

Sundhedsreformen

En nødvendig reform

Leif Vestergaard Pedersen

Fhv. sundhedsdirektør i Region Midtjylland

Fhv. direktør i Kræftens Bekæmpelse

En ny struktur i sundhedsvæsenet

**FREDE OLESEN
KJELD MØLLER PEDERSEN
LEIF VESTERGAARD
PETERSEN**

Der er manglende sammenhæng, ukendskab til hinandens faglighed, uklar kvalitet og spild i sundhedsvæsenet. Her er et bud på en ny struktur.

Frede Olesen er professor i almen praksis på Aarhus Universitet, Kjeld Møller Pedersen er professor i sundhedsøkonomi- og politik på Syddansk Universitet, Leif Vestergaard Petersen er administrerende direktør i Kræftens Bekæmpelse

ANTALLET AF ÆLDRE vil stige i de kommende år. Ikke nok med, at der kommer flere ældre, men flere patienter vil lide af mere end én sygdom. Belastningen af sundhedsvæsenet vil derfor stige i den nære og fjerne fremtid. Det kommer til at koste flere penge.

Men hvis vi skal løse dette, er penge ikke nok, for sundhedsvæsenet kommer nemlig også til at mangle veluddannede medarbejdere. Det kræver, at vi tør nytænke den måde, vi organiserer sundhedsvæsenet på.

De tre bærende søjler i sundhedsvæsenet er regionernes hospitaler, de praktiserende læger og den kommunale sundhedsindsats. Udfordringen er, at disse tre uundværlige dele ikke har en samlet ledelse og mangler sammenhæng.

Der har været talt om manglende sammenhæng i mange år, uden at der er fundet gode og holdbare løsninger. Det er vores tanke, at man ved at etablere sundhedsklynger, hvor (akut)hospitaler, praktiserende læger og den kommunale sundhedsindsats kommer til at arbejde sammen på en anden og mere ligeværdig måde end i dag, er det bedste bud på en nødvendig forandring.

De praktiserende læger er en meget vigtig forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen. De praktiserende læger kunne endnu bedre udfylde rollen, hvis der var flere læger og tilhørende personale i de enkelte lægepraksis. Vi har set, at



SUNDHEDSVÆSEN. Der vil blive lagt stadig mere pres på læger og hospitaler i de kommende år. Det gælder om af få lavet en struktur, som fungerer. Foto: Erik Refner

hospitalerne laver udgående teams, der på en ret personale- og omkostningstung måde løser opgaver, som en hjemmesygeplejerske eller en praktiserende læge godt kunne have løst med faglig bistand fra hospitalet. Og vi ser flere eksempler på, at kommunerne laver sundhedstilbud af varierende faglig kvalitet og effekt – tilbud, der ikke altid aflaster eller på nogle områder bedre kunne varetages af de praktiserende læger. Vi ser med bekymring på, at hospitalerne er ved at segne under patientpresset, samtidig

med at hospitalslægerne tøver med at visitere patienter til videre opfølgning uden for hospitalet, fordi de er i tvivl om, om indsatsen her er god nok for patienterne. Der er manglende sammenhæng, ukendskab til hinandens faglighed, uklar kvalitet og spild i sundhedsvæsenet.

ÅRSAGEN TIL PROBLEMERNE er bl.a., at der ikke er nogen samlet ledelse af sundhedsvæsenet. Selvfølgelig er der ledelse på hospitalet. Og der er ledelse i kommunen. Men der er ikke en samlet ledelse af

det lokale sundhedsvæsen, selv om der i 2007 blev dannet sundhedskoordinationsudvalg i alle regioner med det formål at koordinere regionens og kommunernes indsats.

De praktiserende læger er styret af en overenskomst, der med 2-3 års interval er forhandlet i København mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. Kommunerne er hver især styret af byråd, der fastlægger den sund-

“
Det, der er sund fornuft i Gentofte, kan være aldeles usmart i Grenaa

hedspolitik, de hver især finder rigtigst, og har varierende evner til at løfte opgaverne, ligesom den interne koordinering på tværs af forvaltninger ofte halter. Nogle kommuner har over 100.000

indbyggere, men der er stadigvæk en del kommuner med 20-40.000 indbyggere.

Det giver store forskelle i løfteevne. Og hospitalet er styret af regionsrådet, der fastlægger retningslinjer og rammer for hospitalsledelsens arbejde.

Beslutningsgange bliver langsomme og træge, og værdier, faglige principper og mål er ofte meget forskellige. Og vigtigst: Det er uklart, hvem eller hvordan man skal træffe de beslutninger, der skal gælde på tværs af sundhedsvæsenet, og dette er nøglen til forståelse af den ofte

omtalte manglende sammenhæng.

Det er fristende at tro, at problemet kan løses med retningslinjer, bekendtgørelser og love. Det har man i et vist omfang forsøgt siden perspektivplanerne i 70'erne – uden at man kan sige, at det er lykkedes. For det kan næppe lykkes.

Det, der er sund fornuft i Gentofte, kan være aldeles usmart i Grenaa – fordi de praktiserende læger og kommunerne arbejder forskelligt, og fordi befolkningen ikke er den samme. Og det, der er nødvendigt i Thyborøn, kan være overflødigt i Odense – fordi afstanden til hospitalet og befolkningen varierer.

Når vi skal nå fælles mål og sikre alle patienter de samme gode resultater af behandlingen, er vi nødt til at bruge forskellige indsætter forskellige steder i landet. For at behandle lige skal man gøre tingene forskelligt.

DET FUNGERER ikke, hvis hver kommune, hvert hospital og hver praktiserende læger bestemmer helt selv. Så hænger sundhedsvæsenet ikke sammen. Men hvis kommunerne, de praktiserende læger og hospitalet bestemte det sammen, ville indsatsen måske hænge bedre sammen. Og det forudsætter en eller anden form for fælles ledelse.

I Region Syddanmark er der således 41 regionsrådsmedlemmer, op imod 560 byrådsmedlemmer, 4 organisatoriske hospitalsenheder med tilsammen 8-10

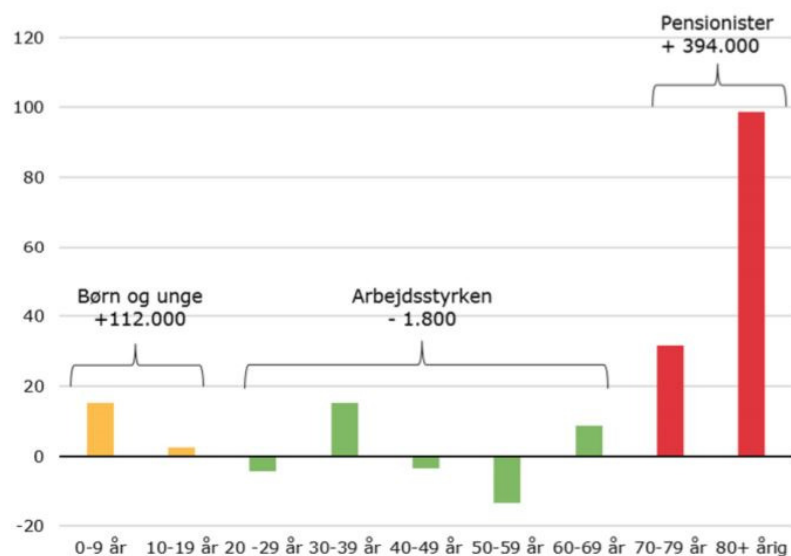
En egentlig udlægning af opgaver fra sygehusvæsenet til primærsektoren vil således kræve ret hårdhændede beslutninger(..) og politisk vilje(..)

- Subakutte henvisninger
- Epikriser indhold (samme dag)
- Oversigt over lokale tilbud
- Patientsammenfald
almenpraksis/hjemmepleje
- Samlet planlægning for grupper
- Efteruddannelse – også af
administrative og politikere



Demografi

Figur 2.1 Den procentvise ændring i antallet af borgere i Danmark fra 2016 til 2036 fordelt på aldersgrupper

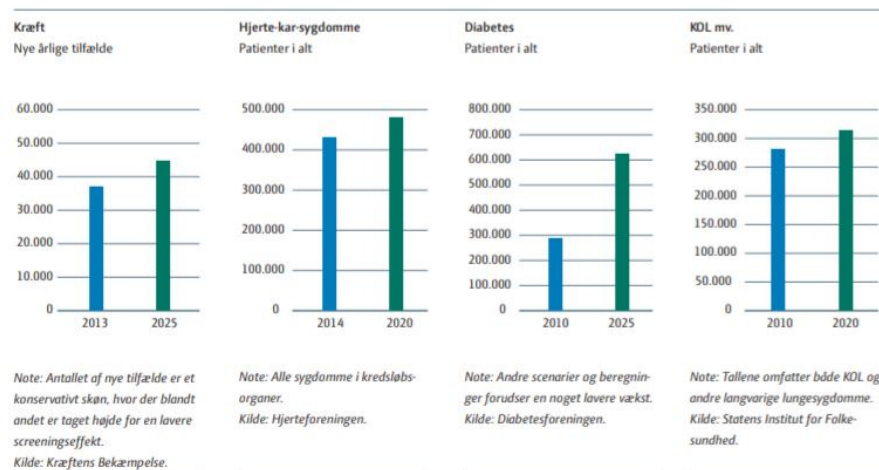


Figur 3 Højere udgifter til ældre
Gennemsnitlige sygehusudgifter for 5-års aldersgrupper

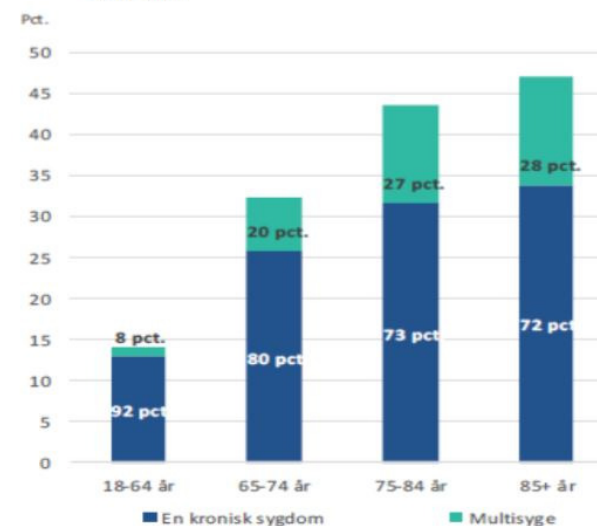


Sygdomsbilledet

Figur 4 **Flere sygehuspatienter**
Prognoser for udvalgte sygdomme



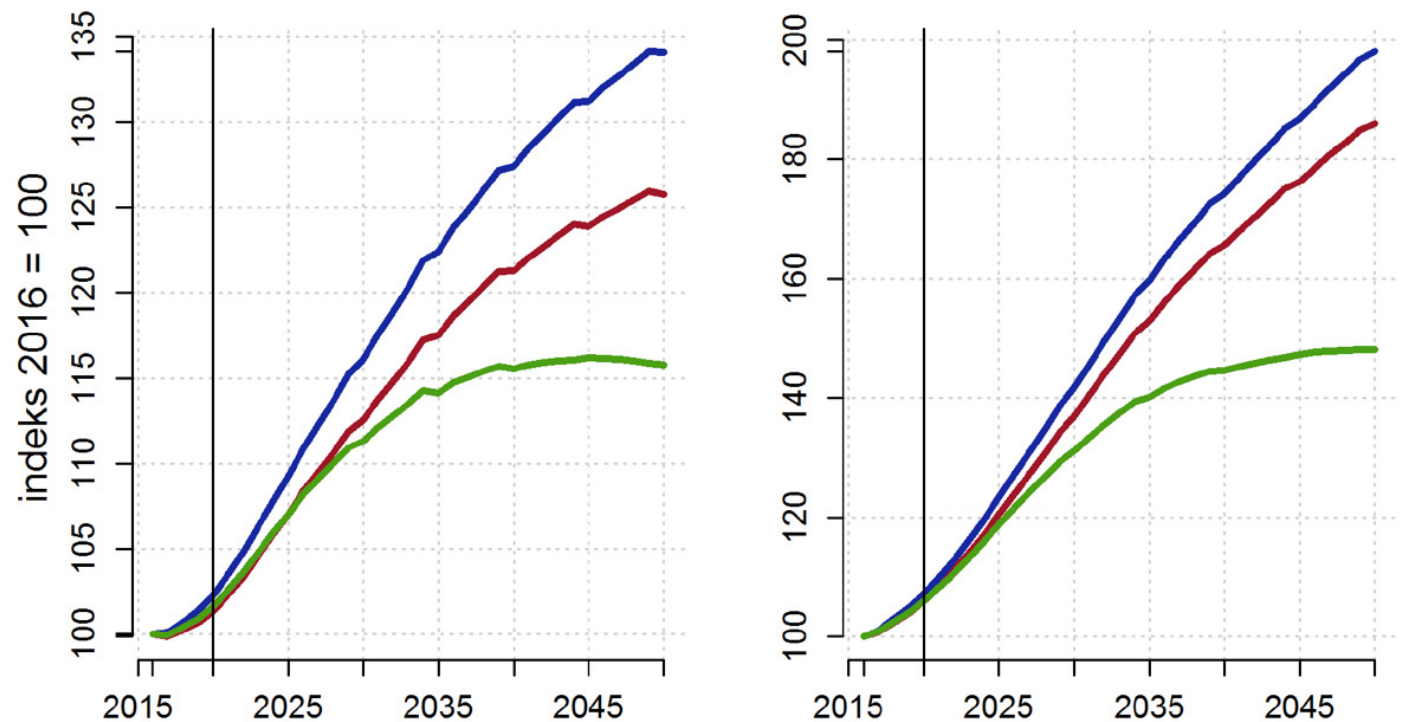
Figur 3.6 Andelen af voksne med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1. januar 2014, fordelt efter alder



Note: Kroniske sygdomme omfatter her alene KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og 2-diabetes, hjertesvigt og astma.

Udgiftsbehov pga. demografisk pres

Figur 6. Demografisk effekters betydning for sundheds (venstre) og hjemmeplejeudgifterne (højre), eksperiment 1,4 og 7.



DREAM. 2016. Følsomhedsanalyse af udviklingen i sundheds- og hjemmeplejeudgifterne

- Eksperiment 1 (Sund aldring)
- Eksperiment 4 (Usund aldring)
- Eksperiment 7 (Konstant levetid)

Udviklingen

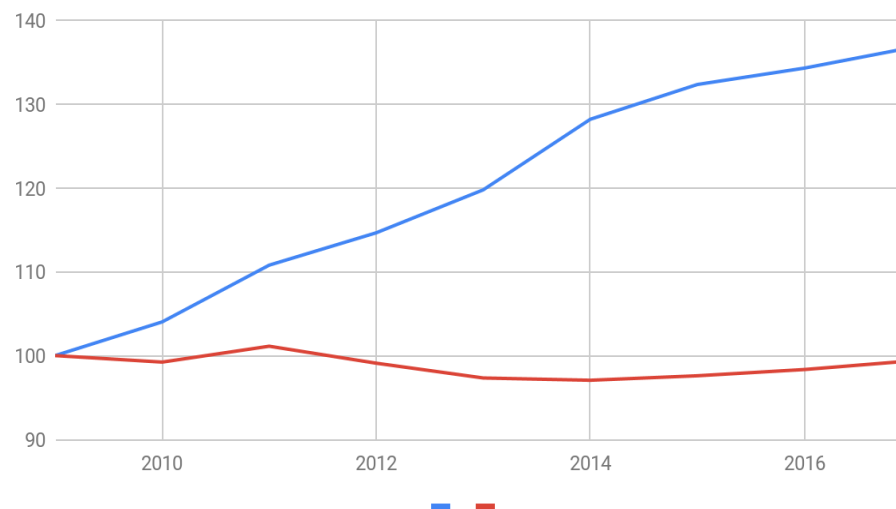
Planlagt eller ...

- Er udviklingen planlagt
- Effektivt?
- Hensigtsmæssigt?
- Prognose for KOL og Diabetes type 2 i 2030:
 - 970.000 flere ambulante besøg
 - 50.000 flere kontakter til almen praksis

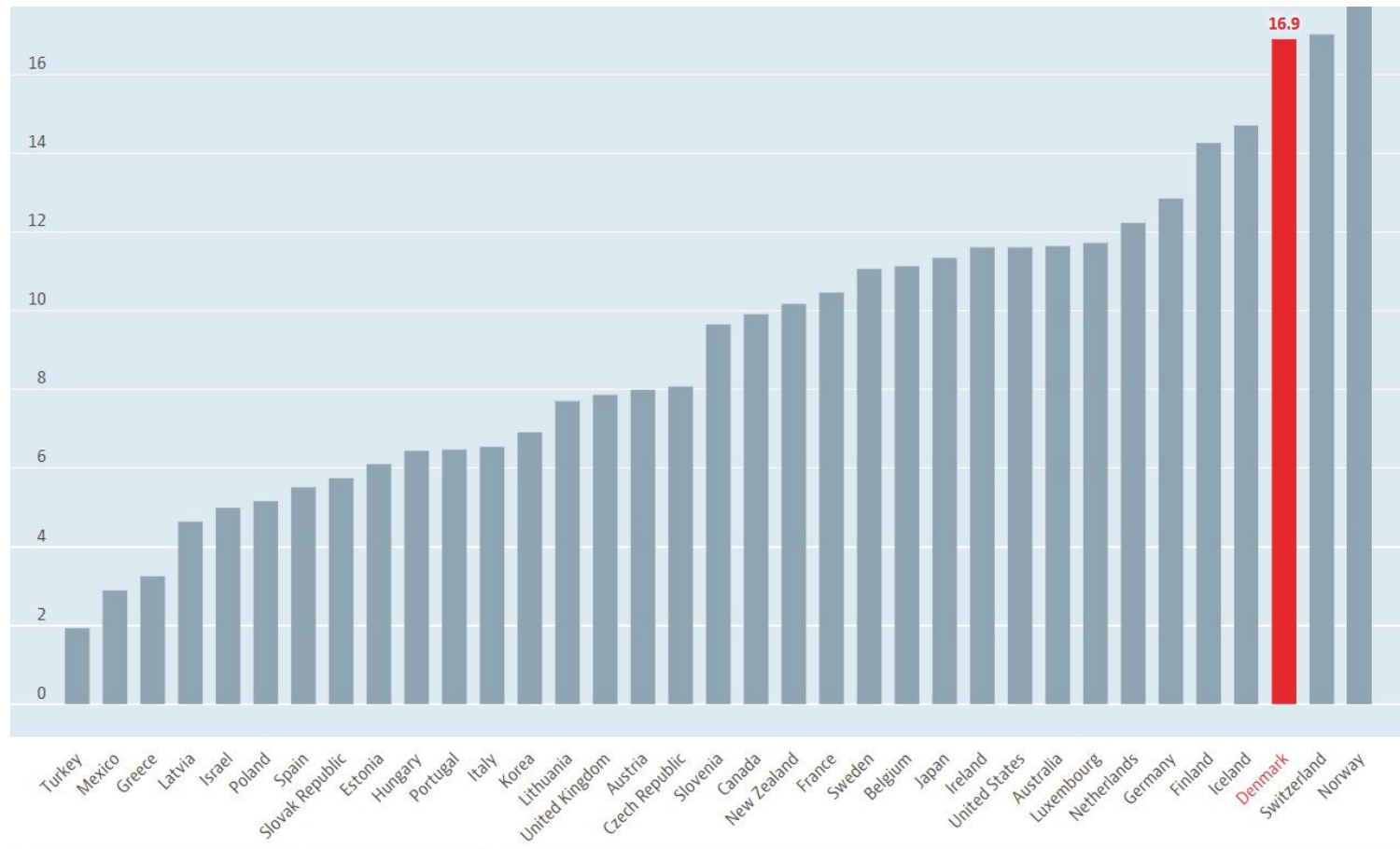
Markant stigning i ambulante besøg

Ingen ændring i antal kontakt til egen læge

Udviklingen i kontakter og ambulante besøg (2009=100)

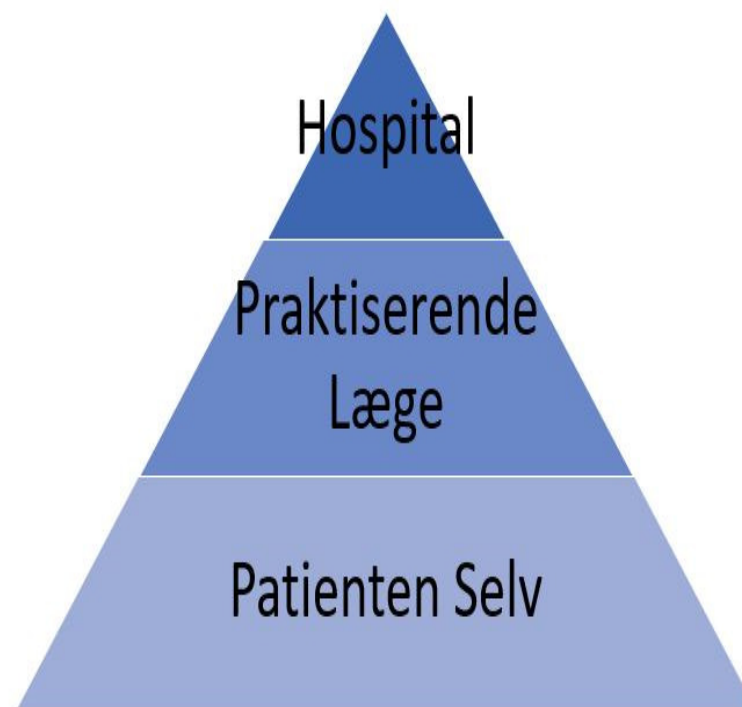


Kan vi fortsætte udviklingen – og er den rigtig? (sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere)



Håndtering af sundhedsproblemer

- Patienten klarer selv 90% af sundhedsproblemerne
- Praktiserende læger klarer selv 90% af henvendelserne
- Lokalhospitalerne klarer 90% af henvisningerne
- Hvis patienterne kun klarer 89% stiger presset på lægerne med 10%!



Virkeligheden:

Blødning fra endetarm; alarmsignal på tarmkræft

Sundhedspolitiske overvejelser

- Tidlig indsats øger sandsynligheden for helbredelse eller mindre omfattende indgreb
- Tidlig indsats forudsætter at hospitaler forstår, at en god praktiserende læge "tager fejl" i 90% af henvisningerne)
- Hvor meget skal vi tilskynde befolkningen til søge læge når de bløder?

Praktiserende læge

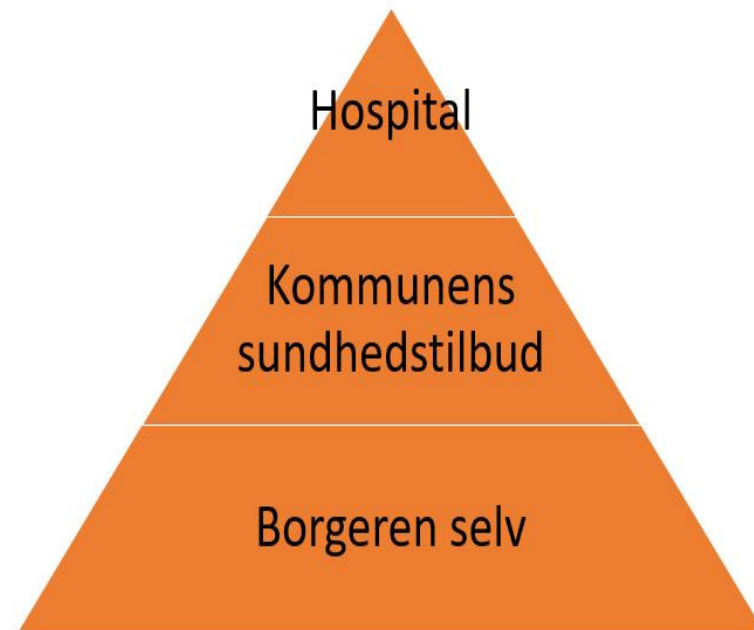
- 2.000 patienter
- 280-660 har blødning fra endetarmen nogle gange i deres liv
- 280-380 har blødt i det seneste år, 44 for første gang
- 14-30 går til egen læge
- (10-15 henvises til hospital)
- 1 har tarmkræft

Kilde: Frede Olesen, jf MJA, 2007; 187: 115-117

Samspil: Hospital-kommune-borger

Etablering af tilbud der

- Aflaster Hospitalerne
- Fastholder høj kvalitet
- ikke er et tilbud til de borgere der klarer sig selv (godt).
- Nemt at lave tilbud der anvendes fuldt ud – uden det aflaster hospitalerne



Halvering af genindlæggelser af ældre patienter



Intervention: Opfølgning i hjemmet af læge og sygeplejerske senest 72 timer efter udskrivningen (sammen med hjemmesygepleje)

Interventionsgruppe over 75 år
Kontrolgruppe over 75 år



I gennemsnit 1,7 besøg



Lidt laver udgift i interventionsgruppen



Resultater:

Halvering af genindlæggelser
Kortere liggetid på hospitalet
Uforandret/bedre overlevelse
hos interventionsgruppen

Kilde: Aarhus Universitetshospital, presse

Ikke alle kontroller er nødvendige

Kilde: Frede Olesen jf. BMJ
2005;330: 171-75

Ledegigtpatienter

- Kontrolgruppe: Faste kontroller som hidtil på hospital
- Interventionsgruppe: Åben adgang for patient og praktiserende læge til at henvende sig/visitere til kontrol efter behov.

Resultat efter 6 år:

- Biomedicinsk ingen forskel – måske lidt i favør af åben adgang
- Tilfredshed klart større i den åbne gruppe
- 38% færre ambulante besøg

Kommunen – set med sundhedsbriller

Langt fra beslutningstager til faglig
ekspertise

Faglig ekspertise ofte en
videreuddannet sygeplejerske

Meget lille viden om aktiviteten

Næsten ingen viden om resultaterne

Fokus på ydelser/serviceniveau

Behov for at homogenisere problemer,
for deraf følger normal større
produktivitet



Hospitalet – set med sundhedsbriller

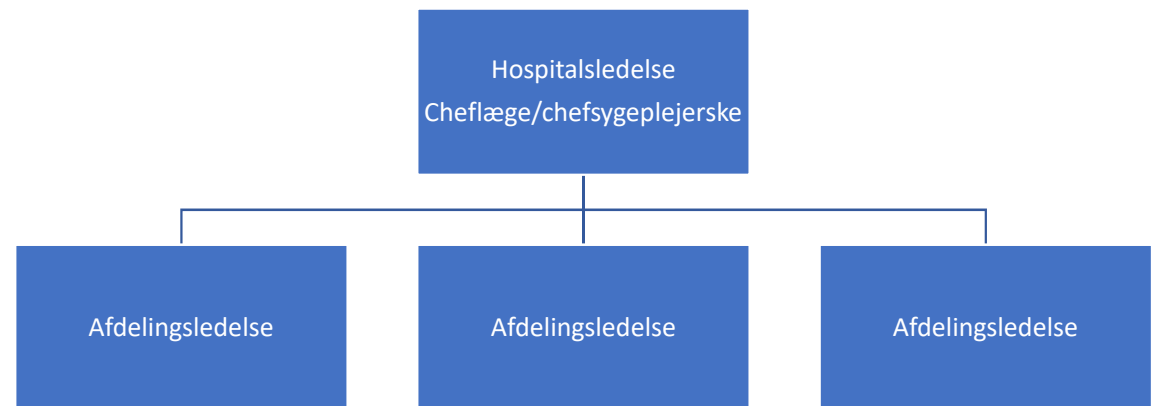
Kort afstand til sundhedsfaglig
ekspertise

Kompleks organisation – befolket af
eksperter der sjældent har arbejdet
andre steder

Stor viden om aktiviteten

Fokus på serviceniveau og kvalitet

Behov for at specialisere; for deraf
følger traditionelt bedre resultater



Praktiserende læger – set med sundhedsbriller

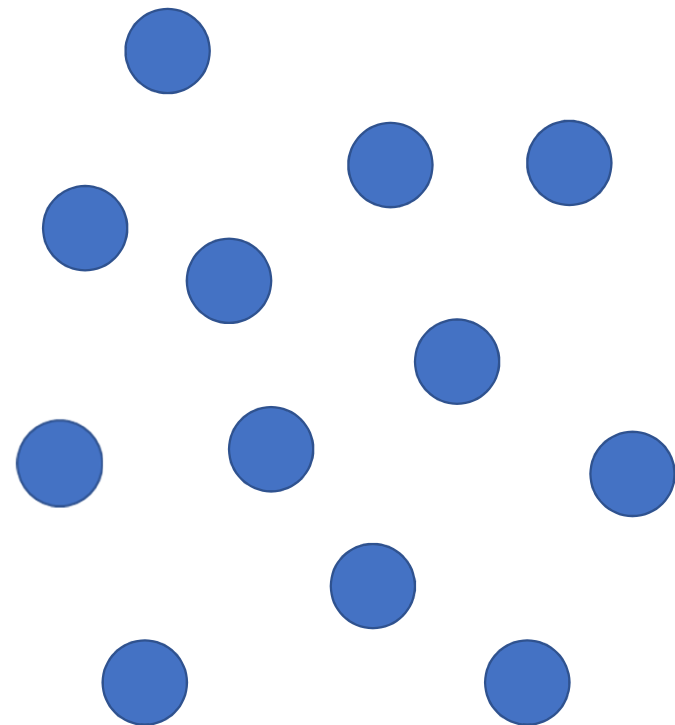
Kort afstand til lægelig ekspertise –
lang afstand til ledelse

Små selvstændige virksomheder
med langvarigt kendskab til
patienterne

Stor viden om aktivitet

Fokus på egne patienter og egen
klinik

Den eneste del af sundhedsvæsenet
patienten selv vælger



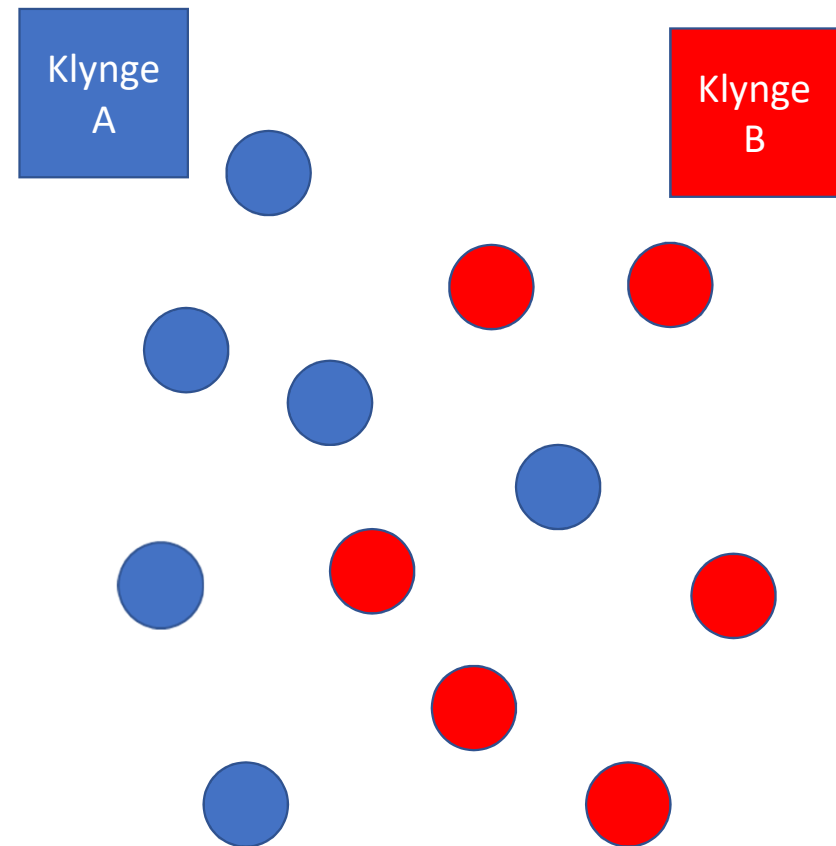
Praktiserende læger – set med sundhedsbriller

Kort afstand til lægelig ekspertise –
lang afstand til ledelse

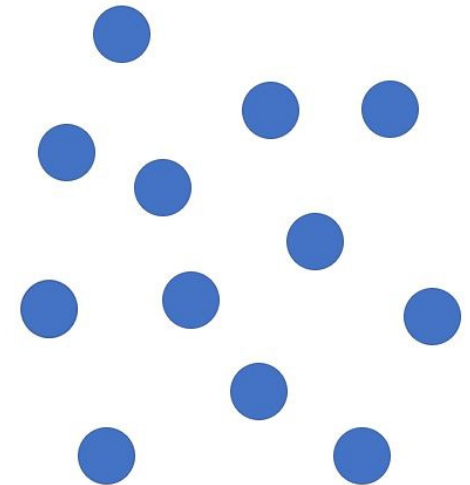
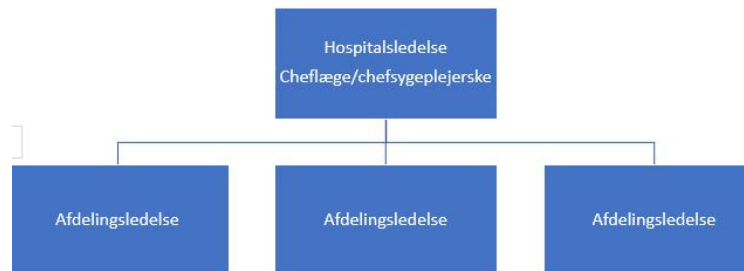
Små selvstændige virksomheder
med langvarigt kendskab til
patienterne

Stor viden om aktivitet

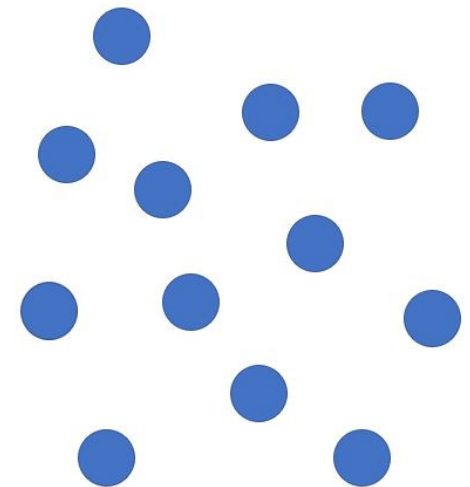
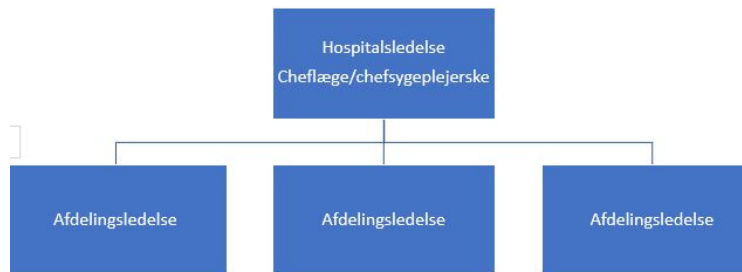
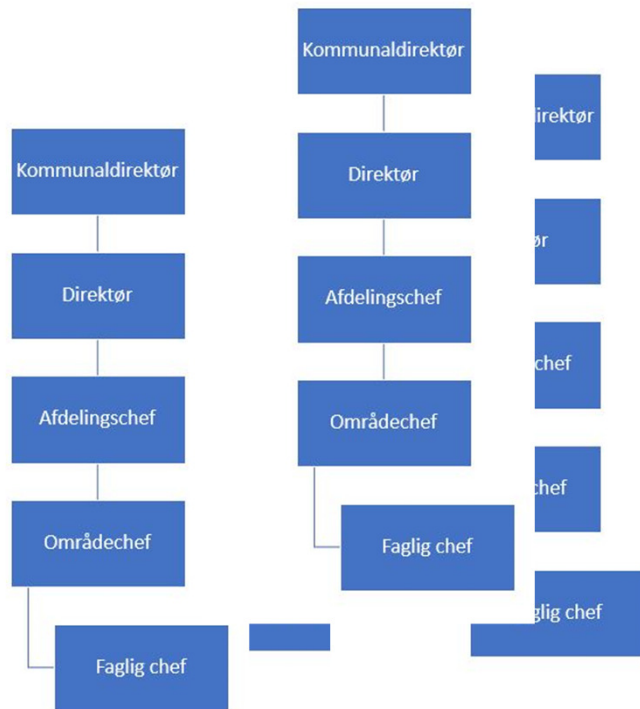
Fokus på egne patienter og egen
klinik



Hvilken ledelse binder det sundhedsvæsen sammen, der burde hænge sammen?



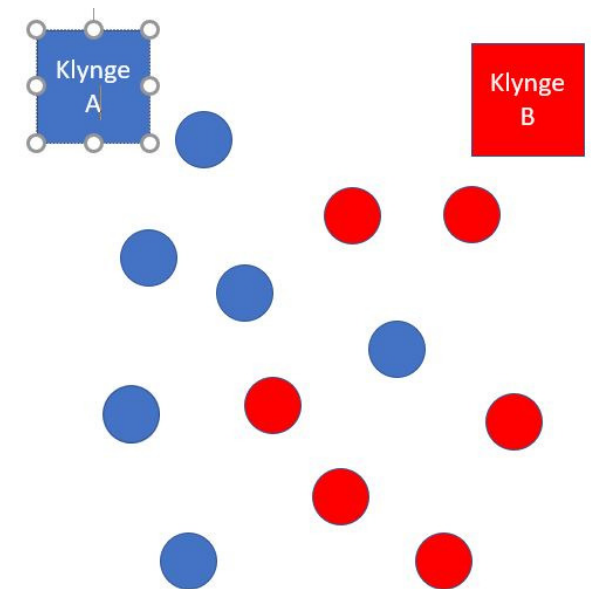
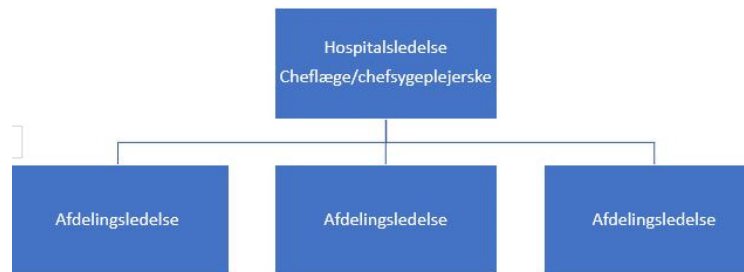
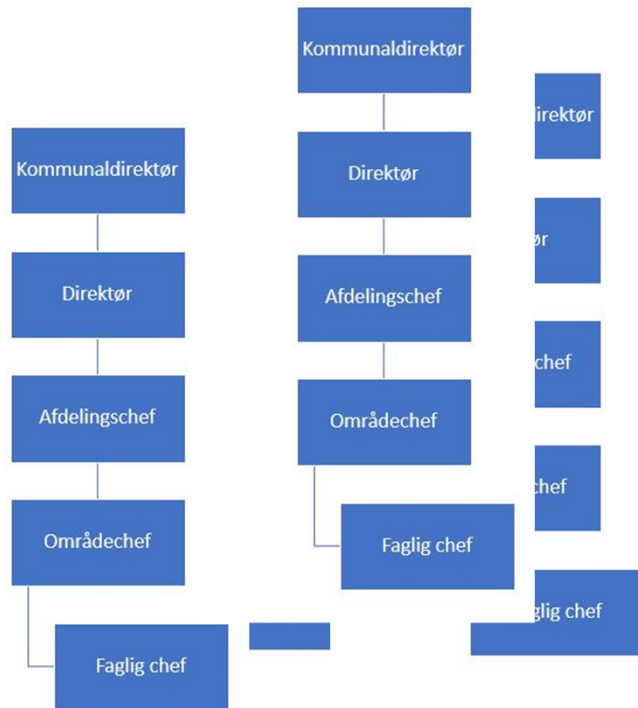
Hvilken ledelse binder det sundhedsvæsen sammen, der burde hænge sammen?



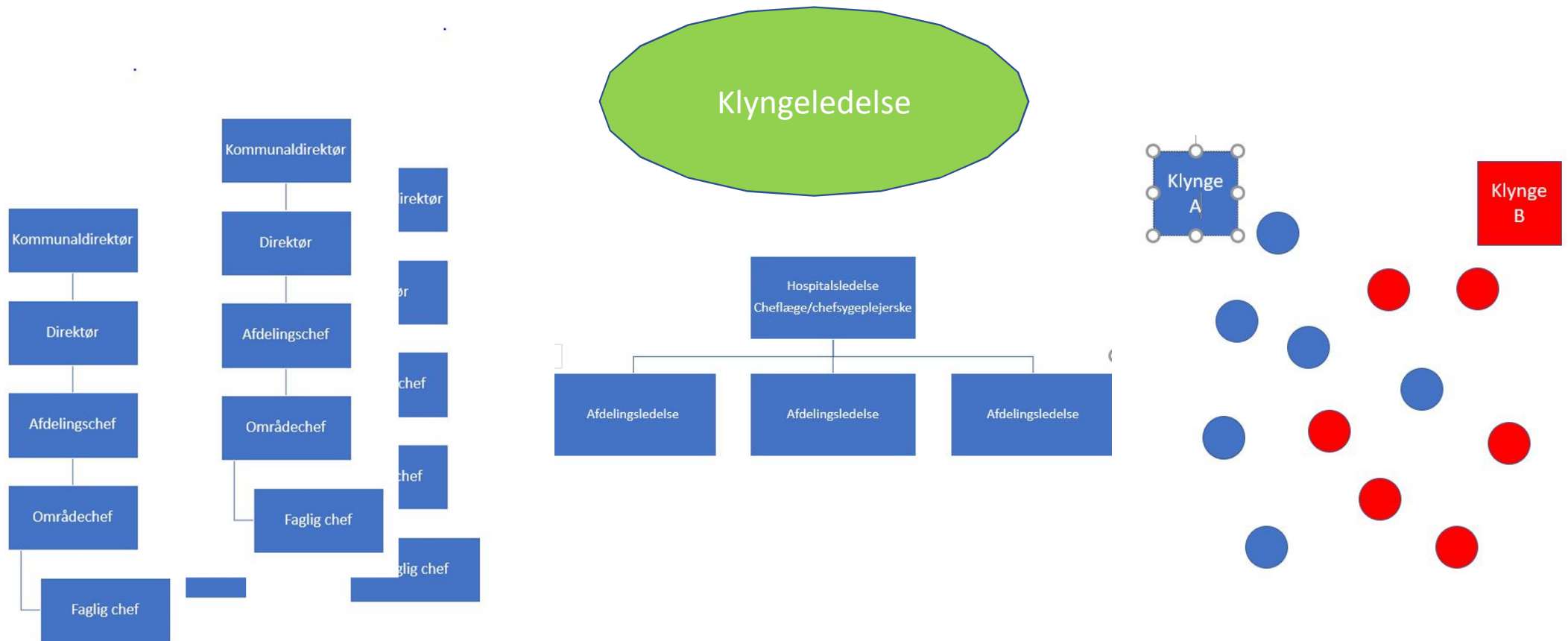
Hvordan får vi truffet beslutninger om...

- Medicin med hjem til patienter, der udskrives
- Rådgivning til hjemmesygeplejersken fra praktiserende læge og hospitalsafdeling
- Sårpleje efter ens principper
- Relevant straks-information (epikriser) til hjemmesygeplejersker og praktiserende læger
- Lægelig assistance til ældre i plejebolig
- Opfølgning af patienter (kroniske patienter, terminale patienter)
- Faglige udviklingsområder eller konkrete daglige problemer.

Hvilken ledelse binder det sundhedsvæsen sammen, der burde hænge sammen?



Hvilken ledelse binder det sundhedsvæsen sammen, der burde hænge sammen?



Klyngeledelse (vores forslag)

- Praktiserende læge, Hjemmesygeplejerske, én fra hospitalsledelsen
- Ansvar for den samlede indsats
- Flytning af opgaver
- Beslutte
- Dokumentere
- Ressourcer til at finansiere nye opgaver
- Pligt hos aktører til at omlægge eksisterende ydelser efter beslutning

Regeringen og Dansk Folkepartis forslag

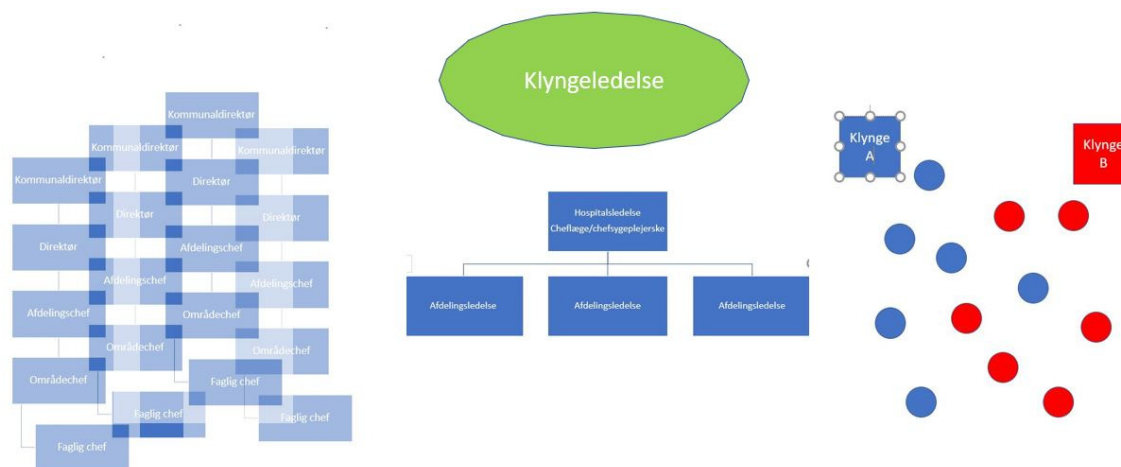
21 sundhedsfællesskaber

Ledelse af sundhedsklyngen

- Fagligt niveau
- Politisk overbygning

Fokus på områdets borgere og hele sundhedskæden.

Forpligtende samarbejde og fokus på at flytte behandlinger fra sygehus



Ledelse af sundhedsklyngen

Fagligt niveau

- En fra hver kommune
- 2 fra almen praksis
- 4 fra sygehusene i området
 - En fra akutsygehusets direktion
 - En fra psykiatriens direktion

Politisk overbygning

- To fra hver kommune
 - Borgmester
 - Udvalgsformand
- 2 fra almen praksis
- En fra sundhedsforvaltningens bestyrelse
- Adm. Sygehusdirektør
- Adm. Direktør for psykiatrien

Beslutninger i sundhedsfællesskabet

Vetoret

- Udgangspunkt: enighed
- **Vetoret**: hvis krav går videre end **kvalitetsplanen**, kan den enkelte part sige fra
- Økonomi: simpelt flertal blandt kommunerne for fælles midler
- Pengene følger patienterne – betaling for hvad det koster

Kvalitetsplan

- Udarbejdes af Sundhedsstyrelsen
- KL og kommunerne ”central rolle”
- Faglige selskaber og patientforeninger ”inddrages tæt”

Er kampen om kvalitetsplanen i gang?

- Hvor meget og hvor detaljeret skal kvalitetsplanen være?
 - En begrænset kvalitetsplan og lokale muligheder/risici?
 - Eller en omfattende kvalitetsplan og DUT-principper?
- Skal KLs argumentationen være sundhedsfaglig (evidens) eller driftsmæssig drevet?

A: sundhed

KL: Funktionsevne skal drive rehabilitering - ikke diagnose

DEBAT

12. april 2019 kl. 1:00 | 0 kommentarer



Den helhedsorienterede tilgang til rehabilitering skal være drivende for Sundhedsstyrelsens arbejde med en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, mener Jette Skive fra KL. (Foto: Kim Hougaard/Ritzau Scanpix)

DEBAT: Borgere med multisygdom har behov for at blive mødt med en helhedsorienteret indsats. Det skal Sundhedsstyrelsen huske, når den skal opstille en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, mener KL's Jette Skive.

Af Jette Skive [DF]

Rådmand, sundhed og omsorg, Aarhus Kommune, og formand, KL's sundheds- og ældrerådvalg

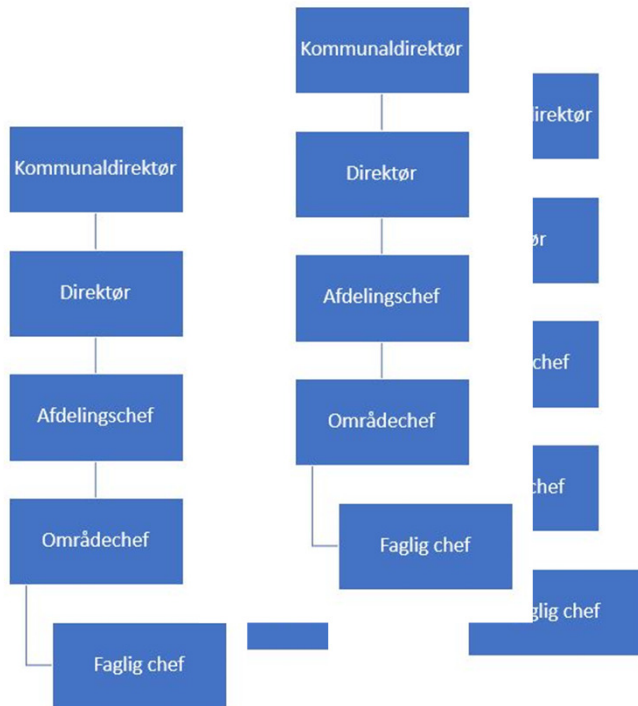
Altinget spørger i denne debatrunde: Hvordan får vi den bedste rehabilitering?

Det er skønt, når debatterne indimellem lader solen skinne på noget af det, som er kommunernes kerneopgave.

Men det slog mig, at anledningen endnu engang er kommunale forskelle.

Opgaverne i sundhedsfællesskabet

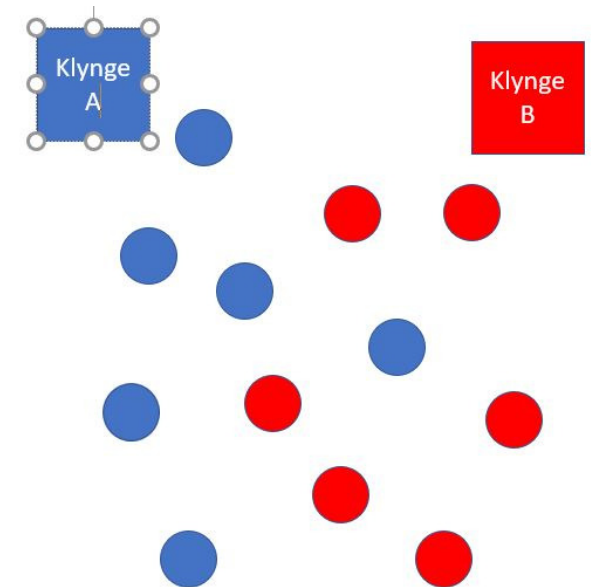
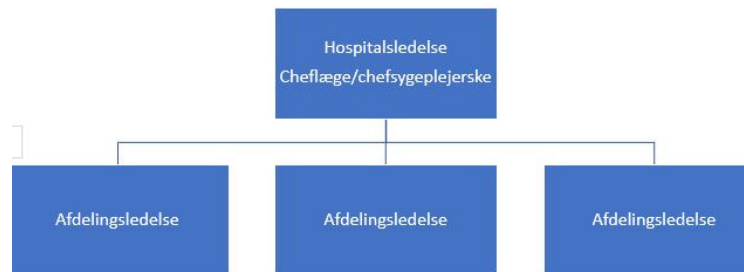
- Sikre sammenhæng og bygge bro
- Forpligtende samarbejde
- Mere behandling skal foregå udenfor sygehusene
- Høringsret i forhold til større strukturelle beslutninger hos (den regionale) sundhedsforvaltning
- Indstillingsret til den endelige beslutning i kommunalbestyrelse og (den regionale) sundhedsforvaltnings bestyrelse



15 medlemmer

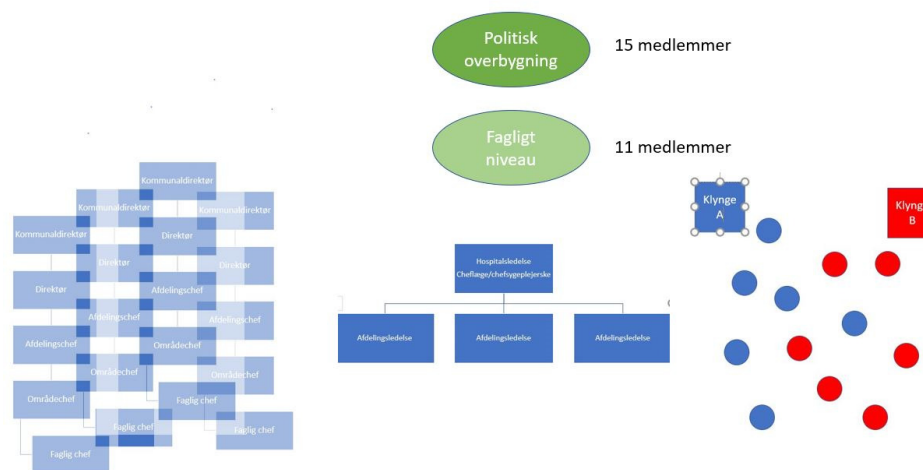


11 medlemmer



Passer ledelsesmodellen til opgaven?

- Hvem skal sidde i det faglige niveau fra kommunerne?
- Sammenblanding af politikere og fagfolk i et besluttende organ
- Veto-ret
- Risiko for at Kvalitetsplanen bliver styrende
- Hvordan får personalet truffet beslutninger når sammenhæng mangler?



Det regionale niveau

- Regionsrådene nedlægges
- Regionernes sundhedsforvaltninger bevares (men beskæres med tiden)
- Forvaltningerne får en bestyrelse:
 - Formand
 - 3 udpeget efter indstilling fra kommunerne
 - 1 udpeget efter forslag fra Patientforeningerne
 - 3 "eksperter"
- Svag politisk legitimitet => strukturbeslutninger m.v. ender nemt i Folketinget.
- Vil sundhedsvæsenet i sit hele blive drevet fra Folketinget

Det nationale niveau

- Årlig udviklingsplan for et "stærkt fælles nationalt sundhedsvæsen" fastlægges af Folketinget
- Sundhedsvæsen Danmark ("Danske Regioner med beslutningskompetance")
 - Placeres i Aarhus
 - Bestyrelse: 5 regionale formænd, én fra patientforeningerne og 4 eksperter
 - Opgaver: nationale beslutninger, overvåge patientrettigheder, IT og digitalisering, indkøb, højt specialiseret niveau

En nødvendig reform, men...

- Uklar og usikker ledelses-model
 - Sammenblanding af politik og fag
 - For megen politik i sundhedsfællesskaberne
 - For lidt politik i de regionale bestyrelser
 - Økonomistyring er ikke beskrevet
- Mange nationale initiativer (styring)
 - Kommunalt selvstyre medfører paradoksalt mere national styring