

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar på sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Dette høringssvar sendes på vegne af Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Københavns, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk kommune. Vores særkende er, at vi er mange mindre kommuner, nogle mellemstore kommuner og landets største kommune, som alle indgår i Sundhedsklynge Syd. Vi har forskellige vilkår og forudsætninger for den kommunale opgaveløsning, og har gennem årene opnået forståelse for hinanden, og opbygget tillidsfulde samarbejder til gavn for borgerne.

Med sigte på, at vi bliver flere ældre med trænings- og plejebehov, flere borgere med kronisk sygdom og flere, der har det svært psykisk, er der behov for en samlet omstilling af sundhedsvæsenet. Den omstilling skal ske klogt, og vi mener, at det gøres bedst ved at styrke det nære og almene sundhedsvæsen, som er forankret lokalt i kommunerne.

Vurdering af forvaltningsmodeller

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at opstille og vurdere modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering.

Forvaltningsmodel 1 og 2

Med forvaltningsmodel 1 og 2 lægges der op til centralisering af sundhedsvæsenet, og det foreslås, at flytte ældre- og sundhedsopgaver væk fra kommunerne og til en myndighed, som også har det driftsmæssige ansvar for det sekundære sundhedsvæsen. Vi finder ikke, at model 1 og 2 kan være svar på den omstilling, sundhedsvæsenet har brug for.

Model 1 og 2 afspejler en centralisering af sundhedsvæsenet, hvor der er fokus på patienter og sygdom frem for borgere og deres dagligdag. En centralisering er i vores optik ikke en styrkelse af det nære og almene sundhedsvæsen, som i særdeleshed handler om den brede borgerrettede forebyggelse, pleje og rehabilitering, som løftes på tværs af fagområder, og der hvor borgerne færdes i hverdagen. Det er en indsats kommunerne i dag løfter i samspil med praksissektor og civilsamfund. Vi er bekymrede for, at en centralisering af sundhedsvæsenet vil betyde, at det almene og nære sundhedsvæsen drukner i prioriteringen af det specialiserede og højtspecialiserede sundhedsvæsen.

Vi ser ikke, at en enstregen politisk ledelse er garant for sammenhæng i patientforløb eller balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Ej heller ser vi, at et statsligt sundhedsvæsen med et stort demokratisk underskud, som model 2 lægger op til, kan være svaret på den omstilling, der er behov for. Vi finder den demokratiske legitimitet i model 2 dybt uhensigtsmæssig, og mener tværtimod, at en politisk ledelse tæt på driften er en fordel for borgerne, idet der i lokalsamfundene er en tæt politisk opmærksomhed på, at sundhedsvæsenet holder fokus på borgernes ønsker og behov.

En så markant omstilling af sundhedsvæsenet, som der lægges op til i model 1 og 2, vil betyde omfattende og årelange transaktionsomkostninger, som vi ikke er overbeviste om står mål med det resultat, der kan opnås ved et centraliseret sundhedsvæsen. En flytning af kommunale sundhedsopgaver vil desuden skabe nye tværsektorielle snitflader. Det ser vi som væsentlig transaktionsomkostning, da det tager en rum tid at bygge op og vi er bekymrede for, at vores borgere kommer til at møde alt andet end et sammenhængende sundhedsvæsen.

Forvaltningsmodel 3

I forhold til de opstillede forvaltningsmodeller anser vi model 3, som havende det største potentiale for at skabe en omstilling, der er brug for, for at imødekomme de udfordringer, det samlede sundhedsvæsen står overfor, idet udviklingen af de nære og almene sundhedstilbud får opmærksomhed i egen ret.

Model 3 lægger op til, at en række opgaver på sundheds- og ældreområdet samles og enten flyttes væk fra kommunerne eller løses i tværkommunale samarbejder. Vi er glade for, at sundhedsstrukturkommissionen ikke ser samling af opgaveansvaret under én myndighed som det eneste middel til at skabe stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet. Vi er bekymrede for, at en samling af opgaveansvaret under én myndighed vil skabe nogle meget store organisatoriske enheder, som medfører manglende nærhed i både den administrative og politiske ledelsesmæssige nærhed til opgaveløsningen tæt på borgerne.

De mindre kommuner er stærkt repræsenteret i sydklyngen og flere steder i rapporten læser vi, at der er en opfattelse af, at nogle kommuner ikke på alle områder har volumen til at drive sundhedstilbud. Det har vi lyst til at anfægte, for det er bestemt ikke vores opfattelse, og vi finder det ikke tilstrækkeligt underbygget i rapporten, at nogle kommuner ikke har tilstrækkelig volumen til at drive sundhedstilbud og varetage specialiserede opgaver.

Samtidig ser vi, at omstillingen af sundhedsvæsenet, ud fra et kommunalt perspektiv, kan løses gennem blandt andet en udbygning af forpligtende samarbejder på tværs af kommuner og nationale kvalitetsstandarder for at minimere den kommunale variation. Dertil et styrket tværsektorielt samarbejde, hvor der arbejdes systematisk og kontinuerligt med at finde nye løsninger for at bringe det sekundære sundhedsvæsen tættere på borgerne. Nogle kommuner i sydklyngen har større behov end andre for at skabe tværkommunale samarbejder. Vores oplevelse er, at det sker dér, hvor det er meningsfuldt for den enkelte kommune, og hvor det løfter den faglige kvalitet i indsatsen til borgerne.

Vi hæfter os særligt ved, at der i forvaltningsmodel 3 nævnes opgavesamling inden for den kommunale sygepleje, genoptræning, midlertidige pladser og akutpladser, patientrettet forebyggelse samt hjælpemidler. I nedenstående vil vi give eksempler på, hvordan vi i de mindre kommuner løser disse opgaver, og hvordan sundhedstilbuddene er forbundet med hinanden. Vi giver også eksempler på tværkommunale samarbejder, som allerede er etableret.

Kommunal sygepleje

Den kommunale sygepleje har stor betydning for den kommunale opgaveløsning på både socialområdet og sundheds- og ældreområdet. Det er derfor vigtigt for os, at sygeplejen forbliver kommunalt forankret, så den kan integreres med ældreområdet og det sociale område, herunder kommunale botilbud.

Vi har et godt kendskab til borgerne og deres livshistorie, herunder sociale, økonomiske og praktiske problemer, og vi prioriterer, at der skabes kendskab og relation mellem borger og sygeplejerske. Det gør, at vi langt hen ad vejen har mulighed for at tilgodese de ønsker og behov, borgerne har, gennem en fleksibel tilgang til omsorg og sygepleje. Vi mener, at det er til gavn for borgerne og er med til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Flere kommuner er i forbindelse med ældrereformen begyndt at organisere sig gennem faste teams, hvor det helt store mål er at opnå så høj kontinuitet og selvbestemmelse hos borgeren med så få medarbejdere som muligt i det enkelte hjem. En del af arbejdet med faste teams er at sikre, at der udarbejdes en fælles tværfaglig plan for borgeren og at alle kender og arbejder ud fra den. Kommunerne er gået lidt forskelligt til værks i organiseringen af faste teams. Flere kommuner, herunder Albertslund og Tårnby Kommuner, følger VIVEs anbefalinger om allerede fra opstart at integrere sygeplejen i faste teams. I Tårnby Kommune er der positive erfaringer ved at integrere hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i faste teams. Det har haft en klar positiv virkning på den faglige kvalitet i form af mere sammenhængende og kontinuerlig faglig indsats for borgeren. Hvidovre Kommune er gået skridtet videre, og har integreret visitationen i de faste teams.

En adskillelse af myndighedsansvaret for hjemmesygeplejen og den øvrige ældrepleje og socialområdet vil betyde, at vi mister den unikke mulighed for at sikre en tæt faglig koordinering omkring ydelser i eget hjem. Det vil skabe nye snitflader og behov for omfattende koordinering af det tværsektorielle samarbejde, og snitfladerne kan risikere at rykke ud i borgerens hjem.

Kommunale akutfunktioner

Samspillet mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen betyder, at kommunerne kan løfte også de mere specialiserede sygeplejeopgaver i hjemmet. Vi ser akutsygeplejen som et stærkt bindeled både i det primære og mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Alle kommuner i sydklyngen har velfungerende kommunale akutfunktioner. Enten som en integreret del af den kommunale sygepleje, som er tilfældet i Dragør og Ishøj Kommuner, som en selvstændig enhed i Tårnby Kommune eller organiseret i et tværkommunalt samarbejde.

Som eksempler på tværkommunale samarbejder, kan nævnes FAF (Fælles Akut Funktion), som er et tværkommunalt samarbejde mellem Høje Taastrup, Glostrup, Vallensbæk og Albertslund Kommuner ligesom også Brøndby og Hvidovre Kommuner har et fælles akutteam.

Såvel akutfunktioner organiseret som tværkommunale samarbejder og integreret i den kommunale sygepleje virker i en kommunal kontekst, og både Ishøj og Dragør Kommuner er døgndækket med sygeplejekompetencer – også selv om befolkningsunderlaget er væsentligt mindre end de 75.000

borgere, som der i rapporten bliver fremhævet som gylden standard på baggrund af én kommunes udtalelse.

Midlertidige pladser

Alle kommuner i sydklyngen har oprettet midlertidige pladser, som anvendes fleksibelt i forhold til sundhedslov og servicelov og de behov, der er på et givent tidspunkt. Vores erfaring er, at ikke alle borgere på de midlertidige pladser, har haft en forudgående kontakt med hospitalet eller aktuell kontakt med praktiserende læger. De midlertidige pladser er i dag en integreret del af ældreplejen og tjener flere formål. De borgere, der visiteres til en midlertidig plads, er borgere, som af den ene eller anden årsag, ikke kan være i hjemmet, og derfor kan have brug for fx aflastning, social omsorg, venteplads eller genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse fra hospital. Kun Brøndby og Københavns Kommuner har dedikerede akutpladser efter sundhedsloven.

De midlertidige pladser bliver drevet lidt forskelligt i kommunerne. Nogle Kommuner har midlertidige pladser, som ligger i tilknytning til plejecentre, som fx Høje Taastrup, Brøndby og Ishøj Kommuner, mens andre midlertidige pladser har en særskilt fysisk beliggenhed, som fx Midlertidig Døgnrehabilitering i Hvidovre Kommune.

Vi ser en klar fordel i, at de midlertidige pladser er placeret i sammenhæng med plejecentre, som huser mange svækkede borgere, som har fået det for dårligt til selv at klare dagligdagen i eget hjem, idet vi i høj grad gør brug af, at personale går på tværs og understøtter hinanden. De midlertidige pladser har flere sygeplejersker ansat end et typisk plejecenter. Sådant skal det også være, idet pleje og omsorgsopgaven er mere kompleks. Sygeplejerskerne er med til at højne kvaliteten, efteruddanne personalet, forebygge indlæggelser og har kompetencer inden for palliation.

Med tanke på det fælles populationsansvar har vi i Politisk Sundhedsklynge Syd netop vedtaget at sætte ekstra fokus på det tværsektorielle samarbejde om borgere på midlertidige pladser, blandt andet i form af en tværsektoriel model for, hvordan borgerne på de midlertidige pladser kan få styrket deres adgang til lægebetjening.

En flytning af midlertidige pladser til en anden driftsorganisation vil skabe nye snitflader på tværs af sektorer, og det er vanskeligt for os at se, hvordan kommunerne kan gøre brug af de midlertidige pladser. Vi vil imidlertid hilse velkomment, at de midlertidige pladser reguleres i form af nationale kvalitetsstandarder ligesom vi ser, at et lægefagligt medansvar fra hospital og almen praksis på de midlertidige pladser kan udbygges, herunder være lettilgængelig og døgn dækket.

Genoptræning

Det er afgørende for os, at genoptræningen – både når det gælder almen genoptræning efter hospitalsindlæggelse og vedligeholdende genoptræning – forbliver samlet og varetages i kommunerne med en tæt kobling til det øvrige træningsområde og civilsamfundet. Såfremt myndighedsansvaret flyttes, vil vi være bekymrede for, at borgerne ikke i tilstrækkeligt omfang vil modtage den nødvendige genoptræning.

Mange af de borgere, der henvises til kommunal genoptræning efter hospitalsindlæggelse, har brug for lidt ekstra hjælp og støtte til at komme igennem træningen. Her er nærmiljøet vigtigt, idet genoptræningen tæt på borgeren ofte er essentiel for, at borgerne får gennemført træningen. Vi ved, at parametre som beskæftigelse, herkomst og uddannelsesniveau har en betydning for borgeres sundhed. Derfor er det et vigtigt fokus i arbejdet med at højne borgernes sundhed, og det er nogle af de faktorer, vi kan tage hensyn til i nærmiljøet. Vi ser, at det kan skabe øget ulighed i sundhed og på sigt flere indlæggelser og genindlæggelser, hvis borgerne ikke formår at opnå samme funktionsniveau som før indlæggelsen.

I nærmiljøet kan vi fx tilbyde udetræning, som anvendes i genoptræningen i nærmiljøet omkring de kommunale sundheds- og medborgerhuse, hvor genoptræningen holder til. Dette sikrer, at borgerne genoptrænes lokalt og selv vil kunne benytte faciliteterne efter endt forløb. I Ishøj Kommune er der også mulighed for at tilbyde selvtræning for borgere, som er medlem af en forening eller patientforening. Her åbnes genoptræningsfaciliteter aftner og weekender for forskellige foreninger, hvor genoptræningen oplærer nogle frivillige i at træne et hold fra pågældende forening.

Vi anerkender imidlertid, at der kan være områder, hvor en kommune ikke har tilstrækkelig volumen til at varetage mere specialiserede opgaver, fx når det gælder hjerneskaderehabilitering, genoptræning efter benamputationer, genoptræning og rehabilitering af borgere med fx hoved hals kræft. Her vil vi pege på, at der skal skabes tværkommunale samarbejder. Det gør vi allerede, og vi kan gøre endnu mere af det. Som eksempel kan nævnes, at Glostrup og Albertslund Kommuner har opbygget et stærkt samarbejde omkring almen genoptræning. Vi oplever, at en sådan samarbejdsmodel godt kan rumme almen genoptræning af mere særlig karakter. Tilsvarende gør sig gældende på genoptræningsområdet mellem Tårnby og Dragør Kommuner.

På de områder, hvor tværkommunale samarbejder ikke rækker til at tilbyde genoptræning af de mindre patientgrupper som fx hjerneskaderehabilitering, købes ydelsen af eksterne leverandører som Ringstedhave eller Filadelfia.

Forebyggelsesområdet

Langt de fleste af sydklyngens kommuner tilhører kommunesocialgruppe 3 og 4, hvor der ifølge sundhedsprofilens data, generelt er en høj forekomst af kroniske sygdomme. Sundhedsprofilen viser blandt andet også, at der på vestegnen er en relativ høj forekomst af svær overvægt, det samme gør sig gældende for daglig rygning.

Generelt savnes et stærkere fokus på forebyggelsesområdet i strukturkommissionens rapport. Over tid er der i kommunerne opbygget stærke kompetencer i både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse og vi ser to områder som tæt forbundne. Vi er bekymrede for, at synergien forsvinder, hvis den patientrettede og borgerrettede forebyggelse splittes op.

Vi ser den patientrettede forebyggelse som værende tæt forbundet med civilsamfundet og en vigtig opgave i den patientrettede forebyggelse er at understøtte borgerne til at få en god hverdag med kronisk sygdom. I lighed med borgere, der modtager genoptræning, er vores erfaring, at særligt

kronikere har behov for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i nærmiljøet. Det får man ikke ved at flytte opgaven fra kommunen til en ny myndighed.

Borgere med fx diabetes danner netværksgrupper med fokus på at lave diabetesvenlig mad efter endt trænings- og rehabiliteringsforløb i kommunerne. Det understøtter vi meget gerne i kommunerne. Ishøj Kommune stiller fx lokaler rådighed og samtidig har kommunen mulighed for at sætte andre i forbindelse med det netværk. Kommunale medarbejdere benytter både deres kendskab til de kommunale tilbud og deres lokalkendskab til civilsamfundet til at gøre borgerne opmærksomme på, opfordre til og evt. følge borgerne til nogle af de lokale sundheds- og netværkstilbud, der er etableret.

Vi oplever, at der på Vestegnen er et stort samarbejde kommunerne imellem, så borgerne har frihed til at vælge det tilbud, de ønsker. Fx stiller Albertslund Kommune deres hjerterehabilitering til rådighed for de nærliggende kommuner.

I Sundhedsklynge Syd har vi politisk prioriteret at sætte fokus på overvægtsområdet og på tværs af kommunerne i sydklyngen er der etableret et stærkt forebyggelsessamarbejde ”Klar livet uden røg og rusmidler”, som er forankret i Vallensbæk Kommune.

Hjælpeområdene

Vi mener, at hjælpemidler fortsat bør visiteres af de sagsbehandlere, som kender borgerne bedst. Deraf følger, at vi ser hjælpemiddelområdet som bedst placeret i kommunerne. Kommunerne leverer, hjemtager og reparerer de hjælpemidler, som allerede er blevet bevilget. Der er i dag etableret tværkommunale samarbejder om hjælpemidler, blandt andet mellem Albertslund og Glostrup Kommune.

De tværgående anbefalinger

I rapporten opstilles seks tværgående og uafhængige anbefalinger, som kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges. Det bakker vi op om. Vi har dog bemærkninger til fire af de seks anbefalinger.

Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Vi ser fortsat, at praktiserende læger får en stærk rolle i det fremtidige sundhedsvæsen. De har en nøgelfunktion i sundhedsvæsenet og løfter en stor og væsentlig opgave i forhold til at varetage diagnosticering og behandling og i forhold til at afklare, om borgerne skal henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen.

Vi bakker op om, at der skal ske en stærkere central styring af området, så der kan opnås en mere lige adgang til sundhed hos praktiserende læger. Flere vestegnskommuner er i 2024 fastlagt som lægedækningstruede områder. Det drejer sig om Vallensbæk, Ishøj, Hvidovre, Høje-Taastrup og Brøndby Kommuner. Vi finder det glædeligt, hvis det store lokale arbejde, der gøres i kommunerne for at tiltrække nye læger, understøttes af en stærkere national styring af området, herunder blandt andet

nye klinikformer og mulighed for differentiering af patienttal og honorar for at gøre disse områder mere attraktive for en praktiserende læge. Honorardifferentieringen bør, som der også skrives i rapporten, tage højde for borgernes sundhedsprofil, dog vil vi gøre opmærksom på, at der kan være forskelle fra kommune til kommune, selvom man geografisk ligger i nærheden af hinanden. Også internt i særligt de større kommuner kan der være markante forskelle i borgernes sundhedsprofil og borgersammensætning (fx kulturelt, sundhedsmæssigt, sprogligt og tyngden af socialt udsatte).

Vi oplever, som der også nævnes i rapporten, at der gradvist er kommet flere fasttilknyttede praktiserende læger til plejecentre. I flere kommuner i sydklyngen er vi imidlertid ikke i mål med at være dækket af plejehjemslæger. Vi har flere plejecentre, der ikke eller kun delvist er dækket af plejehjemslægeordningen. Det ser vi frem til bliver en fast standard.

Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Vi imødeser en større national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, både i forhold til digitale løsninger for borgerne men også for sundhedspersonalet.

Vi er enige i, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, og at det er et middel til at skabe bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

Vi har længe savnet en national dataplatform og digital infrastruktur med et højt og pålideligt niveau af informationssikkerhed, der understøtter samarbejdet om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Det bakker vi op om. Vi oplever, at der er en skævvridning i den måde ressourcerne er fordelt på i dag. Vi er helt overbeviste om, at man ved at tilføre ressourcer til det primære sundhedsvæsen, kan lave den omstilling i det danske sundhedsvæsen, der er behov for.

Vi vil også gerne forpligtes til at levere en større ensartethed i den kommunale opgaveløsning. Det kan vi blandt andet gøre gennem nationale kvalitetsstandarder.

Vi bakker ligeledes op om kommissionens anbefaling om kommunale sundhedshuse, der også kan indeholde sundhedstilbud fra region, primær sektor og civilsamfund som en mulighed for at samle kompetencer og skabe sammenhæng og helhedsperspektiv i borgerforløb.

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Vi vil gerne fremhæve vigtigheden af sammenhængen ml. socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien, herunder krav om fast botilbudslæge, styrkelse af forebyggelse på sociale botilbud samt løft af kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser og bedre sammenhæng ved at tydeliggøre af ansvars- og opgavefordelingen mellem aktørerne.

Vi tilslutter os en bedre sundhed og mere sammenhæng for psykiatriske patienter. Samtidig kan vi som kommuner have en bekymring om, hvorvidt en stor organisationsændring, som sammenlægning af somatik og psykiatri, vil tage fokus fra 10 års planen for psykiatrien.

Anbefalingen om fasttilknyttede læger på botilbud hilser vi velkomment. Vores erfaring er imidlertid, at det er vanskeligt at rekruttere praktiserende læger til dette. Brøndby Kommune har haft succes med det, men det er desværre langt fra lykkes alle kommuner.

Vi håber, at det videre arbejde med strukturkommissionens anbefalinger, kan øge tilslutningen af faste læger på såvel plejehjem som botilbud.

Videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde

Der vil fortsat være behov for et tæt, tværsektorielt samarbejde med fokus på at sikre sammenhæng i borgernes forløb mellem sektorerne. Vi ser, at en styrkelse af sundhedsklyngerne med både et fagligt og et politisk niveau kan bidrage til at fortsætte udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

I vores optik bør sundhedsklyngerne have tilført en højere grad af beslutningskraft, incitamentsstrukturer og finansiering for, at vi i fællesskab kan løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles somatiske og psykiatriske patienter i akutsygehusets optageområde.

Som sundhedsstrukturkommissionen skriver, så virker strukturer bedst, hvis de får lov til at virke over en længere periode. Vi tror det samme gælder for sundhedsklyngerne. I Sundhedsklynge Syd er vi allerede godt i gang med at opbygge et stærkt og tillidsfuldt samarbejde. Fx er vi ved at søsætte en indsats omkring borgere med forløb i akutmodtagelsen og arbejder løbende med større tværsektorielle indsatser som dosisdispenseret medicin, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser og 72 timers behandlingsansvar. Det ønsker vi mere af, og vi tror ikke, at udviklingen af sundhedsklyngerne endnu har opnået sit fulde potentiale.

Vi ser frem til den videre dialog om sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, ligesom vi gerne står til rådighed med uddybende information om de eksempler på tværkommunale samarbejder, vi har valgt at nævne i høringssvaret.

Kommuner bag høringssvaret

Følgende borgmestre står bag dette høringssvar:

Steen Christiansen, Albertslund Kommune

Maja Højgaard, Brøndby Kommune

Kenneth Gøtterup, Dragør Kommune

Kasper Damsgaard, Glostrup Kommune

Anders Wolf Andresen, Hvidovre Kommune

Michael Ziegler, Høje Taastrup Kommune

Merete Amdisen, Ishøj Kommune

Sisse Marie Welling, Københavns Kommune

Britt Jensen, Rødovre Kommune

Allan S. Andersen, Tårnby Kommune

Henrik Rasmussen, Vallensbæk Kommune