

Juni 2024

Kommunernes svar på Sundhedsstruktur- kommissionens rapport



IKL

Kommunernes svar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Et sundhedsvæsen, der sikrer stærke, nære sundhedstilbud til de mange – kommunernes svar på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Vi bliver flere ældre med trænings- og plejebehov, flere borgere med kronisk sygdom og flere, der har det svært psykisk. Det presser allerede vores samlede sundhedsvæsen til det yderste, og det pres vil tage til i årene, der kommer. Hjælp og støtte til disse grupper er en opgave udenfor sygehusvæsenet.

Et bredt flertal i Folketinget har i april indgået aftale om en ældrereform som bygger på selvbestemmelse, tillid og samspil med lokalsamfundet. En forudsætning herfor er, at ældreområdet fortsat er lokalt forankret. Skal vi lykkes med helhedsplejen, skal sygeplejen tænkes med, og vi skal styrke den nære sundhed.

Der er derfor brug for en sundhedsreform, som styrker de nære almene tilbud i kommuner og almen praksis. Robuste almene sundhedstilbud skal sætte strøm til tidlige indsatser, træning og rehabilitering, hjælp til at håndtere egen sygdom og forebyggelse til de mange borgere med fx kronisk sygdom, hvis behov ikke mødes i dag. Det gælder også dér, hvor sygdomsbyrden er størst, og manglen på læger samtidig mest udtalt.

Styrkede og udbyggede nære tilbud er en forudsætning for, at sygehusene fortsat kan tilbyde specialiseret behandling til dem med behov. Så borgerne har mulighed for at leve gode og aktive liv også når de mødes af sygdom.

De tværgående anbefalinger

Vi bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. En stærk national rammesætning på en række områder vil bidrage til udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen til gavn for borgere i hele landet.

Kommentarer til de tværgående anbefalinger

- Forslagene vedr. **almen praksis** om kapacitetsudvidelse, øget tilgængelighed i hele landet, ændringer i honorarstruktur og bedre tid til sårbare patienter er den rette vej at gå. Almen praksis er en helt central del af det nære sundhedsvæsen. Derfor skal udviklingen af almen praksis have et særligt fokus på at understøtte sundhed i det nære og ikke primært ses som en aflastning af hospitalerne.
- Flere forslag ift. **digitalisering/data** giver god mening. Der er brug for, at alle parter er forpligtet på fælles strategiske mål, takt og investeringer i omstilling. En samlet, national planlægningskompetence er fornuftig, ligesom det kan være fornuftigt med fælles standarder og infrastruktur mv.
- Det er rigtigt tænkt at sætte retning for det primære sundhedsvæsen via en **national sundhedsplan** med højere prioritet af de nære tilbud og et fokus på, at lægerne kommer derhen, hvor sundhedsbehovet er størst. Det er afgørende for at styrke og udvikle

det nære sundhedsvæsen og for at reducere både den sociale og geografiske ulighed i sundhed. Der vil fortsat være behov for løbende politiske prioriteringer i kommuner, regioner og stat, og vi mener grundlæggende, at de lokale politikere og ledere er kompetente til at prioritere indsatsen.

- Vi er grundlæggende enige i anbefalingerne på **psykiatriområdet**. Der er gode erfaringer fra ældreområdet både med lægedækning af kommunale tilbud og digitalisering.
- Vi er også enige i, at det er relevant at se på hele den **speciallægefaglige** kapacitet og bringe den effektivt i anvendelse i fremtidens sundhedsvæsen.

Vi stiller os gerne til rådighed med vores viden ift. den videre udvikling af de fem tværgående anbefalinger.

To af kommissionens modeller udfordrer den demokratiske legitimitet og sætter de nære tilbud under pres

Sundhedsstrukturkommissionen beskriver som hovedformål, at sundhedsvæsenet uden for sygehusene skal styrkes, og at der skal skabes sammenhæng i patienternes forløb. Vi mener ikke, at en styrkelse af de nære tilbud kan ske ved en markant centralisering af opgaverne som kommissionen beskriver. Resultatet vil blive det modsatte – at de nære tilbud nedprioriteres til fordel for det specialiserede, som det også er sket historisk.

I model 1 og 2 foreslås det at flytte ældre- og sundhedsopgaver væk fra kommunerne og til en myndighed, der også har ansvaret for sygehusydelse. Og i model 2 vil man fjerne over 200 mia. kr. fra direkte demokratisk kontrol. Det vil være så omfattende, at det reelt vil betyde et kursskifte mod en samfundsmodel, hvor ansvaret for velfærdsområderne ikke længere er demokratisk forankrede.

I de to modeller vil de nære sundhedstilbud blive klemte af specialiserede sygehusopgaver. Konsekvensen vil blive, at lokale sundhedstilbud lukkes, sammenlægges og centraliseres. Det vil have store konsekvenser for borgernes adgang til sundhedstilbud.

Centralisering af myndighedsansvar betyder centralisering af tilbud. Det har utallige strukturomlægninger vist.

Ift. kommissionens to første modeller fremhæves desuden følgende:

- **Manglende demokratisk legitimitet.** Den markante centralisering i alle modellerne, men særligt i model 1 og 2, hvor ansvaret for ældreområdet og de nære sundhedstilbud flyttes længere væk fra borgerne, vil reducere den demokratiske legitimitet betragteligt. Landets plejehjem og hjemmepleje spiller en central rolle i mange lokalsamfund og det er en styrke, at der er kort afstand fra borgere til beslutningstagere.
- **Bureaukratisering af velfærden.** I model 2 fjernes en meget stor del af velfærdssamfundet fra direkte demokratisk kontrol ved, at hele sundheds- og ældreområdet styres via professionelle bestyrelser. Herunder også alle de opgaver på ældreområdet, der har et betydeligt lokalt præg. Det betyder en bureaukratisering af velfærden, som udhuler den demokratiske legitimitet. På sigt kan det potentielt underminere opbakningen til det lokale demokrati og den velfærdsmodel, vi er stolte af i Danmark. Vi ønsker, at såvel sygehuse som sundheds- og ældreområdet ledes af folkevalgte.
- **Omstilling til det nære sker ikke af sig selv.** Det er problematisk at tro, at et samlet ansvar for hele sundhedsvæsenet i sig selv vil sikre den nødvendige omstilling og udbygning af tilbud uden for sygehusene – som er den helt grundlæggende antagelse i de to modeller. En antagelse, der vel at mærke ikke flugter med de hidtidige erfaringer fra regionerne, hvor det alene er det specialiserede sygehusvæsen, som er blevet udbygget, mens almen praksis og speciallægepraksis, geriatri og psykiatri er blevet nedprioriteret. Uagtet, at ansvaret har været entydigt placeret under samme myndighed.
- **Model 1 og 2 sætter sig mellem to stole.** Der er store forskelle på at drive et højt specialiseret sygehusvæsen og en ældrepleje. Derfor er der forskel på det hensigtsmæssige befolkningsunderlag for to så forskellige opgaver – og at pege på 8-10 myndigheder er at sætte sig mellem to stole. Det er for mange enheder til at drive et højt specialiseret, effektivt og fagligt bæredygtigt sygehusvæsen og alt for få til at drive en ældrepleje med fokus på selvbestemmelse, tillid og samspil med lokalsamfundet.
- **Modellerne er en kommunalreform ad bagdøren.** En flytning af hele eller store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde med op mod 70 mia. kr. vil i praksis reducere det kommunale prioriteringsrum betragteligt og gøre kommunerne mindre robuste.

Model 3 kommer tættere på

I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur med overvejelser om 3-5 regioner. Denne model svarer ikke i sig selv på udfordringen med at opskalere det nære sundhedsvæsen, men kommer tættere på en løsning end de to øvrige modeller. Modellen indeholder potentiale for at skabe en omstilling til nære tilbud, fordi udvikling af de nære tilbud sker i egen ret. Der er forskellige holdninger i kommunerne til det optimale antal regioner i en ny struktur men enighed om, at det ikke giver mening at etablere flere end de nuværende 5.

Vi er ikke enige i overvejelserne om, at centrale dele af de kommunale sundhedsopgaver flyttes til regionerne.

- Det vurderes stærkt u hensigtsmæssigt at flytte **akutsygeplejen** til regionerne. Kommissionen giver sådan set argumentet selv i rapporten: "Det vil i praksis være vanskeligt at udskille den del af sygeplejen, der indgår i forløb, hvor borgeren har akutte eller subakutte tilstande med den del af sygeplejen, der er organiseret sammen med hjemmeplejen. Sygepleje udføres i mange forskellige sammenhænge fx borgerens eget hjem, på plejehjem, midlertidige pladser og botilbud". Eller med andre ord: Akutsygeplejen har et stærkt kommunalt ophæng til den øvrige sygepleje og dermed til hele ældreområdet. Det vil svække det faglige niveau og udvikling af den kommunale sygepleje markant, hvis den overgår til regionerne. Herudover vil det ikke fjerne en snitflade, men blot parallelforskyde den til den øvrige sygepleje. En flytning af akut-sygeplejen vil svare til at fjerne den højt specialiserede behandling fra sygehusene.
- **Den patientrettede forebyggelse** har et stærkt ophæng til civilsamfund og de øvrige kommunale velfærdsopgaver, fx på social- og beskæftigelsesområdet. Der er for størstedelen af målgruppen tale om almene, generiske tilbud, som kommunerne løfter i dag og også kan løfte fremover. Vi ved, at nærhed til tilbuddene betyder bedre tilslutning, særligt for de borgere, der har størst gavn af tilbuddene. Noget en regional forankring og centralisering af tilbuddene ikke vil gavne. Centralisering vil skabe mere ulighed i sundhed.
- **Specialiseret rehabilitering.** Volumen betyder noget for det allermest specialiserede i kommunerne – men igen vil det være vigtigt at holde sig for øje, at den specialiserede rehabilitering er tæt forbundet til bl.a. socialområdet og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Udfordringer med volumen kan løses – og bliver det i dag – i forpligtende samarbejder på tværs af kommunerne.

En reform skal sikre omstillingen af sundhedsvæsenet

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, som styrker det nære. Og det er det vigtigste mål med en reform, hvis vi vil fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Vi har derfor en række konkrete forslag til, hvad en sundhedsreform skal rumme for at imødekomme borgernes behov.

Forslag til en fremtidig sundhedsstruktur

Sundhedsvæsenet skal særligt favne tre udfordringer, som hidtil ikke er blevet løftet i tilstrækkeligt omfang:

- **Opskalering af det nære sundhedsvæsen**
- **Mere lige adgang til sundhedstilbud i hele landet**
- **Sammenhæng i patientforløb**

For at løfte disse udfordringer skal vi ændre strukturerne i sundhedsvæsenet og prioritere markant anderledes i vores sundhedspolitik med større fokus på at fremme sundhed frem for at behandle sygdom.

✓ 1. Forslag

Den nationale planlægning skal udbygges. De nationale sundhedsmyndigheder skal prioritere udvikling af almene sundhedstilbud i kommuner og almen praksis. Nationale kvalitetsplaner skal løfte og ensarte de almene sundhedstilbud uden for sygehusene og skal være et centralt og tilbagevendende tema i økonomiaftalerne mellem stat, regioner og kommuner. De nationale sundhedsmyndigheder skal også understøtte lige adgang til sundhedsprofessionelle i hele landet fx gennem regulering og fordeling af ydernumre for praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger.

Samarbejde mellem sektorer skal sikre sammenhæng og nødvendig omstilling. Vi kan ikke bygge et sundhedsvæsen uden snitflader. Derfor skal vi sikre, at der er nogle stærke samarbejdsstrukturer, som hjælper borgerne fra den ene sektor til den anden. Et samarbejde med omdrejningspunkt i akutsygehusenes optageområde – fx med afsæt i de nuværende sundhedsklynger – skal være bindeled mellem almene sundhedstilbud og sygehuse. Samarbejdet skal også skabe en **faglig og politisk motor**, som kan sikre udviklingen af det nære sundhedsvæsen, være en stærk medspiller til hospitalerne og skabe et klart incitament til at levere indsatsen mest omkostningseffektivt.

Forpligtigende kommunale samarbejder sikrer stærke, nære tilbud. Hvor volumen, specialisering eller særlige kompetencer er afgørende for at sikre kvalitet i de nære tilbud, er forpligtende kommunale samarbejder en god og afprøvet løsning. Særligt for opgaver, hvor sammenhæng til øvrige kommunale velfærdstilbud er af betydning for borgeren.

Nationale kvalitetsplaner skal være med til at rammesætte opgaverne, så de kan løftes af kommunerne i fællesskab. Det kan eksempelvis være områder som hjerneskaderehabilitering, opgaver relateret til børn og unge, der har været igennem svær sygdom, mennesker udsat for fysiske eller psykiske traumer og mennesker med sygdommene sclerose og ALS – områder som kommissionen peger på i sine analyser.

Kommunerne skal sikre nære sundhedstilbud af høj, ensartet kvalitet med afsæt i nationale kvalitetsstandarder.

Ikke flere regioner. Der skal ikke etableres flere regioner, da det først og fremmest vil svække det specialiserede sygehusvæsen og skabe endnu større geografisk ulighed i de specialiserede tilbud. Sygehusdrift er netop kendetegnet ved, at volumen og stordrift spiller en afgørende rolle. Fagligt bæredygtige og robuste regioner skal sikre solide behandlingstilbud i alle specialer over hele landet.

KL og PLO skal forhandle de nationale aftaler. Almen praksis er fortsat et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen. Kommuner og almen praksis har et nært fagligt fællesskab og kan sammen udvikle de nære tilbud.

Ryk sundhed helt ind i borgerens hverdag

En reform skal sikre, 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, også sygehusene kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Derfor er det **væsentligste formål med en reform** at udbygge et nært sundhedsvæsen, hvor almene sundhedstilbud til de mange udbygges, for det er hér, der reelt er et potentiale for en omstilling af et samlet sundhedsvæsen.

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.

✓ 2. Forslag

Styrk kapaciteten i det nære sundhedsvæsen. Flere borgere med kronisk sygdom kan håndteres i det nære, men det kræver flere praktiserende læger og styrket kapacitet i de kommunale sundhedscentre. Et centralt element i en ny sundhedsreform bør være en faglig plan for, hvordan de store kronikergrupper håndteres i det nære.

Styrk fokus på den patientrettede forebyggelse. Mange borgere med kronisk sygdom kan leve gode liv med deres sygdom, hvis de lærer at håndtere den selv, så den ikke forværres. De patientrettede forebyggelsesindsatser som træning, rygestop og kostvejledning bør spille en langt større rolle i fremtidens kronikerindsats. Her vil vi gerne kvittere for de nye kvalitetsstandarder. De er et vigtigt skridt i den rigtige retning.

Differentiér indsatser og brug teknologi. Teknologi kan bidrage til at styrke kvaliteten i indsatsen ift. visse borgere, ligesom teknologi kan bidrage til at imødegå manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet. Der er brug for at satse mere på brug af teknologi, digitale løsninger og data samt kunstig intelligens. Det skal være let og trygt for borgere, der ønsker det, at anvende digitale løsninger og teknologi. Dermed frigives ressourcer, som kan bruges på de borgere, der har de største behov.

Inddrag civilsamfundet. Civilsamfundet kan spille en vigtig rolle i det nære sundhedsvæsen – både i forhold til at skabe livskvalitet og tryghed hos de ældre patienter, men også i forhold til at skabe gode liv for borgere med kronisk sygdom. Det gælder såvel idrætsforeninger som patient- og pårørendeorganisationer, som allerede i dag samarbejder tæt med kommunerne om sundhedstilbud.

Sygepleje kan ikke adskilles fra ældrepleje

Demografien udfordrer vores sundhedsvæsen, ikke mindst i kommunerne, som får den største opgave, når flere og flere ældre får behov for pleje og sundhed.

Et bredt flertal i Folketinget har vedtaget en ældrereform, som betyder, at kommunerne kan bruge mere tid på kerneopgaven – nemlig omsorg og pleje af de ældre. Et bærende hensyn i ældrereformen er, at sikre kontinuitet ift. de medarbejdere som

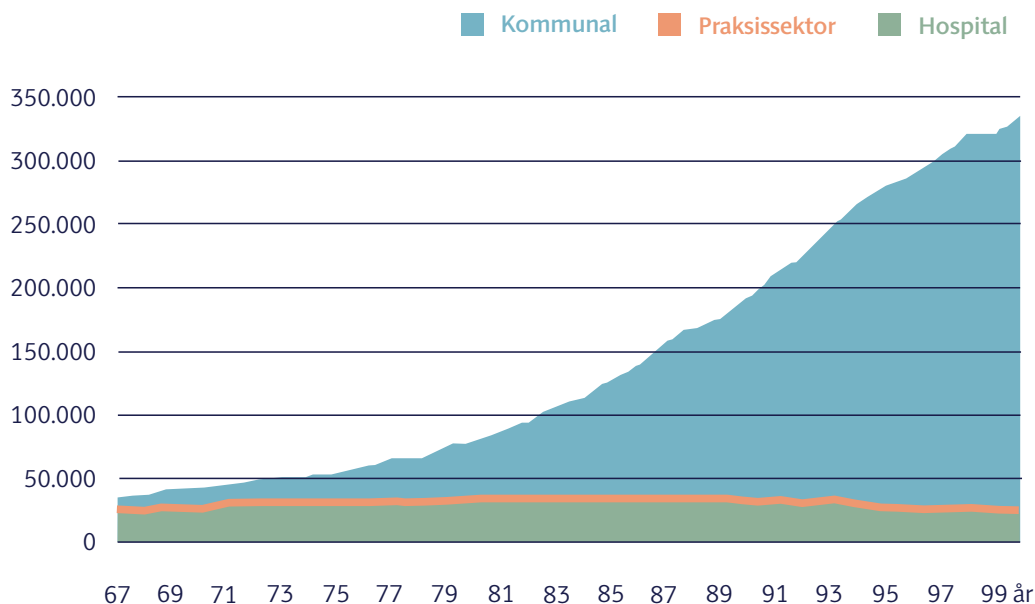
kommer i borgerens hjem. En sundhedsreform skal understøtte dette hensyn om at sikre kontinuitet, sammenhæng og tryghed for borgerne ved, at sygepleje og ældrepleje fortsat er et kommunalt ansvar. En sundhedsreform skal også sikre, at de midlertidige pladser og akutpladser til skrøbelige ældre fortsat er forankret i kommunerne, fordi nærhed, adgang til almene sundhedstilbud og pleje er vigtigere for de borgere, der bruger pladserne, end specialiserede tilbud fra sygehuset.

3. Forslag

Tænk den kommunale sygepleje ind i helhedsplejen på ældreområdet. Et bredt flertal i Folketinget har vedtaget en ældrereform og introduceret begrebet helhedspleje, som bl.a. skal sikre færre medarbejdere i den enkelte borgers hjem og skabe mulighed for faste teams omkring borgerne. Kommunerne støtter, at borgeren skal mødes af én samlet indsats. Derfor skal sygeplejen tænkes ind i helhedsplejen.

Skab et fælles ansvar for de midlertidige pladser. De midlertidige pladser er i dag en integreret del af ældreplejen og tjener mange formål, fx når borgeren venter på en plejehjemsplads, har brug for intensiv genoptræning eller er blevet udskrevet fra sygehus. For mange borgere på de midlertidige pladser vil det være hensigtsmæssigt med lægefagligt opsyn. Derfor bør der etableres et lægefagligt opsyn fra sygehus og almen praksis på de midlertidige pladser.

Sundheds- og plejeudgifter pr. borger fordelt på alderstrin og sektor



Note: Udgifter i 2021. Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021. Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se bilag 1 for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Lægerne skal ud i det nære sundhedsvæsen

Indlæggelsestiderne på sygehusene er over de sidste 20 år blevet kortere og kortere. Det er som udgangspunkt en god ting, for borgerne kommer hurtigere til hæfterne i hjemmевante omgivelser. Ofte bliver ældre patienter udskrevet så tidligt, at de stadig er så dårlige, at kommunen ikke kan tilbyde sygepleje i borgerens eget hjem. I stedet er kommunen nødsaget til at tilbyde ophold på en midlertidig plads, indtil den ældre er kommet sig. Det stiller krav til kommunerne og almen praksis, som skal være klædt på til at løfte opgaven. Det er de ikke altid, som tingene er i dag. Det forsinker det videre behandlingsforløb

og skaber utryghed blandt medarbejdere, borgere og deres pårørende.

Samtidig bliver mange ældre indlagt på sygehuset for noget, der sagtens kunne være forebygget, hvis det var blevet håndteret i tide, og der havde været adgang til lægefaglig sparring.

Siden 2009 er antallet af hospitalslæger (somatisk) steget fra 12.012 til 17.226 fuldtidspersoner. Det er en stigning på over 5.000, svarende til 43 pct. Til sammenligning er antallet af praktiserende læger steget med blot 42 i perioden. Det understreger pointen om, at ressourcerne går til de specialiserede tilbud frem for de nære.

4. Forslag

Læger på alle plejehjem og midlertidige pladser. Ordningen med plejehjemslæger skal udrulles til alle plejehjem, fordi borgernes hjem er den ramme, vi skal folde sundhed ud i. Der skal tilknyttes læger til de midlertidige pladser for at sikre hurtig og fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning for de sårbare borgere, som er der.

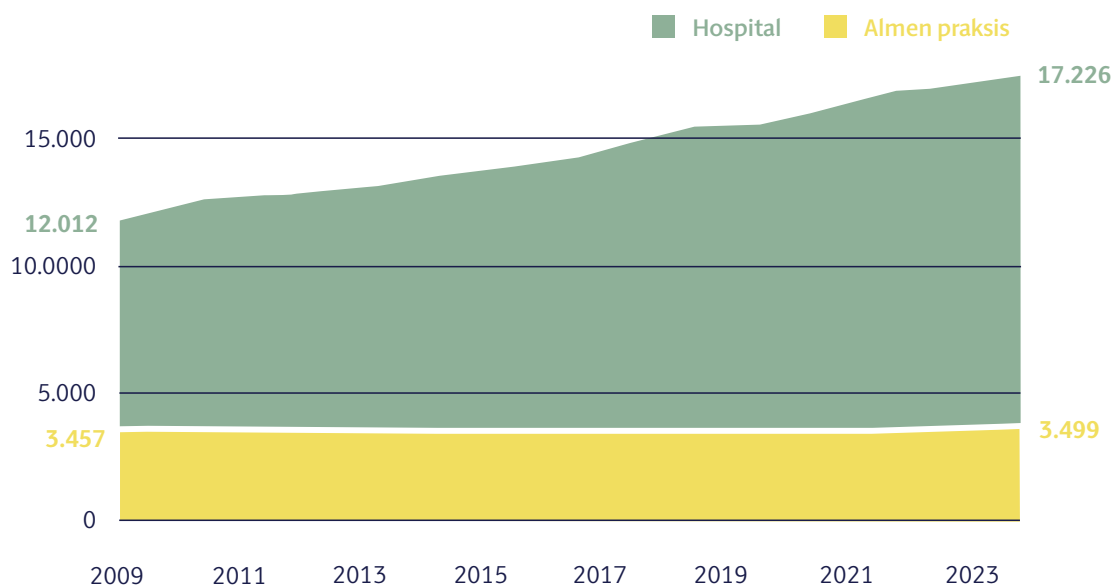
Speciallæger skal være til rådighed for kommunerne og almen praksis. Sygehuse skal forpligtes til at stille fleksibel adgang til speciallægeviden (fx inden for geriatrien) til rådighed for kommuner og almen praksis. Det skal de for bl.a.

at undgå indlæggelser ved hurtigt og effektivt at igangsætte ændringer i borgernes behandlingsplan eller medicin.

Udvid 72 timers behandlingsansvar. 72 timers behandlingsansvar skal udvides til flere grupper, herunder alle ældre medicinske patienter, der har været på en fælles akutmodtagelse, og psykiatriske patienter.

En national ramme for behandlingen af skrøbelige ældre patienter i eget hjem. Det skal sikre en ensartet og kendt kvalitet i den sundhedsfaglige behandling i nærmiljøet.

Udvikling i antal læger i almen praksis og hospitalssektoren 2009-2023



Note: Antal læger ansat på offentlige hospitaler (kun somatik, omregnet til fuldtidsansatte) sammenholdt med antal praktiserende læger (besatte lægekapaciteter). Antallet af hospitalslæger er beregnet som gennemsnit på tværs af alle måneder i året. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i almen praksis (udgør maksimalt 2 pct.). **Kilde:** Egne beregninger på baggrund af KRL.dk (sirka) og PLO.

Der skal være mere lige adgang til sundhedstilbud i hele landet

Der er massiv geografisk ulighed i sundhed. Og der er en tydelig social slagside i sundhedstilstanden på tværs af landet, som også genspejles i boligmassen.

Samtidig er det en del af fundamentet i et stærkt sundhedsvæsen, at man som borger kan vælge en læge tæt på og være tryk ved, at det er muligt at få tid, når der er behov. I dag er der færrest læger dér, hvor de sygeste af borgerne bor. Derfor skal vi investere i, at der er læger i hele landet, især i de områder, hvor det i dag er svært at skaffe læger.

✓ 5. Forslag

Læger skal være dér, hvor behovet er størst. Der skal være en national regulering og fordeling af ydernumre for praktiserende læger og speciallæger, der understøtter lægedækning i hele landet.

Lægen skal have tid til de mest syge. Vi skal arbejde med differentierede honorarer og sikre, at antallet af patienter pr. læge tager udgangspunkt i borgernes behandlingsbehov.

Tænk boligpolitik og sundhedspolitik sammen. Vi skal udnytte, at vi både står foran en ny boligaftale og en sundhedsreform, der skal styrke det nære sundhedsvæsen. Sundhedsarkitekturen rummer store uudnyttede potentialer særligt i de almene boligselskaber, hvor der er mange beboere med en dårligere sundhedstilstand. Her kan fremskudte indsatser og inddragelse af civilsamfund medvirke til at skabe mere lighed.

Socialpsykiatrien er en central del af det nære sundhedsvæsen

Socialpsykiatrien spiller en betydelig rolle i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser. Socialpsykiatriens samarbejde med behandlingspsykiatrien i regionerne er udfordret mange steder, bl.a. fordi indlæggelsestiden i psykiatrien næsten er halveret siden 2002. Kommunerne oplever, at alt for mange psykiatriske patienter ikke er udskrivningsparate, når de udskrives fra en psykiatrisk afdeling. Samtidig er andelen af psykiatriske patienter, der må genindlægges indenfor 30 dage efter udskrivning steget, så det nu sker for mere end hver fjerde patient.

Udviklingen kalder både på en styrkelse af socialpsykiatrien i form af kommunale afklaringspladser og på, at sygehusene i højere grad lever op til deres behandlingsansvar for psykiatriske patienter.

✓ 6. Forslag

72 timers udvidet behandlingsansvar i psykiatrien. Ligesom i somatikken bør lægerne i psykiatrien have et 72 timers behandlingsansvar, når en patient udskrives.

Faste botilbudslæger på alle botilbud, så sygdom og dårlig sundhedstilstand blandt beboerne opdages tidlige.

Regionale botilbudsteams skal tilknyttes alle botilbud, hvor der bor borgere med psykisk lidelse for at understøtte samarbejdet mellem region og kommune om borgerne. Teams skal også skabe mere sammenhængende forløb, forebygge indlæggelser og nedbringe antallet af tvangsindlæggelser i psykiatrien.

Fleksible, midlertidige afklaringspladser i kommunerne skal sikre bedre overgange ved udskrivning af borgere med psykiske lidelse. Det kan stabilisere borgeren og sikre det bedste udgangspunkt for den videre indsats i kommunerne. Sygehusene skal stille fleksibel adgang til speciallægeviden til rådighed for kommunerne på pladserne.

Høringsvaret er underskrevet af alle landets borgmestre, rådmænd på sundheds- og ældreområdet og KL's bestyrelse.

Steen Christiansen,
borgmester,
Albertslund Kommune (S)

Karsten Längerich,
borgmester,
Allerød Kommune (V)

Søren Steen Andersen,
borgmester,
Assens Kommune (V)

Jesper Würtzen,
borgmester,
Ballerup Kommune (S)

Stephanie Storbank,
borgmester,
Billund Kommune (V)

Jacob Trøst,
borgmester,
Bornholms Regionskommune (C)

Maja Højgaard,
borgmester,
Brøndby Kommune (S)

Mikael Klitgaard,
borgmester,
Brønderslev Kommune (V)

Kenneth Gøtterup,
borgmester,
Dragør Kommune (C)

Vicky Holst Rasmussen,
borgmester,
Egedal Kommune (S)

Jesper Frost Rasmussen,
borgmester,
Esbjerg Kommune (V)

Frank Jensen,
borgmester,
Fanø Kommune (B)

Lars Storgaard,
borgmester,
Favrskov Kommune (C)

Ole Vive,
borgmester,
Faxe Kommune (V)

Thomas Lykke Pedersen,
borgmester,
Fredensborg Kommune (S)

Christian Bro,
borgmester,
Fredericia Kommune (S)

Michael Vindfeldt,
borgmester,
Frederiksberg Kommune (S)

Birgit S. Hansen,
borgmester,
Frederikshavn Kommune (S)

Tina Tving Stauning,
borgmester,
Frederikssund Kommune (S)

Ole Bondo Christensen,
borgmester,
Furesø Kommune (S)

Hans Stavnsager,
borgmester,
Faaborg-Midtfyn Kommune (S)

Michael Fenger,
borgmester,
Gentofte Kommune (C)

Trine Græse,
borgmester,
Gladsaxe Kommune (S)

Kasper Damsgaard,
borgmester,
Glostrup Kommune (S)

Pernille Beckmann,
borgmester,
Greve Kommune (V)

Bent Hansen,
borgmester,
Gribskov Kommune (V)

Simon Hansen,
borgmester,
Guldborgsund Kommune (S)

Mads Skau,
borgmester,
Haderslev Kommune (V)

Steffen Jensen,
borgmester,
Halsnæs Kommune (S)

Ole Vind,
borgmester,
Hedensted Kommune (V)

Benedikte Kiær,
borgmester,
Helsingør Kommune (C)

Thomas Gyldal Petersen,
borgmester,
Herlev Kommune (S)

Dorte West,
borgmester,
Herning Kommune (V)

Kirsten Jensen,
borgmester,
Hillerød Kommune (S)

Søren Smalbro,
borgmester,
Hjørring Kommune (V)

Christina K. Hansen,
borgmester,
Holbæk Kommune (S)

H.C. Østerby,
borgmester,
Holstebro Kommune (S)

Peter Sørensen,
borgmester,
Horsens Kommune (S)

Anders Wolf Andresen,
borgmester,
Hvidovre Kommune (SF)

Michel Ziegler,
borgmester,
Høje-Taastrup Kommune (C)

Morten Slotved,
borgmester,
Hørsholm Kommune (C)

Ib Lauritsen,
borgmester,
Ikast-Brande Kommune (V)

Merete Amdisen,
borgmester,
Ishøj Kommune (S)

Mogens Christen Gade,
borgmester,
Jammerbugt Kommune (V)

Martin Damm,
borgmester,
Kalundborg Kommune (V)

Kasper Ejning Olesen,
borgmester,
Kerteminde Kommune (S),

Knud Erik Langhoff,
borgmester,
Kolding Kommune (C)

Line Barfod,
teknik- og miljøborgmester,
Københavns kommune (EL)

Sisse Marie Welling,
sundheds- og omsorgsborgmester,
Københavns Kommune (SF)

Sophie Hæstorp Andersen,
overborgmester,
Københavns Kommune (S)

Marie Stærke,
borgmester,
Køge Kommune (S)

Tonni Hansen,
borgmester,
Langeland Kommune (SF)

Fortsat fra forrige side

| | | | |
|--|---|--|--|
| Tina Mandrup, borgmester, Lejre Kommune (V) | Tommy Hummelose, rådmænd, Odense Kommune (C) | Knud Vincents, borgmester, Slagelse Kommune (V) | Jens Ejner Christensen, borgmester, Vejle Kommune (V) |
| Erik Flyvholm, borgmester, Lemvig Kommune (V) | Karina Vincentz, borgmester, Odsherred Kommune (L) | Emil Blücher, borgmester, Solrød Kommune (LA) | Per Bach Laursen, borgmester, Vesthimmerlands Kommune (V) |
| Holger Schou Rasmussen, borgmester, Lolland Kommune (S) | Torben Hansen, borgmester, Randers Kommune (S) | Gert Jørgensen, borgmester, Sorø Kommune (C) | Ulrik Wilbek, borgmester, Viborg Kommune (V) |
| Sofia Osmani, borgmester, Lyngby-Taarbæk Kommune (C) | Jesper Greth, borgmester, Rebild Kommune (V) | Henning Urban Dam Nielsen, borgmester, Stevns Kommune (S) | Mikael Smed, borgmester, Vordingborg Kommune (S) |
| Tobias Johansen, borgmester, Læsø Kommune (V) | Hans Østergaard, borgmester, Ringkøbing-Skjern Kommune (V) | Marianne Bredal, borgmester, Struer Kommune (V) | Peter Hansted, borgmester, Ærø Kommune (S) |
| Mogens Jespersen, borgmester, Mariagerfjord Kommune (V) | Klaus Hansen, borgmester, Ringsted Kommune (V) | Bo Hansen, borgmester, Svendborg Kommune (S) | Jan Riber Jakobsen, borgmester, Aabenraa Kommune (C) |
| Johannes Lundsfryd Jensen, borgmester, Middelfart Kommune (S) | Tomas Breddam, borgmester, Roskilde Kommune (S) | Michael Stegger Jensen, borgmester, Syddjurs Kommune (S) | Jes Lunde, rådmænd, Aalborg Kommune (B) |
| Hans Ejner Bertelsen, borgmester, Morsø Kommune (V) | Ann Sofie Orth, borgmester, Rudersdal Kommune (C) | Erik Lauritzen, borgmester, Sønderborg Kommune (S) | Lasse Frimand Jensen, borgmester, Aalborg Kommune (S) |
| Kasper Bjerregaard, borgmester, Norddjurs Kommune (V) | Britt Jensen, borgmester, Rødovre Kommune (S) | Niels Jørgen Pedersen, borgmester, Thisted Kommune (V) | Christian Budde, rådmænd, Aarhus Kommune (V) |
| Mette Landtved-Holm, borgmester, Nordfyns Kommune (V) | Marcel Meijer, borgmester, Samsø Kommune (S) | Jørgen Popp Petersen, borgmester, Tønder Kommune (SP) | Jacob Bundsgaard, borgmester, Aarhus Kommune (S) |
| Kenneth Muhs, borgmester, Nyborg Kommune (V) | Helle Gade, borgmester, Silkeborg Kommune (S) | Allan S. Andersen, borgmester, Tårnby Kommune (S) | |
| Carsten Rasmussen, borgmester, Næstved Kommune (S) | Johan Brødsgaard, 1. viceborgmester, Silkeborg Kommune (B) | Henrik Rasmussen, borgmester, Vallensbæk Kommune (C) | |
| Lone Jakobi, borgmester, Odder Kommune (S) | Frandis Fischer, borgmester, Skanderborg Kommune (S) | Mads Sørensen, borgmester, Varde Kommune (V) | |
| Peter Rahbæk Juel, borgmester, Odense Kommune (S) | Peder Christian Kirkegaard, borgmester, Skive Kommune (V) | Frank Schmidt-Hansen, borgmester, Vejen Kommune (C) | |