



## Bilag

### Hovedbudskaber fra de tre temadrøftelser i regi af Sundhedsstrukturkommissionen

På baggrund af temadrøftelserne i Sundheds- og Omsorgsudvalget i regi af Sundhedsstrukturkommissionen omhandlende dokumentation, opgaveflytning samt borgere med kronisk sygdom og samarbejdet med almen praksis fremsættes følgende hovedbudskaber, som kan videregives til kommissionen.

Hovedbudskaberne vedrørende dokumentation og opgaveflytning er behandlet og godkendt af Sundheds- og Omsorgsudvalget på møderne den 10. oktober 2023 og den 9. november 2023.

#### **Hovedbudskaber fra temadrøftelse om borgere med kronisk sygdom og almen praksis**

##### **1. Borgerne skal opleve sammenhæng på tværs af sektorer**

Mangel på sammenhæng i sundhedsvæsenet øger uligheden, for det rammer sårbare og kronisk syge borgere hårdest. Mange borgeres problemstillinger er som udgangspunkt komplekse, og det kræver, at vi arbejder sammen på tværs af fagligheder og sektorer for at understøtte hele borgerens situation bedst muligt. Derfor har vi et fælles ansvar for at skabe større sammenhæng på tværs af læger, hospitaler og kommuner. Vi skal samarbejde om fælles data, konferencer om komplicerede borgersager og udvikling af nye løsninger.

##### **2. Mere lighed i kommunal rehabilitering**

Mangel på samarbejde mellem kommuner og praktiserende læger øger risikoen for, at sårbare borgere og borgere med kronisk sygdom ikke får tilbudt eller gennemfører kommunal rehabilitering. Derfor skal kommuner og praktiserende læger samarbejde tættere, og vi skal have modet til at mindske ulighed i sundhed ved at tilbyde forskellige forløb efter behov. Det betyder også, at vi skal turde prioritere ressourcerne, så vi giver mere håndholdte og intensive forløb til nogle borgere fremfor andre.

##### **3. Kommuner skal understøtte praktiserende læger**

Sundhedsopgaverne i det nære sundhedsvæsen er blevet flere og mere komplekse, og det øger risikoen for manglende koordination og sammenhæng. Derfor skal vi understøtte de praktiserende læger i deres rolle som tovholder, så det er de "rigtige" borgere, der får tilbudt de rette sundhedstilbud.

7. december 2023  
Edoc-sagsnummer  
2023-0458906

F2 sagsnummer  
2023 - 20584

## **Hovedbudskaber fra temadrøftelse om opgaveflytning**

### **1. Vi skal gøre det, der er bedst for borgeren**

Hjemmebehandling kan være så indgribende, at det bliver for stor en belastning for borgeren og de pårørende. Kommunerne skal derfor kun varetage hospitalsbehandling i borgernes hjem, når det er den bedste løsning for borgeren. Det kan eksempelvis være en ambulansbehandling, som kan varetages af kommunalt sundhedspersonale i hjemmet med samme kvalitet som på hospitalet. Egentlige hjemmeindlæggelser bør primært være et tilbud til plejehjemsborgere, da de har forøget risiko for komplikationer ved hospitalsindlæggelse.

### **2. Øget kommunal opgaveløsning kræver øget finansiering**

Når en ældre og sårbar borger bliver udskrevet fra hospitalet, er der ofte øget behov for sygepleje, behandling, rehabilitering og genoptræning. For at kommunerne kan varetage nye sundhedsopgaver, forudsætter det, at det lægelige behandlingsansvar er tydeligt placeret, at opgaveflytningen er tilstrækkeligt finansieret, og at kompetencerne til at løfte opgaverne ligeledes følger med.

### **3. Det nære sundhedsvæsen fungerer ikke uden læger**

Kommunerne mærker tydeligt, at visionerne om det nære sundhedsvæsen mangler fokus på lægeopgaven. Rammerne for almen praksis gør det svært at levere den nødvendige lægeindsats, når borgere i et uafklaret og ustabil sygdomsforløb skal behandles derhjemme i stedet for at blive indlagt. Det gælder både dag og aften, nat og weekend. Derfor bør hospitalerne få det lægelige behandlingsansvar for borgere, der er tilknyttet den kommunale akutfunktion – uanset om der er behov for en hjemmeindlæggelse eller en behandlingsindsats i et uafklaret sygdomsforløb, som ikke kræver indlæggelse. Kommunerne skal ikke betale for, at borgerne får den lægebehandling, de har behov for. Der skal laves en model for finansiering af lægesamarbejdet i det nære sundhedsvæsen, så vi udnytter ressourcer og kompetencer rigtigt.

### **4. Sundhedsklyngerne skal have flere og varige midler**

Sundhedsreformen giver sundhedsklyngerne ansvaret for at sikre, at flere opgaver flyttes succesfuldt over i det nære sundhedsvæsen. Klyngerne skal tage os væk fra silotænkning og hen til samarbejde om det fælles populationsansvar med fælles indsatser for fælles borgere. Men klyngerne har fået meget begrænset økonomi til opgaven. Derfor bør sundhedsklyngerne få flere og varige midler og et egentligt ledelsesmandat.

## **5. Kommunale medarbejderes tid skal bruges rigtigt**

Medarbejderne skal bruge deres tid på borgernære opgaver i stedet for transport. Sundhedsstrukturkommissionen bør derfor præcisere, hvilke former for opgavevaretagelse der ønskes flyttet til kommunerne. Det kan eksempelvis være behandlingsopgaver hos kronisk syge og svækkede borgere, som samtidig har behov for kommunal hjemmepleje eller sygepleje. Men kommunale medarbejdere skal ikke vedligeholde kompetencerne til varetagelse af hospitalsbehandling i hjemmet, hvis kun få borgere har brug for behandlingen. Højt specialiseret behandling bør fortsat varetages på hospitalerne.

## **Hovedbudskaber fra temadrøftelse om dokumentation**

### **Vores 4 principper**

*Borgerne skal have den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt. Både i kommunen, hos lægen og på hospitalet. Derfor giver det mening, at vi dokumenterer. Og derfor er dokumentation en del af kerneopgaven. For det er med til at sikre sammenhæng – sammenhæng for borgerne, sammenhæng i de enkelte indsatser og sammenhæng på tværs af indsatser.*

### **1. Dokumentation skal give mening**

Inden vi stiller krav om at dokumentere, skal vi altid spørge os selv: Giver dokumentationen mening for opgaven? Og har den effekt for borgerne? Svaret skal være JA til begge dele. Og automatreaktionen på fejl må ikke være 'mere dokumentation'.

### **2. Dokumentation skal være nemt**

Det skal være nemt både at skrive og at læse vores dokumentation, og man skal aldrig skrive det samme flere steder. Det kræver to ting. At vi dokumenterer efter samme logik på tværs af hele vores forvaltning – uanset hvilke indsatser borgerne får og efter hvilken lovgivning. Og at vi udvikler let tilgængelige og brugervenlige digitale løsninger.

### **3. Dokumentation skal udfordres**

Vi skal aldrig dokumentere for dokumentationens skyld. Tværtimod skal vi afskaffe dokumentation, når vi kan. Og når vi ikke kan afskaffe dokumentation, skal vi løbende tilpasse rammerne. Minimum hvert 5. år skal vi gennemgå kravene til dokumentation for at sikre, at vi er fulgt med udviklingen, at det fortsat giver mening, og at dokumentation er til gavn for borgerne.

### **4. Dokumentation skal afspejle vores opgave**

Vi er en del af sundhedsvæsenet, og opgaver flytter i stigende grad fra hospitalerne til os. Mens hospitalerne har diagnosen i centrum, har vi fokus på borgerne – på deres samlede situation, ressourcer og behov.

Det skal vi også have, når vi dokumenterer. Derfor kan og skal vi ikke overføre hospitalernes måde at dokumentere på. Vi skal sørge for, at dokumentationen passer til os og til de mangesidede opgaver, vi løser for borgerne.