

Noter til forslag ind i strukturkommissionen- Forslag efter drøftelser på seminar fra Chefnetværk 14. – 15. september 202 (*Input kommer fra Charlotte Gjørup, Chef for Ældre- og Sundhed, Odense Kommune, Anja Thoft Bach, Sundheds- og Omsorgschef, Ringkøbing- Skjern, Marianne Krarup, Hjemme og Sygeplejef, Sønderborg, Kirsten Dyrholm Hansen., Chef for Ældre- og Rehabilitering, Vejen Kommune, Helen Kæstel, Chef for sygeplejen, Aalborg Kommune, Stine Norlen, Fritvalgschef, Aalborg Kommune, Signe Lunn Walls, Chef for Senior og Sundhed, Fredericia Kommune, Rikke Te Pas, Sundheds- og Ældrechef, Holstebro Kommune*)

Vi er en kommunal netværksgruppe bestående af chefer fra 12 både store og mindre kommuner.

Omdrejningspunktet for vores netværk er "Fremtiden for den kommunal hjemme og sygepleje". *Skal navne på deltagerne med her eller forneden på "brevet"?*

Vores ønske med den henvendelse er "at give et indspark" til Strukturkommissions arbejde, med henblik på at gøre jer opmærksomme på den store opgave der ligger i kommunerne. Her tænkes især på den stigende kompleksitet, som følge af:

- Den demografiske udvikling.
- Udvikling af nye behandlingsmuligheder.
- Øget specialisering i behandlingsindsatser i både primær og sekundær sektor.

Vi har derfor følgende til Kommissionens anbefalinger og vurderinger af fremtidens struktur skal bl.a. omfatte følgende områder:

- Den **regionale struktur**, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en ændret forvaltningsstruktur med sigte på styrket sammenhæng og omstilling til nære sundhedstilbud og øget lighed i adgangen til behandling af høj kvalitet.

Helhedssynet på mennesket bør gennemsyre vores sundhedsvæsen, det er vanskeligt med den nuværende opbygning af vores sundhedssystem. Randers får fælles akut modtagelse for psykisk og fysisk syge <https://ugeskriftet.dk/nyhed/randers-far-faelles-akutmodtagelse-fysisk-og-psykisk-syge>

Opdeling af Somatik og psykiatri (de der er ramt af mest ulighed i sundhed, hører til begge områder). Evt. lade sig inspirere af modellen fra Region Midt hvor der er oprettet en Fælles Akut Modtagelse for både psykiatri og Somatik.

Vi foreslår at 72 timers behandlingsansvar udvides sådan at det omfatter såvel psykiatri og Somatik, samt indlæggelse over og under 24 timer, sådan at borger er omfattet af behandlingsansvaret, bare de har haft en berøring med det Regionale sundhedssystem.

Der skal være en særlig bevågenhed for de særlige sårbare – de 5 % i kommunerne (her har vi et fælles populationsansvar). Der bør følge økonomi med for at kommunerne kan håndtere opgaven.

- Rammer for den **kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats**, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandards, 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.

Det tværkommunale samarbejde er en nødvendighed, i relation til at være i stand til at oprette en ensartet kvalitet. Udarbejdelse af kvalitetsstandards for tidlig opsporing og rehabilitering/ forebyggelse kan hjælpe dette på vej.

Et samarbejde på tværs af kommunerne skal stå på kvalitetsstandarder. (Det er medarbejderne der skal flyttes sig på tværs af kommunen grænser – ikke beboerne). Erfaringen viser, at det er vanskeligt at arbejde på tværs af kommunerne, med begrundelse i de meget forskellige styrede kommunale, geografiske og demografiske forudsætninger – så hvordan en løsning her er mulig, vil være af stor betydning tænkes ind. Kan Klyngesamarbejdet være en mulighed?

Hvis vi skal undgå ulighed i de tyndt befolkede områder – skal der i højere grad arbejdes med eks, telemedicinske kompetencer. Er de helt små kommunerne stærke nok til at varetage de mest specialiserede opgaver?

- Samspillet mellem det **specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis**, herunder **forpligtende** samarbejdsstrukturer samt muligheder for sam-lokalisering af kommunale tilbud og udgående sygehusfunktioner og skabelse af tværfaglige miljøer (læger, sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, diætister mv.) i form af f.eks. nærhospitaler. Desuden skal det overvejes, hvordan det præhospitale akutberedskab bedst spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

Vi hilser et samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen, det nære sundhedsvæsen og almen praksis velkommen.

Vi mangler et forpligtende samarbejde på tværs i forhold til de særligt sårbare - ca. 5 %. Det kunne være et populationsansvar - altså en forløbskoordination / fælles populationsansvar, hvor der er fælles økonomi på tværs af region, kommune og almen praksis (Målgruppe: Multisyge (Psykiatrisk - somatisk og socialt). Der er behov for en sam-organisering, der sikrer en koordinering og målsætning i forhold til den multisyge og den somatisk syge borger. Et mindset der både er forvaltning og sektor fokuseret.

Hvis man vil det her, skal der følge midler med f.eks. i form af dut midler til at kunne honorere indsatsen i forhold til de 5 %, som er særligt sårbare borgere og som er karakteriseret ved multisygdom og psykiatriske lidelser.

- En **organisering og styring af almen praksis**, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.

Kommunerne har en oplevelse af opgaveglidning fra almen praksis ud i kommunerne (er vi deres "forlængede arm"?). Der bør være klare og ensartede rammer i relation til opgaveoverdragelse.

Der er behov for at almen praksis påtager sig et større populationsansvar. Der opleves dog forskel fra praksis til praksis. Er der incitament strukturer som gør at de ikke tager det nu?

- **Finansierings- og incitamentsstrukturer, samt kultur og ledelse** i sundhedsvæsenet, der understøtter omstilling til det nære samt en bedre udnyttelse af ressourcer og kapacitet inden for og på tværs af sektorer, herunder en vurdering af løsninger baseret på økonomiske incitamenter og øget synlighed om resultater.

Hver Region og kommunerne deri har hver sin Sundhedsaftale, som de med jævne mellemrum lægger store ressourcer/mødeaktiviteter i at forny. Var en mulighed for et opgør med Sundhedsaftalen for de enkelte regioner og kommuner og i stedet lave en fælles overordnet sundhedsaftale?

10 % af de sværeste borgere – skal vi være fælles om. Med fælles om menes, at vi sammen skal arbejde med incitament strukturer, der fremmer tidlig opsporing med henblik på at undgå indlæggelse af de borgere med forebyggelige diagnoser.

Der er behov for en øget bevidsthed om, hvad er det vi gerne i fællesskab vil opnå/ fælles om effektmål?

- **Koordination af kvalitetsudvikling** på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en styrket statslig rolle heri.

Er det muligt at arbejde endnu mere med målrettet data, som er en hjælp for kommunerne?

Der er behov for en særlig opmærksomhed på, om det at skulle arbejde efter et evt. statsligt datasæt ikke skabe en øget bureaukratisering i kommunerne. Kan en styrket statslig rolle ind i data sætte en ramme med aktuelle data? Kan den statslige rolle vedrøre de 5% af de borgere, hvor vi kan arbejde særligt med denne gruppe af borgere?

Vi har et ønske om at arbejde med lokal styrede data, der skaber forbedringer. Data skal være aktuelle. Som kræver et særligt tværsektorielt og fagligt setup.

- En **organisering af digitale løsninger og it-infrastruktur** i sundhedsvæsenet, der understøtter udbredelsen af fælles løsninger og gnidningsfri udveksling af digitale oplysninger på tværs af sektorer, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved at styrke den nationale koordinering og samarbejde på området.

Det hilses velkommen. Bevågenhed her er at IT- løsninger skal være smarte innovative. Et opmærksomhedspunkt er at det kræver en stor viden og erfaringen, når der langvarigt skal arbejdes med at udvikle disse IT- løsninger. Det er heller ikke nok det udvikles, det skal også implementeres og medarbejderne skal være med (erfaringen er, at inden systemerne er udviklet er de forældede – eks. fra Tele-Kol projektet). Det skal sikres/være fokus på hvem ejer data, hvor er borgeren henne i dette?

Teknologi bør anvendes alle de steder det giver mening – fx AI teknologi. Man skal sikre borgerperspektivet og at borgerne kan bruge dem.

- En regulering, der understøtter **frit valg og patientrettigheder**, og som sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen

Der skal laves nogle afvejn timer i relation til frit valg. Der skal være et større ansvar for de private leverandører. Eks. tidlig opsporing, triagering osv. Opgaveporteføljen skal være ens uanset om man er privat eller offentlig leverandør fx private hospitaler, skal også være forpligtet ifald der tilstøder infektioner mm.

Vi er nysgerrige på hvordan det er udmøntet. Bliver det ”frit valg på ” her har du et fritvalgsbevis” – er der et ønske om at det rammesættes/ styres?

Med venlig hilsen
Kommunal netværksgruppe