommunerne langt hen af vejen kan oppebære volumen i indsatsen. For helt særlige målgrupper kan der evt. være behov for forpligtende mellemkommunale samarbejder.

KL er ikke enig i kommissionens formodning om, at forankring af ansvaret for den patientrettede forebyggelse i regionalt regi vil lede til en bedre ressourceudnyttelse. Her mener KL, at kommissionen ikke tager højde for snitfladen mellem de patient- og borgerrettede indsatser, hvor der er stort sammenfald i medarbejdere, der løfter opgaverne. I praksis vil en opgaveflytning betyde, at der skal opbygges parallelle tilbud. I en situation med rekrutteringsudfordringer er en uhensigtsmæssig anvendelse af de tilgængelige ressourcer. For at understøtte en omstilling til træning før/i stedet for operation kunne man i stedet give regionerne mulighed for at finansiere en udbygning af de kommunale træningstilbud fx til knæpatienter.

Akutsygepleje

KL noterer sig, at akutsygeplejen foreslås flyttet i alle tre forslag til opgavesamling. I forhold til stor og mellem opgavesamling skal KL fastholde den generelle bekymring for, at så høj grad af centralisering risikerer at flytte fokus fra nære almene tilbud.

I forhold til kommissionens forslag om en mindre opgavesamling, hvor akutfunktionen overgår til regionerne, har KL svært ved at se de faglige argumenter. Kommissionen fremhæver selv hensynet til faglig bæredygtighed i den præhospital indsats og de almenmedicinske tilbud.

KL skal for det første fremhæve, at intentionen med de kommunale akutfunktioner er at understøtte indsatsen over for borgere med kompleks og omskiftelig sygdom – typisk skrøbelige ældre medicinske patienter. Det

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 15 af 32

handler dels om at robustgøre samarbejdet med sygehus og almen praksis om de mest komplekse forløb; dels om at understøtte samarbejdet med den øvrige kommunale sygepleje/hjemmepleje. Hvis funktionen flyttes til regionen og i praksis primært fungerer som lægens/den præhospitale enheds "forlængede arm" vil funktionen formentlig blive reduceret til en art prædiagnostisk enhed, som alene skal understøtte samarbejdspartnere, fx ved at foretage en indledende vurdering af borgere i eget hjem for almen praksis. Det er ikke hensigten med de kommunale akutfunktioner.

For det andet vil den resterende kommunale sygepleje miste adgang til en vital samarbejdspartner i den daglige drift. Det vil givet påvirke den faglige indsats i sygeplejen betydeligt og påvirke den faglige bæredygtighed og robusthed i kommunerne, herudover muligheden for at varetage øvrige sundhedsopgaver. Akutsygeplejen er i dag væsentlig for udviklingen i den øvrige kommunale sygepleje. Herudover vil flytning ikke fjerne en snitflade, men blot parallelforskyde den ned i den øvrige kommunale sygepleje, men uden den afgørende fleksibilitet, der ligger i akutfunktionen. Det anerkender kommissionen også kan være en u hensigtsmæssig konsekvens.

Endelig er der begrænset kapacitet i de kommunale akutfunktioner. Der er samlet fra nationalt hold blevet afsat ca. 250 mio. kr. årligt. Det vil givet ikke robustgøre almen praksis og den præhospitale indsats, men gøre den kommunale sygepleje mere skrøbelig ifald funktionen flyttes til regionerne.

Kommunal sygepleje

KL noterer sig, at sygeplejen foreslås flyttet i kommissionens forslag til mellem og stor opgavesamling.

KL er bekymret for, at så høj grad af centralisering risikerer at flytte fokus fra nære almene tilbud.

Specifikt i forhold til sygeplejen er KL særligt bekymret for, at sygeplejen målrettes dels hurtig hjemtagning af patienter fra sygehus dels støtte til almen praksis og den præhospitale indsats på bekostning af det tværfaglige samarbejde i ældreplejen om tidlig indsats og rehabilitering. Det vil være u hensigtsmæssigt for den enkelte borger og på sigt udfordre bæredygtigheden i det samlede sundhedsvæsen.

Midlertidige pladser

KL noterer sig, at kommunernes midlertidige pladser foreslås flyttet i kommissionens forslag til mellem og stor opgavesamling. KL skal også hér fastholde den generelle bekymring for, at så høj grad af centralisering risikerer at flytte fokus fra nære almene tilbud.

Kommunernes midlertidige pladser har traditionelt været brugt som venteplads til plejehjem eller aflastning i forhold til en pårørende med demens, men servicerer i dag mange forskellige funktioner med sammenhæng til den øvrige kommunale opgavevaretagelse. Det er bl.a. venteplads til plejehjem, aflastningsplads til demente, rehabiliteringsplads, observationsplads til borgere med behov for sygeplejefaglig observation i en kortere periode og akutpladser til borgere med behov for kompleks sygepleje. De midlertidige pladser er således også i vid udstrækning lokaliseret på kommunale plejehjem.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 16 af 32

Med den stærke konneks til øvrige kommunale opgaver, vil en opgaveflytning af de midlertidige pladser derfor ske på bekostning af den tværfaglige indsats i kommunen ved hjemtagelse til eget hjem, og skabe manglende sammenhæng for borgeren til de resterende kommunale ydelser, som borgerne på midlertidige pladser også modtager. Når data for kommunal opgaveløsning kobles med data for borgers kontakter i det samlede sundhedsvæsen, kan det belyses, at borgere på midlertidige pladser særligt er karakteriseret ved at modtage mange kommunale indsatser.

Ældreområdet – indsatser efter serviceloven

Strukturkommissionen lægger i to af de tre modeller op til, at ældreområdet helt eller delvist samles med sygehussektoren. Det vil sige, at et af de helt centrale kerneområder i den kommunale velfærd flyttes ud af kommunerne.

Det har konsekvenser for såvel den politiske legitimitet som for kommunestyret, som vi kender det, jf. ovenfor. Og den netop aftalte ældrereform lægger netop op til en yderligere styrkelse af medbestemmelse, helhedssyn på borger og samarbejde med lokalsamfundet. Noget netop lokale folkevalgte er garant for.

I model 1 samles ældreområdet med sundhedssektoren under et regionalt enhedssundhedsvæsen. I model 2 samles ældreområdet med sundhedssektoren i én statslig myndighed. Begge modeller kan ifølge kommissionen gennemføres med en stor eller mellemstor opgavesamling, og der foreslås i rapporten forskellige opgavesnit for opgavesamling. Variant A er den samlede model, som omfatter hele det kommunale ældre- og træningsområde, inkl. plejehjem, kommunal sygepleje og patientrettet forebyggelse. I variant B vil indsatser på ældreområdet til personer under folkepensionsalderen fortsat varetages i kommunalt regi. I variant C forbliver praktisk hjælp og madservice i kommunerne, mens variant D indebærer, at kommunerne fortsat har ansvar for praktisk hjælp og madservice samt øvrige indsatser på ældreområdet for personer under folkepensionsalderen. I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvaret for plejehjem og plejeboliger samt de sundheds- og omsorgsopgaver, der ydes ifm. driften af plejehjem og plejeboliger i en model med delt ansvar. I model 3 lægges der op til, at ældreområdet forbliver i kommunerne.

Dette giver anledning til en række bemærkninger:

Personlig pleje og praktisk hjælp

Kommissionen fremhæver i sin rapport, at der er en tæt sammenhæng mellem praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje. Set fra et borgerperspektiv er der tale om ydelser, der leveres som en integreret del under samme besøg og ofte af én medarbejder. Hovedparten af de sygeplejefaglige indsatser, der leveres i borgers eget hjem udføres af medarbejdere i den kommunale hjemmepleje, dvs. social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Et bredt flertal i Folketinget har for nyligt vedtaget en ældrereform. Et bærende hensyn i ældrereformen er, at så få personer som muligt skal komme i borgerens hjem, i faste teams omkring borgeren. Med ønsket om at sikre kontinuert og få, men velkendte ansigter i ældreplejen, kan det undre, at flere af kommissionens opgavesamlinger og forvaltningsmodeller lægger op til

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 17 af 32

nye snitflader, hvor fx ansvaret for praktisk hjælp og madservice bliver i kommunen, mens ansvaret for personlig pleje og sygepleje flyttes til en sundheds- og omsorgsregion.

Det kan også undre, at kommissionen på den ene side fremhæver, at praktisk hjælp ikke har en tæt sammenhæng til indsatser, der foregår på sygehuse og i praksissektoren, men samtidig nævner den forebyggende rolle blandt særligt sårbare ældre, som medarbejdere der leverer praktisk hjælp udfylder. Dermed understreger kommissionen et af KL's hovedbudskaber: det handler ikke kun om medarbejderens uddannelse, det er også opgaven og kendskabet til borgeren, der er afgørende. Medarbejderen der "kun" leverer praktisk hjælp, er et billede på, hvad det nære sundhedsvæsen – og den kommunale ældrepleje – kan, nemlig at understøtte borgeren i eget hjem og sikre et bredt blik på fx ensomhed og begyndende sygdom/funktionstab, som der kan sættes tidligere ind over for.

Adskillelsen af personlig pleje fra praktisk hjælp, som kommissionen foreslår, er grundlæggende i modstrid med helhedspleje som beskrevet i ældrereformen.

Forebyggelse

Ældrereformen fremhæver vigtigheden af forebyggelse, og de forebyggende hjemmebesøg erstattes af en pligt til generel forebyggelse. En stærk forebyggelse tager afsæt i borgerens hverdag, som netop medarbejderne i kommunerne har et helt unikt indblik i. De befinder sig tæt på borgerne – de er en integreret del af borgernes hverdag. Det kommunale arbejde på ældreområdet handler ikke kun om at levere praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje til svækkede eller syge borgere, men også om at skabe og understøtte gode rammer om seniorlivet. Det trækker tråde til andre kommunale forvaltningsområder, herunder byindretning, boligformer, kulturtilbud, idræts- og foreningsliv, civilsamfund og pårørende. Forebyggelse er et afgørende element i at imødegå de udfordringer, vi står overfor på sundheds- og ældreområdet – det skal derfor fastholdes.

En samlet indsats med afsæt i borgers hverdagsliv

Borgerne skal mødes af en samlet indsats – altså en indsats, der *både* omfatter praktisk hjælp og personlig pleje, hvis det er det, borgeren har behov for. Det kan man ikke opnå, hvis man skiller tingene ad, som der lægges op til i model 1, variant D. Det skaber blot en ny snitflade og en ny sammenhæng, der skal skabes for borgerne. Hverdagslivet bør være afsæt for den indsats borgerne modtager. Sygepleje er det yderste led, og hospitalsindlæggelser skal ikke være udgangspunktet for den samlede indsats. Der er tale om borgere og ikke patienter – og der er ikke brug for en patientliggørelse af borgerne.

Plejeboliger

I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvar for plejehjem og plejebolig, mens det øvrige kommunale ældreområde samles under én myndighed. Rationalet for den mellemstore opgavesamling er at plejehjem og plejeboliger bibeholdes som en kommunal opgave for at skabe sammenhæng til kommunernes øvrige opgaver med tilvejebringelse af boli-

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 18 af 32

ger og fysisk planlægning. Opgavesamlingen betyder dermed, at mulighederne for, at plejeboliger og plejehjem integreres som en del af det øvrige lokalsamfund, by- og boligudvikling, bevares.

KL er enig i nødvendigheden af den lokale forankring af plejehjem og plejeboliger, og ser dette som en væsentlig begrundelse for at fastholde området som en kommunal opgave.

Hvis man adskiller ældreområdet, skabes imidlertid en ny sektorovergang for en gruppe af de mest sårbare borgere, der går fra at modtage personlig pleje i eget hjem til at flytte i plejebolig eller plejehjem.

Dette vil udfordre incitamentsstrukturen, da den nye myndighed ikke har incitament til at støtte borgere i at blive længst muligt i eget hjem, men tværtimod har incitament til at flytte borgeren på plejehjem eller i plejebolig. Ligeledes skal der tages højde for, at kommunerne kan have økonomisk incitament til strengere visitationskrav, idet kommunerne først tager del i finansieringsansvaret for borgeren, når borgeren visiteres til en plejebolig. Der er stærkt uhensigtsmæssigt at skabe en ny sektorovergang for en gruppe af borgere, hvor kontinuitet og kendskab til borgerens samlede situation og behov er udgangspunkt for levering af pleje og omsorg af høj kvalitet.

Ældre borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig, er skrøbelige, og derfor er det vigtigt, at deres samlede behov (sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp og træningsindsatser) i størst muligt omfang varetages på plejehjemmet. Udgangspunktet for en ældrepleje af høj kvalitet skal være borgerens behov og hverdag, derfor skal hovedvægten ligge i det nære og derfor er ældreplejen en kommunal kerneopgave. Sammenhængen til den primære sundhedssektor og tilgængeligheden af læge og sygeplejefaglige ydelser i de kommunale tilbud skal udbredes, men ønsker vi at fastholde det nære, så skal et samlet ansvar for ældreplejen ikke centraliseres hos en sundheds- og omsorgsregion eller statslig myndighed.

Hjælpeområdene

Strukturkommissionen vurderer, at hjælpeområdet har en stor betydning for det vertikale kædeansvar og at det er en af de områder, som har størst potentiale ved at blive samlet i samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og praksissektor.

KL er enig med kommissionen i, at lovgivningen på området skaber uklarhed for borgere og dem, der skal administrere lovgivningen. KL har i mange år opfordret til, at lovgivningen tydeliggøres, hvilket der også har været optræk til flere gange. Det er især sondringen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber, som er uklare og skaber stor frustration hos borgere og ansatte. KL er dog ikke enig i, at det vil skabe bedre kvalitet og sammenhæng at samle ansvaret i samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og praksissektoren.

Kommissionen anfører, at hjælpeområdet har en tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektoren, fordi mange hjælpemidler udleveres i forbindelse med sygehusophold, eller skadestue eller ambulatorium besøg. Kommissionen anfører dog også, at hjælpeområdet har store snitflader til handicapområdet i kommunerne.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 19 af 32

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 20 af 32

KL vil gerne påpege, at der for den største del af hjælpemiddelområdet er en tæt kobling til de kommunale velfærdsområder. Der er en stor sammenhæng til boligindretning, hjælpemidler ift. borgernes arbejdsplads, APV-hjælpemidler og ift. borgere i egen bolig, botilbud og plejehjem mv. Nærhed og sammenhæng er derfor af afgørende betydning for, at borgerne får de rette hjælpemidler. Det omfatter også velfærdsteknologiske hjælpemidler, som er et område af afgørende betydning for fremtidens ældrepleje

Kommunerne har i dag velfungerende hjælpemiddeldepoter – evt. i tværkommunale samarbejder eller private leverandører – som i tæt samarbejde med leverandørerne sørger for, at borgerne får de rette hjælpemidler.

Ca. 80 procent af kommunerne har kvikskranker, som udleverer nogle af de mere basale hjælpemidler til borgere og kan rådgive og vejlede borgerne om hjælpemidler. Derudover har mange kommuner lokale centre eller udstillinger, hvor borgerne har mulighed for at afprøve velfærdsteknologiske hjælpemidler. Nærhed og lokalkendskab er vigtig for at sikre, at borgerne får de rette hjælpemidler og for hurtigt at kunne udlevere hjælpemidler til borgere, som udskrives fra sygehuset. KL vurderer derfor, at sammenhængen til de øvrige dele af kommunernes opgaver er af afgørende betydning mens sammenhængen til sygehusenes behandlingsredskaber og midlertidige hjælpemidler er af mindre betydning. En større sammenhæng og en klar sektorovergang mellem sygehus, almen praksis og kommune kan derfor løses ved en klar opgavefordeling og lovgivning.

KL skal hertil bemærke, at især den del af hjælpemiddelområdet, som omfatter de kropsbårne hjælpemidler, har en stor tilknytning til sygehusene. Det er et især de kropsbårne hjælpemidler, som giver udfordringer. KL finder derfor, at det vil skabe en større klarhed, hvis regionerne/(de ansvarlige for sygehusdriften) får ansvaret for de kropsbårne hjælpemidler, der kræver lægelig visitation.

Eksemplet med insulinpumpen – som nævnes i kommissionens rapport - burde være løst med Behandlingsrådets beslutning om, at der er tale om et behandlingsredskab og der med et regionalt ansvar.

Det fremgår som et eksempel fra en borger, at vedkommende frygter, at de ikke at kunne få hjælpemidler med, hvis de flytter til en anden kommune. Hertil vil KL gøre opmærksom på, at der er frit valg af hjælpemidler, og at en borger derfor altid kan vælge at fortsætte med at anvende et bestemt produkt, hvis vedkommende flytter til en anden kommune.

KL anbefaler desuden, at midlertidige hjælpemidler fremover bliver et kommunalt ansvar, så det bliver tydeligt, hvem der er ansvarlig for udlevering af disse. Ift. hjælpemidler er det i dag kommunerne, som er de store aftagere og som har opbygget hjælpemiddeldepoter, som er baseret på genbrug med afsæt i vedligeholdelse, reparationer og fokus på at kunne sammensætte hjælpemidler, så de er tilpasset den enkelte borgers behov.

Ergoterapeutforeningen og KL har udarbejdet tre anbefalinger til den fremtidige organisering af hjælpemiddelområdet, som kan læses her: [Skab klarhed på hjælpemiddelområdet hele vejen rundt](#)

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 21 af 32

Tværkommunalt samarbejde og faglig bæredygtighed

Ifølge kommissoriet har Sundhedsstrukturkommissionen haft til opgave at forholde sig til ”rammer for den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Herunder en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning”.

Potentialerne ved tværkommunalt samarbejde beskrives flere steder i rapporten, men potentialerne ved tværkommunalt samarbejde for at sikre faglig bæredygtighed afspejles imidlertid ikke i kommissionens modeller. Kommissionen afrapportering har udelukkende anbefalet modeller, der flytter opgaver ud af kommunerne, og op i regionerne. Altså en centralisering

Borgergrundlag og økonomisk bæredygtighed kan være vigtigt at tænke ind, når man skal løse visse sundhedsopgaver. Derfor kan der være behov for, at kommunerne indgår samarbejde på tværs dér, hvor opgaven kræver det.

Der er potentiale for fx at indgå flere kommunale samarbejder på nedenstående områder:

- Hjælpemidler: Fælles hjælpemiddelcentral og faglige kompetencer
- Midlertidige pladser – samarbejde om kapacitet
- Aften-/natdækning af akutfunktioner i tyndt befolkede områder
- Specialiseret rehabilitering fx hoved-halskræft, visse typer sklerose, hjerne-skade, amputationer mv. der kræver et vist befolkningsunderlag
- Børn og unge, der har været igennem svær sygdom
- Mennesker med progredierende sygdomme som fx sklerose og ALS
- Tilbud som led i tidlige indsatser for børn og unge i mistrivsel
- Telemedicin, der involverer specialiseret sygepleje fx ift. til borgere med KOL, hjerte og sårsygepleje.

Derudover kan der være øvrige områder inden for teknologi og data. Det vil dog afhænge af, hvordan den nye nationale organisation, som foreslås af kommissionen, bliver udarbejdet.

Kommissionens forslag til forvaltningsmodeller

Model 1 og 2 – Enhedssundhedsvæsen

Kommissionens forslag til to ud af tre forvaltningsmodeller (model 1 og 2) vil føre til en markant centralisering af sundhedsvæsenet. Kommissionen estimerer, at et samlet sundheds- og ældreområde forankret i 8-10 sundheds- og omsorgsregioner (enten folkevalgte eller administrative) vil have et budget på 200 mia. kr. om året (eksklusiv den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, som udgør 26 mia. kr.) og råde over knap 250.000 medarbejdere, der både skal udvikle sygehusene, sikre omstilling til nære sundhedstilbud i kommuner og på praksisområdet og drifte et ældreområde med andre styringsmekanismer og hensyn end sygehusdrift.

Det er en stor og kompleks opgave, som kan give markante stordriftsulemper, som kommissionen også medgiver.

Den markante centralisering vil – særligt på ældreområdet, hvor der er tradition for kort afstand mellem borger og beslutningstager – reducere den demokratiske legitimitet betydeligt og vil i model 2 føre til en bureaukratisering af velfærden, hvis sundheds- og ældreområdet skal ledes af professionelle bestyrelser uden legitim demokratisk forankring eller alternativt af folkevalgte langt væk fra.

Paradoksalt risikerer centraliseringen af nære og almene indsatser samtidig at føre til mindre effektiv drift af sygehusvæsenet, fordi 8-10 enheder ikke kan oppebære fagligt bæredygtige tilbud. Det vil være til gene for de patienter, der skal bevæge sig over regionsgrænser for at modtage behandling, der ikke kan tilbydes i alle regioner og skabe snitflader i behandlingstilbudene, der ikke eksisterer i dag.

KL frygter herudover, at udvikling og drift af almene nære tilbud og herunder særligt de nære indsatser på ældreområdet vil tabe terræn til det specialiserede sygehusvæsen. Det bekræftes af, at nationale sundhedsplaner skal understøtte, at udbygning af nære tilbud reelt prioriteres nationalt og lokalt i de nye sundheds- og omsorgsklynger.

KL undrer sig derfor også over, at kommissionen på den ene side fastslår, at en *"myndighed med et samlet ansvar for en stor del af behandlings- og plejekæden har stærke tilskyndelser til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen"* (s. 340) og på den anden side ser behov for, at Sundhedsstyrelsen skal være ansvarlig for en national sundhedsplan, der skal sikre *"ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen"* (s. 235).

Nærudvalg

Kommissionen foreslår i model 1 og 3, at der etableres et antal stående udvalg i hver sundheds- og omsorgsklynge, nærudvalg. Hensigten er at styrke regionernes fokus på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen.

KL anerkender kommissionens ønske om at sikre hensynet til at prioritere og udvikle de nære tilbud. Det ændrer dog ikke ved KL's bekymring for, at nære tilbud vil tabe terræn til specialiseret sygehusbehandling. KL bemærker i den forbindelse, at beføjelserne til at fastsætte indholdsmæssige og økonomiske rammer for nærudvalgene er forankret i regionsrådene. Ligesom nærudvalgets medlemmer vælges blandt regionsrådets repræsentanter. Dermed er de ikke valgt i eller geografisk forbundet til det nærområde, hvor de skal forvalte en lokal udvikling.

Model 1a

Kommissionen har beskrevet en variant af model 1, hvor regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i regionen – dvs. indirekte valg. Det foreslås at borgmestrene bliver repræsenteret i regionsrådene, suppleret op med kommunalbestyrelsesmedlemmer for at sikre partirepræsentation.

Modellen løser nok en del af udfordringen med lokal forankring, men adresserer ikke spørgsmålet om den markante centralisering af sundhedsvæse-

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 22 af 32

net. Der vil fortsat være tale om meget store organisationer, med meget forskellige styringsmekanismer og hensyn afhængig af, om vi taler ældrepleje eller sygehusdrift.

Model 3 – Sundhedsregioner

I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur, muligvis med færre regioner og muligvis med en flytning af et mindre antal opgaver fra kommunerne til regionerne. Denne model flugter bedre med kommunernes anbefalinger til sundhedsvæsenets struktur, jf. bl.a. KL's politiske høringssvar.

Modellen imødegår den risiko for udvanding af sygehusetilbud i regionerne, som model 1 og 2 vil medføre. For KL er det afgørende, at der i fremtidens sundhedsvæsen er fagligt bæredygtige regioner, der kan garantere solide behandlingstilbud over hele landet.

Samtidig fastholdes kommunernes ansvar for de nære sundhedstilbud og dermed også basis for at videreudvikle robuste almene sundhedstilbud tæt på borgerne. Modellen skaber det største potentiale for en omstilling til nære tilbud, fordi udvikling af de nære tilbud sker i egen ret – som en ligeværdig del af et samlet sundhedsvæsen.

Modellen kombineres med en række tiltag, herunder overvejes det, om centrale dele af de kommunale sundhedsopgaver skal flyttes til regionerne (mindre opgavesamling). Det kan KL ikke støtte op om, jf. oven for.

Endvidere fremhæves øget brug af tværsektorielle kvalitetsstandarder, hvilket KL støtter op om.

Desuden foreslås en incitamentsmodel, der skal tilskynde kommunerne til at prioritere en effektiv sundheds- og ældrepleje. KL forholder sig nærmere til modellen i afsnittet om økonomi neden for. Her skal blot fremhæves, at kommunerne allerede i dag har incitament til at udvikle sundhedstilbud og forebygge forværring af sygdom, tab af funktionsevne mv. alene med baggrund i de besparelser, der er forbundet med at understøtte borgerne i at være selvhjulpne længst muligt. KL anerkender dog, at høste-så problematikkerne mellem sektorerne er en væsentlig udfordring, der skal løses.

Også i denne model foreslås nærhedsudvalg der bl.a. vil have til opgave at prioritere dele af demografimidlerne (i alt ca. 750 mio. kr. årligt) ift. udvikling af det nære sundhedsvæsen. Det er i modellen fortsat en udfordring, at kommunerne ikke har en fuldgyldig rolle ind i drøftelserne om udviklingen af det nære sundhedsvæsen, da det i modellen fortsat er regionsrådet der træffer de endelige beslutninger. Endnu engang understreger det kommissionens fokus på at aflaste sygehusene, mere end at omstille og udvikle de nære tilbud. Se i øvrigt afsnit om økonomi og finansiering.

Sundhedsklyngerne

Det overvejes i model 3, at sundhedsklyngerne kan have en rolle, fx ift. at indstille prioritering af demografimidlerne til nærudvalgene. Denne variant løser dog ikke ovennævnte udfordring med en ligeværdig rolle for kommunerne.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 23 af 32

I stedet kunne sundhedsklyngerne (bestående af nærudvalg og borgmestre) tillægges mere beslutningskraft, hvis de fik til opgave at prioritere anvendelsen af regionernes demografimidler. Dermed kunne de blive en drivende kraft ift. at sikre sammenhæng og den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet. Det kræver netop, at sundhedsklyngerne får mere beslutningskraft, så der på tværs af sygehus, kommuner og almen praksis træffes beslutninger som fælles forpligter parterne på en omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Klyngerne kan etableres som formaliserede samarbejdsorganer, hvis formål er at være den faglige og politiske motor, som kan sikre udviklingen af det nære sundhedsvæsen som en stærk medspiller til hospitalerne med udgangspunkt i nationale retningslinjer og aftaler.

En central opgave vil således være udmøntning af demografimidlerne, nationalt prioriterede midler fra økonomaftalerne, implementering af nationale kvalitetsstandarder mv. For at skabe incitament til, at klyngerne indgår en forpligtende udmøntningsaftale, kan midlerne betinges af, at klyngen laver en udmøntningsaftale. Modellen skal skabe incitament til at lave udmøntningsaftaler og knytte midlerne til klyngen og ikke give kommuner og regioner oplevelsen af, at der er tale om egne midler, der kan indgå i den lokale prioritering.

Klyngerne kan også være omdrejningspunktet for forpligtende tværkommunale samarbejder, der kan understøtte den rette kvalitet og kompetencer i opgavevaretagelsen, der hvor de enkelte kommuner ikke kan løfte opgaven alene.

Transaktionsomkostninger

Afslutningsvist skal KL anerkende, at kommissionen i rapporten tydeliggør, at der er styrker og svagheder ved alle tre forvaltningsmodeller.

Uanset model er det afgørende vigtigt at holde sig for øje, at store reformer også har store transaktionsomkostninger. Mange medarbejdere skal skifte arbejdssted, systemer skal laves om mv.

Borgerne står med udfordringer her og nu, som skal løses i et sundhedsvæsen, der allerede er under pres. Samtidig har ingen af modellerne for alvor fokus på at skabe en *omstilling* af sundhedsvæsenet – og det er helt afgørende, at det er det vigtigste mål med en reform, hvis vi vil fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Samtidig skal det endnu engang understreges, at KL på ingen måde kan se centralisering af tilbud og etableringen af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner som svaret på sundhedsvæsenets udfordringer. KL ser dog muligheder i at arbejde videre med en udvikling af model 3 særligt med blik for at sikre incitamenter til omstilling og udvikling af de nære kommunale sundhedstilbud.

Økonomi og finansiering

Strukturkommissionens forslag om afskaffelse af kommunal medfinansiering (KMF)

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 24 af 32

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at formålet med den kommunale medfinansiering er vanskeligt at realisere. Erfaringerne fra den nuværende kommunale medfinansiering er bl.a., at kommunernes reelle styringsmuligheder er begrænsede, fordi kommunerne ikke har indflydelse på regionernes sygehuskapacitet. Det er derfor vurderingen, at modellen for kommunal medfinansiering ikke styrker kommunernes incitament til at prioritere og investere i det kommunale sundheds- og ældreområde.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer desuden, at datagrundlaget bag ordningen har vist sig ikke at være tilstrækkelig robust til formålet, og ordningen har bidraget til en betydelig budgetusikkerhed for kommunerne.

KL er enig i analysen og konklusionen vedrørende den kommunale medfinansiering. KL vurderer ikke, at den kommunale medfinansiering medfører et øget incitament til at styrke den kommunale forebyggelse – bl.a. fordi en stor del af de indlæggelser, der forebygges i kommunalt regi, erstattes af alternativ aktivitet på sygehuse (den såkaldte stærekasseeffekt).

I dag er KMF fastfrosset, hvilket betyder, at kommunerne betaler det samme niveau for KMF hvert år. Kommunerne modtager hvert år samlet set et beløb svarende til ca. 26 mia. kr. og har samtidig udgifter svarende til det samme beløb. Der er dog ikke en fuldstændig sammenhæng mellem udgifter til KMF og indtægter i de enkelte kommuner.

I dag har en række kommuner flere udgifter til KMF, end de har indtægter via bloktilskuddet. Ved en eventuel afskaffelse af ordningen vil de kommuner opnå en gevinst. Omvendt har en række kommuner i dag færre udgifter til KMF, end de har indtægter via bloktilskuddet – og vil ved en evt. afskaffelse af ordningen opleve et tab.

Ved en afskaffelse af KMF vil 47 kommuner få merudgifter på samlet set 691 mio. kr. Samtidig vil 51 kommuner få mindreudgifter svarende til 691 mio. kr. KL mener, at de byrdefordelmæssige konsekvenser ved afskaffelsen af KMF bør belyses og håndteres.

Strukturkommissionens forslag til en alternativ incitamentsmodel

Strukturkommissionen foreslår, at den kommunale medfinansiering erstattes af en alternativ finansieringsmodel.

Modellen indebærer, at et statsligt tilskud til kommunerne betinges af, at kommunerne lever op til en række fastlagte mål. De konkrete mål skal overvejes og udvikles, men kan omfatte konkrete effektmål, som afspejler kommunernes indsats på forebyggelses- og ældreområdet. Målene kan også i et begrænset omfang omfatte procesrelaterede krav, fx om implementering af kvalitetsstandarder for nære indsatser.

KL mener at følgende principper bør danne baggrund for etablering af en ny finansieringsmodel:

- Gennemsigtighed og enkelhed
- Understøttelse af omstilling med behandling på det laveste effektive omkostningsniveau
- Incitament der fokuserer på relevante hospitalsydelser der kan substitueres med kommunale indsatser

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 25 af 32

- Sammenhæng imellem finansiering og bestiller-/beslutningskompetence
- Fokus på at sikre incitamenter til langsigtet forebyggelse og sundhedsfremme
- Fremme en koordineret og sammenhængende indsats mellem kommuner, hospitaler og andre aktører i sundhedsvæsenet.

Strukturkommissionens forslag om målstyring, der omfatter konkrete effektmål, vil som udgangspunkt ikke skabe budgetsikkerhed for kommunerne. Afhængigt af hvilke effektmål der opstilles, vil kommunerne opleve en usikkerhed i forhold til, hvorvidt en given investering i det primære sundhedsvæsen medfører en opfyldelse af et bestemt mål.

Samtidig vil konkrete effektmål kræve gennemsigtige og retvisende data. I den forbindelse er det relevant, at kommissionen vurderer, at datagrundlaget bag den kommunale medfinansiering har vist sig ikke at være tilstrækkelig robust til formålet.

KL mener derfor, at der bør anvendes en alternativ model til at sikre en omstilling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

KL foreslår, at den kommunale medfinansiering erstattes af en model, hvor der etableres nationale standarder for behandling i de nære kommunale tilbud – og at standarderne følges op med den nødvendige finansiering.

KL mener, at finansierede nationale kvalitetsstandarder på området vil være grundlag for at sikre ensartet og kendt kvalitet i den sundhedsfaglige behandling i nærmiljøet, og en fælles standard for, hvilken faglig kapacitet kommunerne skal råde over. Se i øvrigt afsnit om opbygning af kvalitetsapparat.

Regionernes demografimidler (750 mio. kr. årligt) målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende geografiske fordeling af ressourcer bidrager til geografisk og social ulighed i sundhed. Det gælder fx adgang til almenmedicinske tilbud, hvor lægedækningen generelt er bedst i og omkring de større byer, og hvor borgerne samtidig har den bedste sundhedstilstand.

Kommissionen foreslår på den baggrund, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer en tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Modellen skal blandt andet understøtte, at flere borgere i yderområder vil opleve et mere tilgængeligt sundhedsvæsen med flere sundhedstilbud af høj kvalitet. Det omfatter både adgang til et velfungerende almenmedicinsk tilbud i hele landet og relevante specialiserede indsatser indenfor en rimelig geografisk afstand.

KL er enig i, at der skal ske en omfordeling af ressourcer på tværs af landet.

KL's analyser viser, at der er en massiv geografisk ulighed i sundhed. Der er blandt andet behov for at sikre, at der er læger der hvor de sygeste borgere bor.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 26 af 32

KL mener også, at kapaciteten i det primære sundhedsvæsen skal styrkes. Helt overordnet skal flere borgere modtage indsatser i det nære sundhedsvæsen, og sygehusene skal fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at det demografisk afledte løft til regionerne – der udgør 750 mio. kr. årligt – skal målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Forslaget om målretning af demografimidlerne er særlig relevant for model 3.

KL mener, at forslaget om at regionernes demografimidler målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen er rigtigt, og at en omlægning af demografimidlerne vil sikre den nødvendige prioritering og investering i det primære sundhedsvæsen samt et tilsvarende fokus på at dæmpe væksten i aktiviteten på sygehusområdet.

Det er dog vigtigt for KL, at udmøntningen af demografimidlerne giver kommunerne budgetsikkerhed og sikrer realistiske økonomiske rammer med gennemsigtige standarder for kvalitet og kapacitet – som kommunerne kan leve op til

Behovet for prioritering af forskellige opgaver og mål i det nære sundhedsvæsen betyder også, at der vil være behov for forskellige finansierings- og incitamentsmodeller på området. Fx kræver langsigtet strukturel forebyggelse investeringer på lang sigt, da gevinsterne ikke umiddelbart kan høstes indenfor en kort årrække.

KL bidrager gerne til udviklingen af finansieringsmodellerne. Modellerne bør følge en række væsentlige principper – såsom budgetsikkerhed for kommunerne, gennemsigtighed/enkelthed for parterne og behandling på det laveste effektive omkostningsniveau. Jf. også afsnittet om forslag til en alternativ incitamentsmodel.

Opgavesamling

Strukturkommissionen opstiller tre niveauer for opgavesamlinger, der medfører at en række opgaver i kommunerne på ældre- og sundhedsområdet samles under en myndighed. KL mener som udgangspunkt, at de kommunale opgaver skal forblive i kommunerne. KL vurderer, at en samling af opgaver i regionerne umiddelbart vil skabe økonomiske udfordringer i en række kommuner.

KL vurderer at den store model for opgaveflytning vil have en markant økonomisk betydning for kommunerne. Umiddelbart vil en række kommuner have store tab og en række kommuner vil have tilsvarende gevinster ved at opgaver og midler relateret til ældre og sundhedsområdet trækkes ud.

KL bemærker i øvrigt, at opgaveflytningen svarende til hele det kommunale ældre og sundhedsområde inklusiv KMF er så stor, at det vil resultere i, at kommunerne fremadrettet får et negativt bloktilskud.

KL mener på den baggrund, at de byrdefordelingsmæssige konsekvenser ved de forskellige niveauer for opgavesamlinger bør belyses og håndteres.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 27 af 32

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 28 af 32

Flytning af de kommunale udgifter til sundheds- og ældreområdet

Kommissionen foreslår i model 1 og 2 en markant centralisering af opgaverne på ældre og sundhedsområdet.

Sundhedsstrukturkommissionen opgør kommunernes samlede driftsudgifter til 282 mia. kr. (2022, 22pl). Heraf foreslår kommissionen, at 16 mia. kr. på sundhedsområdet (6 pct.) og 50 mia. kr. på ældreområdet (18 pct.) føres over til enten staten eller til nye sundheds- og omsorgsregioner. Det svarer samlet set til at op imod 25 pct. af kommunernes økonomi og opgaver flyttes ud af kommunerne, hvilket vil betyde et markant mindre kommunalpolitisk prioriteringsrum og svække styrbarheden af den offentlige økonomi.

Opgørelse af de kommunale udgifter på ældre/sundhed

Sundhedsstrukturkommissionens opgørelse af udgifter på det kommunale ældre- og sundhedsområde følger ikke indenrigsministeriets autoriserede kontoplan. Ifølge den autoriserede kontoplan udgør hovedkonto 4 udgifter og indtægter vedrørende den kommunale sundhedsindsats og hovedfunktion 5.30 indeholder tilbud til ældre.

I rapporten opgøres udgifterne på ældre- og sundhedsområdet side 158 ff. I den forbindelse fremgår det, at der i opgørelsen af de kommunale udgifter på ældre- og sundhedsområdet inddrages udgifter der i kontoplanen normalt placeres på hovedfunktion 5.38 Tilbud til voksne med særlige behov på socialområdet.

Det drejer sig om:

- 5.38.38 Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til personer med handicap mv. omfattet af frit valg af leverandør, samt rehabiliteringsforløb
- 5.38.41 Hjælpemidler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring til personer med handicap (78,79 pct.)
- 5.38.44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede
- 5.38.45 Behandling af stofmisbrugere.

Ovenstående udgiftsposter på socialområdet svarer samlet set til ca. 5 mia. kr. (regnskab 2023, 24pl).

Implementeringsomkostninger

Kommissionen vurderer overordnet, at de afledte økonomiske implementeringsomkostninger vil afhænge af implementeringsplan og styringstiltag i en overgangsfase. De økonomiske omkostninger forbundet med at omstille fra det nuværende organisatorisk landkort til model 1 eller 2 er af betydelig karakter og vil koste flere milliarder.

Det vil i givet fald ske i en tid, hvor behovet for konkrete løsninger i det nære sundhedsvæsen er dybt presserende. Samtidig befinder ældre- og sundhedsområdet sig i en udtalt rekrutterings- og fastholdelseskriser med medarbejderomsætninger på 20-30 pct., og perspektiverne i at løse dén krise har lange udsigter.

Omstillingen til model 1 og 2 er imidlertid af så indgribende karakter, at det risikerer at påvirke medarbejderressourcerne negativt over længere tid og samtidig under højest pressede arbejdsvilkår på ældre- og sundhedsområdet.

Derfor vækker en så betydelig forandring som model 1 og 2 en bekymring. De vidtrækkende afledte implementeringsomkostninger både økonomisk og ressourcemæssigt ved både model 1 og model 2 er tungtvejende i beslutningen om fremtidens sundhedsvæsen.

Opbygningen af et kvalitetsapparat mangler

Sundhedsstrukturkommissionen fik til opdrag at komme med anbefalinger til: *"Koordination af kvalitetsudvikling på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis"*. Den opgave har kommissionen efter KL's opfattelse ikke løst.

Det er ærgerligt, at kommissionen ikke tager fat i den helt afgørende opgave med at sikre opbygningen af et samlet kvalitetsapparat for hele sundhedsvæsenet samt en motor for forbedringsarbejde i hverdagen og i omsætningen af data til kvalitetsforbedringer

Der mangler en opbygning af en samlet kvalitetsorganisering

Hvis man ønsker en tættere integration af det primære og det sekundære sundhedsvæsen er det vigtigt, at der etableres et skelet, som kan danne rammen om den tværgående kvalitetsudvikling og læring med særligt fokus på omstilling af sundhedsvæsenet.

Hospitaler, kommuner og almen praksis har opereret under forskellige organisatoriske rammer, mål og kontekster. Kvalitetsfeltet har således også udviklet sig forskelligt i sektorerne. Kvalitetsudvikling og forskningen på hospitalerne tager udgangspunkt i diagnoser. I kommuner og almen praksis er perspektivet bredere og ikke diagnosespecifikt. Hvis vi vil lykkes med omstilling, og sikre kvaliteten i det samlede borger-/patientforløb, er det afgørende, at vi ikke anskuer kvalitetsarbejdet ud fra forskellige perspektiver eller at ét perspektiv bliver dominerende. Derfor er det ærgerligt, at der ikke er flere forslag til, hvordan der på tværs af sektorer opbygges en fælles kvalitets- og forbedringsorganisering, som sætter mål og rammer for kvalitetsarbejdet i det samlede sundhedsvæsenet, samt understøtte fælles kultur og værdier for kvalitetsarbejdet.

Et snævert fokus på kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarder er efterspurgt i kommunerne og vil udgøre en værdifuld drivkraft i kvalitetsarbejdet, men historien viser dog også, at kvalitet ikke på magisk vis opstår ved at indføre standarder.

Der er brug for at opbygge organisering, kultur og kapabilitet lokalt til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling. Gode standarder forudsætter også mere forskning i sundhedsindsatserne der leveres i kommunerne. Og det forudsætter ikke mindst kapabilitet, kompetencer, hverdagsnært forbedringsarbejde mv. Det er et større apparat, som kommunerne i dag har fat i, men som jo vil skulle udbygges, hvis flere opgaver og mere kompleksitet skal håndteres i det nære.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 29 af 32

Ambitionerne for kvalitetsudvikling i det nære er begrænset til almen praksis Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at *"Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant, så grundlaget for at udvikle og følge opgaveløsningen forbedres betydeligt"*. Der er gode takter i det, der beskrives i rapporten. Kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen kræver en fokuseret indsats. Men i rapporten er der udelukkende fokus på styrkelse af kvalitetsudviklingen i det almen medicinske.

Det primære sundhedsvæsen udgøres af andet end praktiserende læger, og det er overraskende, at man her ikke indtænker kommunernes opgave med at sikre god kvalitet i indsatserne i det nære. Der er brug for en lignende motor til at understøtte kommunernes arbejde med at anvende data til kontinuerlige kvalitetsforbedringer. Det bemærkes, i rapporten, at kommunerne helt parallelt til almen praksis arbejder med KIAP arbejder med "Kvalitet i Kommunerne", men der gøres ingen tanker om, hvordan kvalitetsarbejde i det nære skal foregå, dels i egen ret og dels som led i forløb.

Det er tankevækkende, at man ser en større omstilling for sig, men der er ikke mange ord om den kvalitetsunderstøttelse – og de forbedringsindsatser der skal til. Det bemærkes at kommuner har udarbejdet en kvalitetsplan for det nære, som også er tilgået kommissionen, ligesom 98 kommuner arbejder med strukturerede og standardiserede data, baseret på FSIII, som også indberettes dagligt til Sundhedsdatastyrelsen m.fl.

Forskning

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår et skift fra forskning på hospitaler til et øget fokus på forskning i det nære (anbefaling 3). Det er helt overordnet positivt og rigtigt set.

Sundhedstjenesteforskningen italesættes som den forskningsgren, der i høj grad skal aktiveres. Det er et rigtigt blik, men man kunne tilføje, at et ensidigt fokus på sundhedstjeneste også kan medføre blinde vinkler. Der kan være flere forskningstraditioner der skal i spil.

I KL savner vi helt overordnet set en model for, hvordan forskningen i det nære sundhedsvæsen skal opbygges.

Vi bidrager gerne til det videre arbejde og foreslår, at det tager afsæt i Sundhedsstyrelsens nationale strategi: *"Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen (marts 2022)"*. For KL er det desuden vigtigt, at:

- Det i højere grad prioriteres, at der forskes i de områder, hvor der er problemer for de mange – dvs. kronikere, ældre borgere og mennesker med psykiske lidelser
- Der øremærkes penge til forskning i det nære
- Kommunerne sidder med ved bordet, når det skal besluttes, hvad der skal forskes i
- Realiserbarhed og økonomi skal qua Robusthedskommissions anbefalinger tænkes ind i den sundhedsforskning, der gennemføres og som skal udbredes efterfølgende
- Der er brug for en bredere sundhedsforståelse og et helhedsorienteret perspektiv på borgeren, der rækker ud over eks. diagnose og har fokus på livskvalitet, funktionsevne, hverdagsliv og handlekompetence. Det vil ikke

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 30 af 32

være den rigtige vej at lægge forskningen ind under den diagnosebase-rede forskningstilgang, som de kliniske kvalitetsdatabaser bygger på

- Der er brug for at sætte fokus på det sammenhængende forløb, og forskning i det nære sundhedsvæsen skal tænkes på tværs af både almen praksis, kommuner og øvrige involverede parter.

Arbejdskraftmangel i sundhedsvæsenet

KL finder det overordnet positivt, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport fremhæver flere centrale aspekter vedrørende manglen på arbejdskraft i det danske sundhedsvæsen. Herunder generationsskifte og aldrende arbejdsstyrke, geografiske og sektormæssige forskelle på adgang til sundhedspersonale samt øgede forventninger og demografiske ændringer.

KL bemærker, at fremskrivningen af behov for social- og sundhedspersonale frem mod 2035, hvor det estimeres at der vil mangle omkring 11.100 social- og sundhedshjælpere og 3.400 social- og sundhedsassistenter alene er en mekanisk fremskrivning.

Den mekaniske efterspørgselsfremskrivning er ikke påvirket af faglige ændringer i opgaveløsningen, opgaveglidning fra sygehuse til kommuner og ændringer i politiske prioriteringer, hvorfor behovsafdækningen i rapporten ikke giver et retvisende billede af hvilke faggrupper kommunerne reelt oplever størst efterspørgsel på – både nu og i fremtiden.

Centralisering, opgaveflytning og afspecialisering i kommunerne løser ikke de massive udfordringer med fastholdelse og rekruttering af personale, tværtimod kan det forværre dem. For kommunerne er det både nu og i årene frem særligt social- og sundhedsassistenter, der efterspørges. Som rapporten fremhæver varetager social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere en stor del af sygeplejeopgaverne (sundhedslovsopgaver) i kommunerne samtidig med at de også varetager opgaver på ældreområdet (s. 294). Det er således en faggruppe der agerer på tværs og sikrer sammenhæng mellem sundhed og ældre. I en kommende reform er det afgørende, at der fortsat sikres integration på tværs af sundheds- og ældreområdet. Både af hensyn til borgerne og af hensyn til at anvende medarbejdernes kompetencer bedst muligt jf. tidligere afsnit om behovet for at sikre sammenhæng mellem ældre- og sundhedsområdet. Hvis en reform af sundhedsvæsenet ikke sikrer, at kommunerne fortsat kan arbejde på tværs af sundhed og ældre og at dygtige social- og sundhedsmedarbejdere løser opgaver på tværs, er der risiko for at manglen på arbejdskraft forværres.

I kommunerne arbejdes der intenst på at rekruttere flere social- og sundhedsmedarbejdere, bl.a. med spirejobs, målrettede praktikforløb for ledige i samspil med jobcentre, bedre praktikforløb for social- og sundhedselever i samarbejde med SOSU-skolerne. Derudover arbejdes der målrettet med mere effektiv brug af personaleresourcer, herunder i regi af KL og Forhandlingsfællesskabets initiativ om en "*Fremtid med fuldtid*", nedbringelse af sygefravær mv. KL er bekymrede for, at en centralisering af ældreplejen, som model 1 og 2 lægger op til, kan true de nuværende lokale og ambitiøse tiltag på at imødekomme arbejdskraftsmanglen.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 31 af 32

KL bemærker, at rapporten henviser til Robusthedskommissionens anbefalinger, der blev lanceret i september 2023. Robusthedskommissionens rapport slår fast, at sundhedsvæsenet ikke længere kan ansætte sig ud af rekrutteringsudfordringerne. Derfor er det også nødvendigt at en kommende reform af det samlede sundhedsvæsen går på to ben i forhold til at løse manglen på arbejdskraft: Det ene ben handler om at sikre øget tilknytning af medarbejdere og det andet handler om behovet for grundlæggende omstilling af sundhedsvæsenet.

KL efterlyser et tværgående hensyn, der forholder sig bredt til omstilling af opgaveløsning og arbejdskraftsmanglen. Et sådan hensyn er centralt for at kunne vurdere (ændringer af) den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet.

Arbejdsgiverforhold

En strukturændring og flytning af opgaver fra kommunal til anden enhed, fx regional myndighed vil have en række afledte konsekvenser, idet større medarbejdergrupper vil skulle overgå fra kommunal til anden, fx regional eller statslig ansættelse. Dette vil indebære såvel organisatoriske som administrative omkostninger i et omfang, der må forventes at være betydelige. Ændringerne ville kunne påvirke lønmodtagerforhold for de omfattede medarbejdergrupper, herunder den overenskomstmæssig placering for den enkelte medarbejder, og afledte konsekvenser for tilknyttet personale.

En strukturændring må forventes at påkræve justering i opgaver for den enkelte ansatte, hvilket kunne betyde udgifter til op- eller omkvalificering af eksisterende medarbejdere. Ligeledes vil ændringerne få konsekvenser på uddannelsesområdet og kræve ændringer på social- og sundhedsuddannelserne. Det gælder såvel uddannelsernes indhold som tilrettelæggelsen af elevernes oplæringsperioder.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 32 af 32