



SYDDANSK UNIVERSITET

Mulig sundhedsreform

- Indhold
- Vurdering

Sundhedspolitisk Dialogforum
Comwell Rebild Bakker
16. marts 2019

JANUAR 2019

REGERINGEN

Patienten først
– nærhed, sammen-
hæng, kvalitet og
patientrettigheder

Kjeld Møller Pedersen
Professor i sundhedsøkonomi
Syddansk Universitet
Aalborg Universitet
kmp@sam.sdu.dk



Flere hænder og
større arbejdsglæde

Hovedpunkter

1. Regerings forslag

- Indhold
 - Uden vurdering og kommentarer

2. Kritisk vurdering

- Stort set i forhold til det konkrete forslag

3. Er der behov for en reform – eller ‘bare’ en justering?

Baggrund og vision for reform

Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder

1. Status: Et stærkere sundhedsvæsen men fortsat udfordringer

Så langt er vi nået

→ Flere ældre og flere med én eller flere kroniske sygdomme

Udfordringer på psykiatriområdet

→ Lægedækningsudfordringer i almen praksis

Travlhed og overbelægning på sygehusene

→ Forebyggelse af indlæggelser

→ Manglende sammenhæng

→ Geografiske forskelle

Patientrettigheder efterleves ikke ens

Behov for flere fælles løsninger

2. Regeringens vision for fremtidens sundhedsvæsen

Behov for en ny samlet retning og organisering

Regeringens vision for sundhedsvæsenet

→ Mere sammenhæng

→ Mere nærhed

Mere kvalitet

Patienten først

Styrket national koordination og mere sundhed for pengene

Begrundelse for reform:

- Demografien
- Kronikere
- Tro på at udvikling af Det Nære Sundhedsvæsen er hovedløsningen, incl. sammenhæng og nærhed

JANUAR 2019

REGERINGEN

Patienten først
– nærhed, sammen-
hæng, kvalitet og
patientrettigheder

Udarbejdet i en meget
lukket proces af
embedsmænd – uden
ekspertbistand: ca
august 2018 – januar '19

JANUAR 2019

REGERINGEN

Patienten først
– nærhed, sammen-
hæng, kvalitet og
patientrettigheder

Baggrund: I regeringen sidder to regionskritiske partier og Dansk Folkeparti, som er en del af regeringens parlamentariske grundlag, er også regionskritisk.

Derfor ikke overraskende, at regionsrådene foreslår afskaffet

Regeringen og Dansk Folkeparti har det parlamentarisk flertal.

En reform kan dog ikke vedtages før efter et Folketingsvalg, der skal være afholdt senest 17. juni 2019

Der forventes enighed om reformudkast mellem regeringen og Dansk Folkeparti medio marts

– for praktiske formål meget lig regerings udkast

Det betyder sundhedsreformen ifølge regeringen

- **Nærhed**
- **Sammenhæng**
- **Kvalitet**
- **Patientrettigheder**
- **Ændret organisering**

NÆRHED: Flere patienter skal behandles tættere på hjemmet

- Flere ukomplicerede behandlinger skal udføres af ens egen læge eller af det kommunale sundhedspersonale. Slagord: ”Det der ikke er svært, skal behandles nært”
- Målsætning om 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser på sygehuset frem mod 2025.
- Nærhedsfond på 6 mia. kr. skal løfte det nære sundhedsvæsen.
- Flere praktiserende læger.
- Flere moderne sundhedshuse med f.eks. praktiserende læger og andet sundhedspersonale
- Mere sundhedspersonale og et kompetenceløft i kommuner og almen praksis.
- En national kvalitetsplan skal sætte faglige standarder for de nære sundhedstilbud.

Sådan kan et sundhedshus se ud

Sundhedshusene samler flere faggrupper og en række behandlingstilbud under samme tag. De kan også være uden praktiserende læger.

Flere sundhedshuse

Regeringen ønsker at øge antallet af sundhedshuse. De skal være med til at flytte behandlinger fra sygehuse ud i lokalmiljøerne – tættere på borgerne. Sundhedshusets opgavesammensætning afhænger af, hvilke kompetencer der er til stede.

Sundhedshus

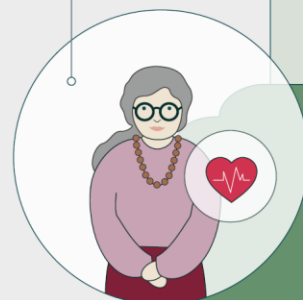
De praktiserende læger får mere tid til kerneopgaverne

De praktiserende læger undersøger og behandler langt de fleste patienter og har også ansvaret for at sende patienten videre i sundhedssystemet, når der er behov for det.

Mere tværfagligt samarbejde og opgaveglidning i moderne sundhedshuse vil aflaste lægerne, så de får bedre tid til deres kerneopgaver.

Patienterne får samlet behandlingen

For eksempel kan en hjertepatient både konsultere egen læge, få taget blodprøver, gå til simple kontroller, få justeret medicin, gå til genoptræning mv. under samme tag.



Praktiserende læger

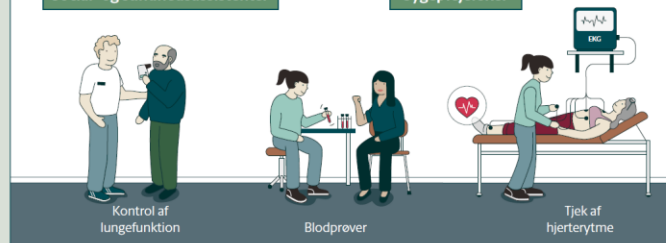


Svar på komplicerede spørgsmål

Lægen står til rådighed for sygeplejerskerne

Social- og sundhedsassistenter

Sygeplejersker



Kontrol af lungefunktion

Blodprøver

Tjek af hjerterytme

Fysioterapeuter



Genoptræning og forebyggelse

Andre faggrupper:

- **Rygestopinstruktører:** Professionel hjælp fra en rygestopinstruktør samt individuelt forløb.
- **Diætister:** Rådgivning om diætbehandling af overvægt og uplanlagt vægttab.
- **Sundhedsrådgivere (f.eks. sygeplejersker):** Varetager f.eks. forebyggende samtaler om alkohol til borgere med et skadeligt alkoholforbrug og tilbud om sygdomsmestring.
- **Sundhedsplejersker:** Sundhedsfremme og forebyggelse til børn, unge og deres familier.
- **Kiropraktorer:** Diagnosticering, forebyggelse og kiropraktisk behandling af ryg, bækken, arme eller ben.
- **Psykologer:** Kan indgå i udredning og behandling af mennesker med psykiske lidelser samt behandling af stress og deltagelse i forebyggelse af mistrivsel.
- **Socialrådgivere:** Bidrager, hvor der er behov for en tæt koordination mellem sundhedsområdet, socialområdet, det sociale område og beskæftigelsesindsatsen.
- **Jordemødre:** Varetager jordemoderkonsultationer under graviditet og efter fødsel samt andre opgaver som f.eks. rådgivning om seksuel sundhed.
- **Bioanalytikere:** Kan tage blodprøver og forklare resultater af laboratorieundersøgelser.
- **Social- og sundhedsassistenter:** Kan udføre opgaver på delegation (medhjælp) af en læge og herigennem understøtte den lægefaglige og sygeplejefaglige opgaveløsning.

SAMMENHÆNG: Mere sammenhæng og tryghed for patienten

- Borgerne skal møde et sammenhængende sundhedsvæsen fra diagnose over behandling til genoptræning og kontrol.
- Bedre og mere trygge overgange for patienten – f.eks. efter udskrivning fra sygehuset.
- Væk med lovbarrierer, der forhindrer samarbejde på tværs.
- Nemmere adgang for patienterne til hjælpemidler mv.
- Bedre udveksling af relevante helbredsoplysninger

KVALITET Høj kvalitet i hele landet

Regeringen vil styrke den nationale retning for sundhedsvæsenet, så borgerne oplever høj kvalitet over hele landet.

- Gode løsninger skal spredes hurtigere til hele landet.
- Bedre koordinering af it-systemer.
- Enkel og tryk adgang til akuthjælp i hele landet – bl.a. et nyt landsdækkende lægevagtnummer 113 ved ikke-livstruende sygdom samt flere ambulancer, akutbiler og akutlægebiler i områder med størst behov.
- Forpligtende nationalt samarbejde om de højt specialiserede behandlinger

STÆRKERE PATIENTRETTIGHEDER

Regeringen vil udbrede patienternes rettigheder, og vi vil sikre, at de eksisterende rettigheder om hurtig udredning, behandling og genoptræning bliver respekteret i hele landet.

- Hurtigere adgang til speciallæge
- Sygehuset skal oplyse patienten om et andet behandlingstilbud
- Bedre vejledning om patientrettigheder og et fælles patientnummer
- Patienternes rettigheder skal respekteres i hele landet
- Ret til to dages ophold på sygehuset for førstegangsfødende
- Flere muligheder for eksperimentel behandling ved livstruende sygdom

ÆNDRET ORGANISERING

- Den overordnede politiske retning for sundhedsvæsenet fastsættes nationalt. En årlig udviklingsplan skal udstikke retningen for sundhedsvæsenet.
- En ny national myndighed – Sundhedsvæsen Danmark (placeret i Aarhus) – skal være en drivkraft for at udvikle sundhedsvæsenet i hele landet og koordinere tværgående løsninger.
- Fem nye sundhedsforvaltninger overtager regionernes sundhedsopgaver – med samme geografiske inddelinger som de nuværende fem regioner. Regionsrådene nedlægges.
- Sygehusene skal fortsat løfte de mest specialiserede behandlinger, og de får en mere udadvendt rolle over for kommuner og praktiserende læger.
- 21 nye sundhedsfællesskaber skal styrke det lokale samarbejde om sundhed.
- Opgaver i regionerne uden for sundhedsområdet bortfalder eller overføres til stat eller kommuner (bl.a. miljø, trafik og kultur).

Danmarks nye sundhedsvæsen

Ansvar for sundhed

- Hele Danmark
- Landsdele
- Lokalt



Regeringen

Skal udstikke den overordnede retning i samspil med Folketinget

- Årlig udviklingsplan for Sundhedsvæsen Danmark og de fem sundhedsforvaltninger
- Udpege bestyrelser
- Ansvar for udarbejdelsen af en kvalitetsplan
- Fastsætte de økonomiske rammer

m. bestyrelse
11 medlem.

m. bestyrelse
6 medlem.



Sundhedsvæsen Danmark

Skal koordinere tværgående opgaver

- Ansvar for kvalitetsløft i hele landet
- Akutområdet, it, indkøb
- Styrke overholdelse af patientrettigheder
- Overenskomster i sundhedsvæsenet



Fem sundhedsforvaltninger

Overtager regionernes driftsopgaver på sundhedsområdet

- Skal sikre en professionel drift af vores sygehuse
- Gennemføre nationale beslutninger og træffe egne lokale beslutninger
- Samme områder som de nuværende fem regioner
- Selvstændige bestyrelser

m. bestyrelse
11 medlem.

21 sundhedsfællesskaber

Skal bygge bro mellem sygehuse, kommuner og de praktiserende læger

- Fagprofessionelle skal arbejde tæt sammen
- Skabe bedre overgange mellem sygehus, kommune og egen læge
- Bringe sundhedstilbud tættere på borgerne
- Særligt ansvar for patienter med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter
- Patient- og borgerinddragelse



m. "bestyrelse"
varierende antal medlemmer:
Kommunalpolitikere m.fl.
Hvis 4 kommuner: i alt 15 medlemmer, heraf 8 politikere



Praktiserende speciallæger

”Regeringen vil give patienter ret til udredning og behandling hos de praktiserende speciallæger”, p. 9

- For **alle patienter** betyder det, at sygehuset skal oplyse patienterne om et konkret alternativt behandlingstilbud, hvis ventetiden på behandling overskrider 30 dage.
- For **alle patienter** betyder det hurtigere adgang til praktiserende speciallæger. p. 45

Regeringen vil igangsætte et udvalgsarbejde, som skal kigge på udformningen af patientrettigheder på speciallægeområdet, herunder vurdere hvilke specialer der skal omfattes, og hvordan produktiviteten i speciallægepraksis kan forbedres.

Arbejdet skal også understøtte, at der på kort sigt – og som en trædesten frem mod en egentlig rettighed – sikres hurtig adgang til første konsultation inden for en række udvalgte specialer (fx gynækologer, øre-, næse- og halslæger, hudlæger og børne og ungdomspsykiatere). p. 51.

I Danmark er der omkring 900 privat praktiserende speciallæger - fx øjenlæger og psykiatere.

Regeringen ønsker, at der i speciallægesektoren bliver indført egentlige rettigheder til udredning og behandling, der modsvarer rettighederne i sygehusvæsenet. Det skal bidrage til bedre sammenhæng og et godt nært sundhedsvæsen, hvor patienter ikke unødigt skal på sygehuset.

Speciallægeområdet er imidlertid indrettet markant anderledes end det resterende sundhedsvæsen - og de eksisterende patientrettigheder kan ikke direkte overføres og gennemføres fra den ene dag til den anden.

Nærhedsfonden – 6 mia frem mod 2025

Nærhedsfondens midler er en ekstra finansiering, som ligger oveni det løbende løft, som prioriteres gennem de årlige finanslov- og økonomiaftaler., p. 112 i udspillet

Nærhedsfondens 6 mia. kr. er **finansieret fra**:

- Direkte besparelser ved reformen: 1,5 mia. kr. (adm. besparelse, bortfald af ikke-sundhedsopgave)
- Ny prioritering gennem finanslovaftaler for 2018 og 2019: 1,5 mia. kr.
- Omlægning af finanslovpulje til sundhedshuse: 0,4 mia. kr.
- Anvendelse af Danske Regioners formue: 0,3 mia. kr.
- Prioritering inden for investeringsrammen: 2,3 mia. kr.



Økonomien i Nærhedsfonden

17. januar 2019

Nærhedsfondens 6 mia. kr. **fordeles** med **3 mia.** kr. til investeringer i nye og moderne sundhedshuse, og **3 mia.** kr. som driftsmidler til bl.a. et løft af kvaliteten og kompetencerne i det nære sundhedsvæsen

IKKE et ord om
praktiserende
speciallæger



REGERINGEN

Flere hænder og
større arbejdsglæde

Initiativer

- 1** Flere praktiserende læger - løft i antallet af hoveduddannelsesforløb i almen medicin
- 2** Flere introduktionsstillinger i almen medicin
- 3** Mere fleksible rammer for tutorlæger
- 4** Midler til moderne læge- og sundhedshuse
- 5** Partnerskaber om at gøre det attraktivt at søge ud i almen praksis
- 6** Målrettet rekrutteringsindsats i forhold til læger
- 7** Initiativer der skal understøtte, at læger slår sig ned i lægedækningstruede områder
- 8** Øget dimensionering på sygeplejerskeuddannelsen
- 9** Flere sygeplejersker på fuld tid
- 10** Storskalaforsøg om arbejdstilrettelæggelse mv.
- 11** Partnerskaber om at gøre det attraktivt at søge ind i sygeplejefaget
- 12** Sygeplejersker skal kunne varetage flere opgaver selvstændigt
- 13** Initiativer, der skal få sygeplejersker, der arbejder uden for faget, til at genoptage arbejdet som sygeplejerske
- 14** Flere sundhedsplejersker ved udnyttelse af eksisterende pladser
- 15** Flere pladser på uddannelsen til sundhedsplejerske
- 16** Specialuddannelsen til psykiatrisk sygepleje skal leve op til fremtidens krav
- 17** Styrket praktikvejledning og flere praktikpladser for SOSU
- 18** Stigning i optag af social- og sundhedsassistenter
- 19** Social- og sundhedsassistenter skal varetage flere opgaver
- 20** Bedre geografisk dækning ift. social- og sundhedsuddannelserne
- 21** Styrket fastholdelse i faget og nye videreuddannelser for SOSU
- 22** Mere klarhed om og bedre udnyttelse af specialpsykologernes kompetencer
- 23** Afskaffelse af 6-årsfristen i den lægelige videreuddannelse
- 24** Ledelses- og kompetencereform
- 25** Afbureaukratiseringsreform

Positive elementer i min optik

1. Styrkelse af almen praksis
2. Mere patientinddragelse
3. Intentionen om mere nærhed og sammenhæng v.hj.a Sundhedsfællesskaber
4. Forsøget på at efterleve LEON-princippet
5. Sikre bedre efterlevelse af patientrettigheder

Den danske sundhedstrekanter: Sammenhæng, arbejdsdeling ...? Hvor meget kan alm. praksis/ kommuner aflaste sygehusene?



Almen praksis
Praksissektoren i øvrigt

*Kan sammenhængen
i trekanten blive bedre?*



Sygehusene

LEON-princippet:
lavest effektive
omsorgs-og
omkostningsniveau



Kommunerne

Hovedpunkter

1. Regerings forslag

- Indhold
 - Uden vurdering og kommentarer

2. Kritisk vurdering: ‘Djævlén gemmer sig i detaljen’

- Stort set i forhold til det konkrete forslag
- Sundhedsfællesskaber, incl. almen praksis
- Økonomien
- Sundhedshuse
- ‘sundhedsforvaltninger’ & bestyrelser

3. Er der behov for en reform – eller ‘bare’ en justering?

Problematiske elementer

1. Udformningen af Sundhedsfællesskaberne
 - På mange måder det centrale/nye i reformforslaget
 - Meget antagelsestungt vedr. mulighederne i Det nære Sundhedsvæsen
 2. Overså det meste af praksissektoren, bortset fra alm. praksis
 3. Ufuldstændig omtale af psykiatrien
 4. 'bestyrelsesvældet'
 - Afskaffelse af de folkevalgte regionsråd
 5. Troen på at 'Sundhedsvæsen Danmark' (i Aarhus) løser alle tværgående problemer
 - Men er det 'centralisering'? I givet fald i hvilken grad?
- } MEN kan ikke få alt med i et reformudkast



Politiken, marts 2018



Dagens Medicin april '18

Nogle af mine debatindlæg

Jyllands-Posten d. 29.12.18



Nedlægger man regionerne, bliver problemerne kun meget større



Politiken oktober 2018



Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 14. januar 2019

Fra siloleddelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet

Det er afgørende for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, at de nuværende siloleddelser erstattes af fælles klyngeledelser. Her beskriver forfatterne, hvordan klyngeledelserne kan opbygges.

Forfatterne er Kjeld Møller Pedersen, Frederiksen, og Lene Vestergaard Pedersen. De beskriver, hvordan klyngeledelserne kan opbygges, og hvordan de kan sikre, at patienterne får den bedste behandling. De beskriver, hvordan klyngeledelserne kan sikre, at patienterne får den bedste behandling, og hvordan de kan sikre, at patienterne får den bedste behandling.

Forfatterne er Kjeld Møller Pedersen, Frederiksen, og Lene Vestergaard Pedersen. De beskriver, hvordan klyngeledelserne kan opbygges, og hvordan de kan sikre, at patienterne får den bedste behandling. De beskriver, hvordan klyngeledelserne kan sikre, at patienterne får den bedste behandling, og hvordan de kan sikre, at patienterne får den bedste behandling.

UfL, 19.02.2019

Sundhedshuse risikerer at ende som statsstøttede murstensmonumenter

Hvis drømmen om at flytte 500.000 behandlinger ud af sygehusene skal lykkes, skal sundhedshusene have et andet indhold. Uden de praktiserende læger skaber de hverken nærhed eller eget kvalitet.



Forfatter(e) Sundhøkonom, professor Kjeld Møller Pedersen, Syddansk Universitet. Sundhedshuse spiller en stor rolle i regeringens udspil til reform. De nævnes mere end 50 gange, og i kapitel 6 om Nærhed bruges flere sider på sundhedshuse. I den såkaldte Nærhedsfond på 6 mia.kr. skal halvdelen på til nye og moderne sundhedshuse frem mod 2025. Og det er sundhedshusene, der sikrer nærhed ved at tilbyde et nært og fleksibelt sundhedstilbud af høj kvalitet i hele landet.

Sundhedsfællesskaberne



Politiken, marts 2018

Inspirationen – baseret på ministermøde ultimo januar 2018

Fra siloledelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet

Det er afgørende for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, at de nuværende siloledelser erstattes af fælles klyngeledelser. Her beskriver forfatterne, hvordan klyngeledelserne kan opbygges.

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen januar 2019

Af Kjeld Møller Pedersen, Frede Olsen og Leif Vestergaard Pedersen

Sundhedsvæsenet består af siloer: Faglige siloer, organisatoriske siloer og geografiske siloer. Det kan og skal vi ikke ændre på, for det er denne opdeling, der kan sikre en høj produktivitet og høj faglighed inde i siloen.

Men vi skal sikre, at siloerne arbejder sammen, når der er behov for det, for alle ved, at patienterne oftest har brug for hjælp fra forskellige siloer. Når siloerne spiller sammen, går det bedre for patienterne. Når siloerne ignorerer hinanden el-

ler direkte modarbejder hinanden, går det galt for patienterne og for sundhedsvæsenets effektivitet. Derfor har der i årevis været interesse for bedre samordning¹, bedre koordinering, sammenhængende patientforløb m.m., og der har været mange løsningsforslag²: Forløbskoordinatorer, følge-hjem-ordninger, kontaktpersonordningen og patientens team. Og vi har stadigvæk udfordringer med at skabe sammenhæng både inden for sygehuset og tværsektorielt.

Spørgsmålet er, om vi har grebet det forkert an. Dette var baggrunden for vores forslag om sundhedsklynger i foråret 2018³.

Formålet med denne artikel er at beskrive de ledelsesmæssige udfordringer og de ændringer, som afløses af det vedvarende krav om bedre sammenhæng og ideen om sundhedsklynger og dermed også spørgsmålet om ledelse af sundhedsklynger (af nogle omtalt som sundhedsfællesskaber).

Fokus på høj produktivitet

I en del år har vi på sygehusene haft fokus på at få afdelingsledelser (eller siloer) til at fungere og haft fokus på, at afdelingsledelserne sikrede høj produktivitet i de enkelte afdelinger. Mange gange blev det måske overset, at høj produktivitet

Allerede eksisterende kommuneklynger omkring akutsygehusene

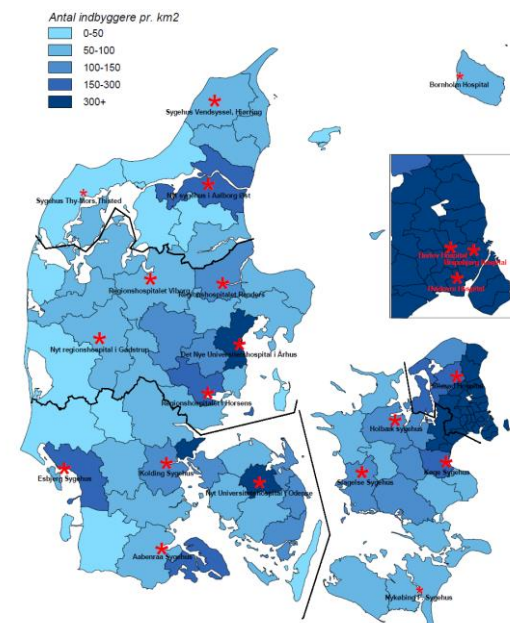
- Normalt 3-5 kommuner omkring et akutsygehus
- Enkelte steder 8-9 kommuner

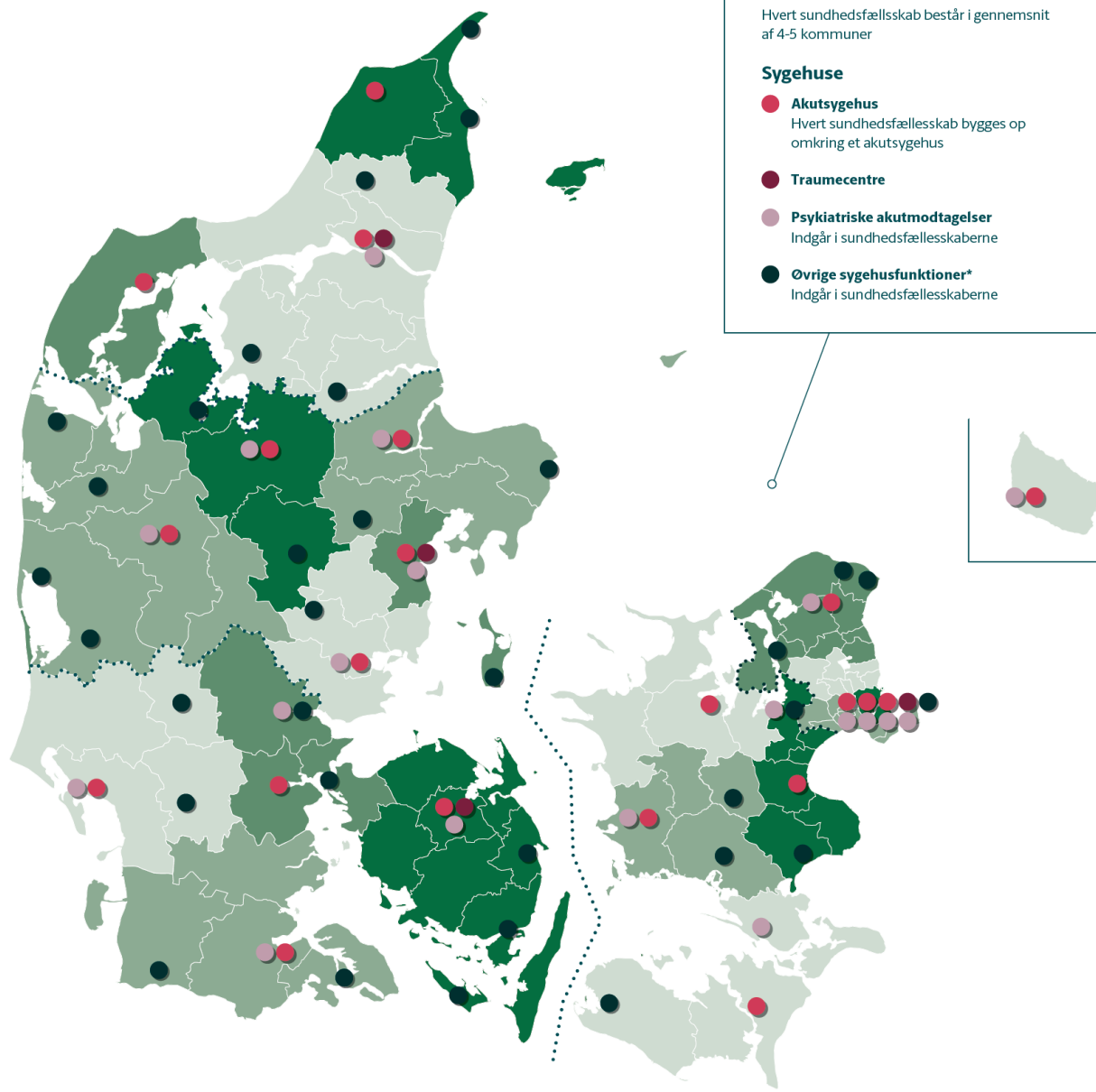


Sundhedsfællesskaberne skal sikre

- Bedre sammenhæng
- Øget nærhed

De nye akutsygehuse





Regeringens forslag er stort set geografisk identisk med de eksisterende kommuneklynger, som regionerne har lavet

Sundhedsfællesskaberne skal sikre

- Bedre sammenhæng
- Øget nærhed

Skal være drivkraften i

- Udflytning af 500.000 sygehus-ambulante besøg frem mod 2025
- 40.000 færre indlæggelser frem mod 2025

Skal erstatte

- Sundhedskoordinationsudvalgene
- Praksisplanudvalgene

Svagheder ved Sundhedsfællesskaberne I

- Ledelsen af sundhedsklyngen består af to niveauer: **Det faglig og det politiske**. Der er problemer på begge fronter: antal deltagere og beslutninger
- På det **faglige niveau** deltager sygehuse i klyngen med i alt 4 repræsentanter, herunder minimum en fra akutsygehusets direktion og et medlem fra direktionen og et medlem fra direktionen i den regionale psykiatri. Almen praksis deltager med to lokalt valgte repræsentanter og kommunerne deltager med én repræsentant for hver deltagende kommune.
- Det for det første for mange til en handlekraftig ledelse og dernæst er det betænkeligt, at man sætter **sygehusdirektøren for bordenden**.
- **Grundtænkningen** i sundhedsfællesskaberne er at se på hele sundhedsvæsenet, og hvis en sygehusperson får overledelsen risikerer man let, at optikken bliver sygehustænkning-og kultur, som man netop skal væk fra i sundhedsfællesskaberne. Forståelsen af det nære sundhedsvæsen er langt fra stor i sygehusverdenen.
- **Showstopperen** er, at beslutninger skal træffes i enighed! Indrømmet: Det kan skabe ejerskab men også handlingslammelse og, at laveste fællesnævner kommer til at dominere.

4 kommuner:
10 personer
Men det
er jo ikke
en ledelse

- **Den politiske overbygning** består i, at kommunerne deltager med borgmesteren og den relevante udvalgsformand m.fl.. **Showstopperen er her, at den enkelte borgmester kan nedlægge veto.** Det kommunale selvstyre er intakt.
 - Veto omfatter vel næppe i forhold til kommende kvalitetsstandarder fra Sundhedsstyrelsen?
- Sundhedsfællesskaberne har som hovedregel **ikke en selvstændig beslutningskompetence med hensyn til tilrettelæggelsen af opgaveudførelsen i sundhedsforvaltningen og kommunerne.**
- Hvis sundhedsfællesskabet finder frem til løsninger, som kræver stillingtagen i sundhedsforvaltninger og kommuner (fx **hvis en opgave skal flyttes ud af sygehuset**), har sundhedsfællesskabet indstillingsret.
- Det betyder, at **den endelige beslutning træffes af sundhedsforvaltningernes bestyrelse og kommunalbestyrelser.**

Hvis 4 kommuner: en samlet gruppe på 15 personer

Svagheder ved Sundhedsfællesskaberne II

Hvad er løfteevnen i kommunerne og almen praksis?



Dato 22-08-2018

Sagsnr. 4-1010-377/1

PLAN

Sundhedsstyrelsens notat som baggrund for bl.a.
flytning af 500.000 ambulante besøg frem mod 2025

Skitse til ændret opgaveløsning på udvalgte områder med
stor sygdomsbyrde

1. ”**De kapacitetsmæssige forudsætninger** – økonomi, personale, udstyr mv. ift. at kunne løfte opgaven uden for sygehusene – beskrives dog ikke”
2. ”Der er **dog ikke foretaget nogen systematisk gennemgang af evidens** specifikt mhp. at estimere potentialet for øget opgaveløsning udenfor sygehusene, og der vil være formentlig heller ikke være meget solid evidens at basere sig på. Estimerer skal ses i det lys, og der tages derfor generelt forhold for estimerterne.”
3. Det er en forudsætning, at der **etableres en ny form for tværfagligt team uden for sygehusene, f.eks. i sundhedshuse, hvor speciallægen i almen medicin vil være den centrale behandlingsansvarlige læge**, men i et tæt og veletableret samarbejde med sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, rygestopinstruktører mv.

”**En forudsætning** for at realisere sådanne større strukturelle ændringer i sundhedsvæsenet er, at der bliver sat ramme og retning for den ændrede opgaveløsning udenfor sygehusene.

- Der vil være behov for nationalt at opstille relativt specifikke krav til visitation og standarder for sundhedstilbud m.v., der kan sikre en høj og ensartet kvalitet i sundhedstilbuddene, ved at definere hvilke opgaver, der i dag varetages i sygehusvæsenet, der mere hensigtsmæssigt kan varetages tættere på borgeren – fx i kommunalt regi, eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter mv., eller af patienten selv”

Svaret i regerings sundhedsreform: ” **En ny kvalitetsplan** skal styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen”

”**Med den nationale kvalitetsplan** sættes faglige standarder for almen praksis og kommunale sundhedsopgaver. Det vil danne grundlaget for, at det nære sundhedsvæsen med en høj kvalitet kan løfte stadig flere opgaver ud af sygehusene.”

Nationale kvalitetsplan



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 09-04-2018

PLAN

Sagsnr. 4-1010-377/1

April 2018

plan@sst.dk

Dynamisk kvalitetsplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

p. 6 ”Der er imidlertid behov for en mere styret, systematisk og strategisk indsats hvis potentialerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for alvor skal indfries. **Derfor er der behov for en mekanisme – en dynamisk kvalitetsplan - der inden for et fagligt set-up dels kan vurdere hvilke opgaver i sygehusvæsenet, der mest hensigtsmæssigt kan varetages tæt på borgeren – i kommunalt regi, i almen praksis eller af patienten selv - og dels kan opstille krav og sikre en høj og ensartet kvalitet i sundhedstilbuddene. ...**

Det er en forudsætning, at de rette kompetencer og det rette patientgrundlag er til stede, når en opgave skal varetages et nyt sted i sundhedsvæsenet. Her er faglige standarder for varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver et vigtigt element

Der er behov for at analysere om nogle af de kommunale opgaver/tilbud, der er reguleret i serviceloven med fordel kan overflyttes til sundhedsloven. Eller om der i regi af Sundhedsloven kan fastsættes krav til de sundhedsfaglige elementer af ydelser, reguleret i Serviceloven ...

Som tidligere nævnt er kvaliteten i tilbuddene uden for sygehusene for uigennemsigtig og uensartet på tværs af kommuner

Generisk disposition for faglige standarder for varetagelse af kommunale sundhedsopgaver

1. Indledning
2. Introduktion til kvalitetsstandarder
 - Formål
 - Kriterier for udarbejdelse af kvalitetsstandarder
3. Indhold i kvalitetsstandarder
 - Oversigt over delelementer i kvalitetstandarder
 - Tilrettelæggelse
 - Tilgængelighed og kapacitet
 - Organisering
 - Målgruppe
 - Faglige indsatser
 - Kompetencer og uddannelse
 - Volumen og vedligeholdelse af kompetencer
 - Personale
 - Udstyr og medicin
 - Opfølgning
 - Monitorering
 - Kvalitetssikring og revision
 - Ansvar og samarbejde mellem sektorer

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen

- krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser



”Standarderne vil også omfatte krav til rådgivning og sparring fra almen praksis og sygehus, da opgavevaretagelsen i kommunen ofte vil være afhængig af, at ansvaret for patienten er fastlagt, at det er muligt at komme i kontakt med en læge, få rådgivning mv.”

Lidt om hvad der skal til
- For at reducere indlæggelser

**Kommunal medfinansiering
og kampen for at forebygge indlæggelser:
Viden om effekt. Økonometrisk analyse**

**Municipal co-financing of regional health services
and the fight to prevent hospital admissions:
Knowledge about effects. Econometric analysis**

by

Kjeld Møller Pedersen

Discussion Papers on Business and Economics
No. 1/2019

FURTHER INFORMATION
Department of Business and Economics
Faculty of Business and Social Sciences
University of Southern Denmark
Campusvej 55, DK-5230 Odense M
Denmark

E-mail: lho@sam.sdu.dk / <http://www.sdu.dk/ivoe>

”Det overordnede **formål** med dette working paper er at undersøge, om der er **dokumentation for effekten af den kommunale medfinansiering, KMF**. Det er **samtidig også en undersøgelse af, om det i almindelighed, dvs. i forskellige projekter, er lykkedes at reducere fx forebyggelige/ uhensigtsmæssige indlæggelser**. Dette sidste er en åbenbar forudsætning for, at KMF kan have haft en effekt.”

Litteraturgennemgangen af de forskellige kommunale tiltag/projekter **og den statistiske analyse understøtter således hinanden** ved at pege på, at **det har været mere end svært for kommunerne at påvirke indlæggelsesmønstret**.

To cases

(fra en nylig rundtur med en akutsygeplejerske)

1. Kræftpatient, i hjemmet: IV-antibiotika
 - Udført af akutsygeplejersken på rammedelegering fra sygehuset
 - CRP-måling – også efter rammedelegering fra sygehuslægen
 - Alternativet til akutsygeplejersken: Indlæggelse
2. Patient i hjemmet, respirationsproblemer, får ilt
 - Akutsygeplejerske dagen før bedt af AP om at aflægge besøg i hjemmet og foretage målinger, incl. CRP
 - Telefonisk konfereret med AP – besluttet ikke at indlægge
 - Mit ‘medbesøg’ dagen efter: Fornyede målinger og fornyet tlf-samtale med AP og fastholder ikke at indlægge
 - Akutsygepl. direkte tlf-adgang til AP (‘bagom-nummer)
 - Uden medvirken af akutsygepl. sandsynligvis indlagt



Kr. 8-10.000

Hvad kan der læres af disse to (og lignende) eksempler? 1. opkvalificering af hjemmesygepl.
2. Rammedelegering ved ‘gennembrud af hud’, og. nye (tillidsfulde) samarbejdsformer

Lægeligt ansvar, men kan uddelegeres

”Operative indgreb, som er defineret ved gennembrud af hud og væv og indførelse af visse former for apparatur i de naturlige legemsåbninger, dvs. bl.a. blodprøver, prik i hud for måling af blodsukker, CRP m.v., celledrab, podning fra fx hals og indgivelse af lægemidler, herunder vacciner og B12-vitamin. Temperaturmåling er ikke forbeholdt læger”

Kilde: PLO'orientering 10/2017

*Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i
Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om
sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.*

Opgaveoverdragelse

Fremtidens nære sundhedsvæsen skal i endnu højere grad bero på tæt samarbejde om opgaveløsning på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor.

Udviklingen på sundhedsområdet muliggør, at visse behandlingsopgaver, som i dag varetages i en sektor, helt eller delvis fremadrettet kan varetages i en anden. Det såvel ud fra et hensyn til patientens tarv og forløb samt opgaveløsning på laveste effektive omkostningsniveau.

Region, kommuner og almen praksis er forpligtede til at tilrettelægge, organisere og udføre sundhedsopgaver, så de efterlever sundhedslovens bestemmelser, og således at autoriserede sundhedspersoner kan opfylde deres forpligtelser i henhold til autorisationsloven. Når en opgave skal flyttes fra en sektor til en anden skal det ske på aftalt og planlagt vis.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med antibiotika efter udskrivelse, således at de kommunale sygepleje kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling.

Aftaler om opgaveoverdragelse

- Samarbejdsaftale om kateteranlæggelse og -pleje (2018)
- Samarbejdsaftale om pasning af dræn (2018)
- Samarbejdsaftale om bed-side analyser og prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser (2018)
- Samarbejdsaftale om behandling af patienter med lavpotent kemoterapi i eget hjem (2017)
- Samarbejdsaftale om blodprøvetagning i eget hjem (2016)
- Samarbejdsaftale om IV-behandling med antibiotika (2017)
- Samarbejdsaftale om IV-behandling med væske (2017)
- Samarbejdsaftale om parenteral ernæring (2017)
- Samarbejdsaftale om sondeernæring (2017)



Sundhedshuse/centre

Løsningen på hvad?

1. 3 mia. til mursten frem mod 2025 og nævnt mere end 50 gange i reformudkastet
2. Hvad er det: Sundhedshusene kan være sundhedshuse med udelukkende kommunale funktioner, store lægehuse eller huse med kommunale tilbud og praktiserende læger, andre speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og jordemødre.
3. Skal være andet og mere end en samling af kommunernes måske geografisk spredte tilbud, hvis det skal flytte noget
4. Hvordan sikre synergi hvis flerfaglige sundhedshuse?
 - Må ikke ende som bofællesskaber/som alm. lejere.
5. Vil de tiltrække praktiserende læger?



- Hovedparten af kommunerne har allerede 'sundhedscentre'
- Ca. 35 regionale sundhedshuse
- Undertiden i nedlagte sygehuse

Økonomien



Velfærd under pres

Regeringen har ikke afsat penge nok til sundhed

Regeringen har fremlagt sit sundhedsudspil med en nærhedsfond på 6 mia. kr. Pengene skal dog fordeles over 6 år og samtidig viser et nyt svar fra Finansministeren, at den samlede ramme for de offentlige serviceudgifter ikke øges. Regeringen har dermed ikke afsat penge nok til at håndtere det stigende antal brugere af den offentlige sektor - heller ikke inden for sundhed. Regeringen har kun lagt op til en offentlig forbrugsvækst på 11,5 mia. kr. til velfærd frem mod 2025 (korrigeret for forsvarsforliget). Den demografiske udvikling kræver imidlertid, at det offentlige forbrug skal stige med 22,5 mia. kr., hvoraf sundhedsvæsenet alene kræver 12,5 mia. kr.

af senioranalytiker **Jon Nielsen**
& cheføkonom **Erik Bjørsted**

20. februar 2019

Analysens hovedkonklusioner

- Frem mod 2025 vil den demografiske udvikling med flere børn og ældre give et øget pres på bl.a. sundhedsområdet, ældreområdet og børneområdet. Når vi ser bort fra forsvaret, skal det offentlige forbrug stige med 22,5 mia. kr., hvis det skal følge med demografien.
- Sundhedsudgifterne alene skal stige med 12,5 mia. kr., hvis sundhedsvæsenet skal kunne følge med den demografiske udvikling.
- Regeringen har ekskl. det løft af forsvarsudgifterne der er aftalt i forsvarsforliget kun afsat 11,5 mia. kr. til øget offentligt forbrug frem mod 2025. Selv hvis regeringen bruger alle 11½ mia. kr. på sundhed, er det altså ikke nok til at fastholde serviceniveauet pr. bruger af sundhedsvæsenet.
- Det ændrer regeringens sundhedsudspil ikke ved. Et nyt svar fra finansministeren til Sundheds- og Ældreudvalget viser nemlig, at sundhedsudspillet ikke øger den samlede ramme for offentligt forbrugsvækst frem mod 2025.

Tilbagevendende udsagn og kritik fra interesseorganisationer og oppositionen.

MEN – i fairhed: Sundhedsudspillet **prætenderer ikke at løse fremtidens økonomiske problemer:**

”Nærhedsfondens midler er en ekstra finansiering, som ligger oveni det løbende løft, som prioriteres gennem de årlige finanslov- og økonomiaftaler., p. 112 i udspillet”

Er en bestyrelse bedre end et folkevalgt råd?

1. ”Sundhedsforvaltninger” omfatter geografisk det samme som de nuværende regioner
 - Ledes af en bestyrelse
 - Får driftsmidler svarende til regionerne i dag (‘bloktilskud’)
2. ”Nye bestyrelsesledede sundhedsforvaltninger skal sikre driften af sygehus- og praksisområdet”
 - Med andre ord: der er ikke behov for politisk styring
 - Må antages alene at skulle foregå via Folketing og minister
 - MEN dette er en tvivlsom antagelse
 - Og kræver som minimum klargøring af forskellen mellem drifts- og politiske beslutn.

Eksempel: ”(bestyrelsesmedlemmerne) skal have lokalt kendskab, og de skal sikre en lokal forankring om lokale beslutninger, fx beslutninger om den konkrete tilrettelæggelse af ambulanceberedskabet, eller om simple knæoperationer skal foregå på sygehus A eller B, p. 107

**Vil reformen reducere/fjerne
regionale forskelle i behandlingstilbud m.m.?**