

Sundheds- og Ældreministeriet

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Folketinget, den 13. november 2018 kl. 13.00, lokale 1-333, Sundheds- og Ældreudvalget]

Samrådsspørgsmål J

Samrådsspørgsmål J er stillet til både ældreministeren og sundhedsministeren (stillet af Kirsten Norman Andersen (SF)).

SUU alm. del – Samrådsspørgsmål J

Vil ministrene redegøre for, hvordan ministrene vil komme den stigende brugerbetaling til livs, som følger af, at kommunerne overtager flere og flere sundhedsopgaver på grund af tidlig udskrivning af typisk ældre borgere fra sygehusene til kommunernes akutstuer og sundhedshuse, hvor kommunerne ofte tager betaling for forplejning?

Vil ministrene samtidig forklare, hvordan ministrene vil sikre, at brugerbetalingen i forbindelse med ophold på en akutplads ikke medfører ulige vilkår i forhold til, hvor man bor og i forhold til den gældende kommunale akutfunktion?

(Samrådsspørgsmålet har tidligere været stillet i folketingsåret 2017-18, jf. SUU alm. del - samrådssp. CX)

Tak til Kirsten Normann Andersen for spørgsmålet. Jeg besvarer også den del, der relaterer sig til ældreministeren, da hun er blevet syg og derfor har været nødsaget til at melde afbud. Men hun svarer selvfølgelig gerne skriftligt, hvis der måtte være nogle specifikke spørgsmål, som er rettet mod ældreministerens ressort.

Regeringen vil – som I ved – præsentere en sundhedsreform, som skal lægge sporene for sundhedsvæsenet de næste mange år.

Det er en reform, der har som sit hovedformål at sikre bedre sammenhæng for patienterne. Og også en større nærhed. I dag der oplever hver femte patient ikke, at sygehuset samarbejder med den kommunale pleje, når de bliver udskrevet. Det er et af de punkter, som regeringen med reformen ønsker at tage hånd om.

Og også at styrke det nære sundhedsvæsen markant.

Vi mener nemlig, at det er til gavn for patienterne at få en behandling, der griber mindst muligt ind i hverdagen, og at det også har en stor værdi i at blive behandlet i vante omgivelser. Det være sig i eget hjem eller tæt på eget hjem.

[Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen]

Derfor er vi også nødt til at stille krav til opgaveløsningen i de nære sundhedstilbud. Det var noget af det, som vi fra regeringens side allerede i det udspil, som vi præsenterede i december sidste år "Sundhed, hvor du er" satte fokus på og også behovet for, at der udvikles en kvalitetsplan for det nære, som også kan understøtte et systematisk og et ensartet kvalitetsarbejde ift. de sundhedsfaglige indsatser i kommuner, almen praksis og udgående sygehusfunktioner.

Jeg kan også nævne, at der jo allerede er lavet "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", som en del af "Handlingsplanen for den ældre medicinske patient", som vi aftalte med Dansk Folkeparti. Og jeg synes egentlig, at det er et godt eksempel på, at vi jo sådan set allerede begynder at stille krav til

kvaliteten af den kommunale opgaveløsning på tværs af landet. Både når det gælder kompetencer, og også når det gælder udstyr.

[De kommunale akutfunktioner]

Vi har nemlig set en udvikling over de seneste år, hvor det nære sundhedsvæsen heldigvis er blevet større og er vokset i omfang, og som man måske ikke havde forestillet sig, da man lavede det grundlæggende regelsæt for den kommunale hjemmesygepleje. Derfor også et behov for en samlet reform, hvor vi også styrker det nære sundhedsvæsen.

Kommunerne har gennem flere år udbygget og styrket de kommunale sundhedstilbud tæt på borgerne. Det er rigtig positivt. Det er tilbud, som er med til at sikre, at borgerne kan modtage en sundhedsfaglig hjælp og behandling, de har behov for, også tæt på eget hjem.

Enten efter udskrivning fra sygehus, når borgeren ikke længere har behov for det specialiserede tilbud på sygehuset, men fortsat kan have behov for en særlige sygeplejefaglig indsats og behandling. Eller når borgeren – med en særlig sygeplejefaglig indsats fra kommunen – simpelthen kan undgå at blive indlagt, fordi en forværring af sygdom kan forebygges.

Mange kommuner har fx gennem de senere år etableret kommunale akutfunktioner. De kommunale akutfunktioner er meget ofte en integreret del af hjemmesygeplejen. Det vil sige, at det er en sundhedsfaglig ydelse.

Akutfunktionerne kan varetage særlige sygeplejefaglige opgaver, som ikke kan håndteres i den almindelige hjemmesygepleje.

Typisk fordi der er tale om komplekse opgaver, der kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer, og at der er et særligt udstyr til rådighed.

Det er op til den enkelte kommune at tilrettelægge opgaverne i hjemmesygeplejen – herunder i akutfunktionerne – på en hensigtsmæssig måde i den lokale kontekst. Derfor er akutfunktionerne også organiseret forskelligt i kommunerne. Ofte som faste pladser eller udkørende teams eller en kombination heraf.

Men det gælder altså, at uanset om en kommune har organiseret akutfunktionen som en plads eller som et udkørende team af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer, så skal akutfunktionen fra og med det her år leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner for at kunne betegne sig som ”en kommunal akutfunktion”.

Vi har jo også særskilt haft en dialog omkring det tilsyn, der så også føres på akutfunktionerne for netop at have fokus på kvaliteten.

[Egenbetaling]

Og jeg vil da også gerne benytte lejligheden her til endnu en gang at slå fast – som jeg også har slået fast i de skriftlige svar jeg har oversendt til udvalget – at det aldrig har været den politiske intention, at de ydelser og indsatser, som sker i hjemmesygeplejen, skulle være forbundet med egenbetaling. Altså det samrådsspørgsmålet kredser om. Det er hverken for borgere, der hjemme eller på et plejecenter, modtager indsatser fra hjemmesygeplejen eller for borgere, der – fordi de har komplekse pleje- og behandlingsbehov, som det kræver særlige sygeplejefaglige kompetencer at varetage – modtager et tilbud om et ophold på en kommunal akutplads.

Og det er vigtigt her at pointere, at tilbuddet om hjemmesygepleje, herunder de tilbud der gives fra en kommunal akutfunktion, alene er defineret som en sundhedsfaglig ydelse i sundhedsloven med tilhørende regler.

For mig giver det ikke mening, at en borger skal kunne opkræves betaling for ydelser som fx kost og linnedvask, når

de opholder sig på en kommunal akutplads, som er en særlig sundhedsfaglig ydelse, der leveres efter sundhedsloven som en del af tilbuddet i hjemmesygeplejen.

Det er muligt, at der i takt med, at akutfunktionerne har udviklet sig, er behov for at tydeliggøre reglerne på dette punkt.

Derfor er mit ministerium, som jeg også har givet udtryk for ved besvarelsen af den række skriftlige udvalgsspørgsmål, der har været stillet – også forud for det her samråd – i dialog med KL for egentlig at finde ud af, om der er behov for at tydeliggøre, hvad det vederlagsfrie tilbud om hjemmesygepleje omfatter.

Det er også en diskussion vi har med Dansk Folkeparti i relation til finansloven, og som jeg ved også optager vores gode samarbejdspartner Dansk Folkeparti meget.

Jeg forventer, at den dialog vi har med KL og de nødvendige vurderinger, som der er behov for, snart er på plads.

[Regeringens initiativer]

Dagens emne hænger sammen med den generelle udvikling af vores sundhedsvæsen. Det var jeg også inde på i min indledning.

Og i forhold til akutfunktioner er et vigtigt initiativ i nyere tid jo i høj grad også Handlingsplanen for en styrket indsats for den ældre medicinske patient, som vi også har talt om i det sidste samråd og hvor der også er afsat ressourcer til at løfte indsatsen.

Regeringen udmøntede også i maj 2018 i omegnen af 200 mio. kr. til læge- og sundhedshuse over hele Danmark, som også er et vigtigt skridt mod et tættere og mere forpligtende samarbejde mellem de centrale aktører på sundhedsområdet.

Og vi har også ad to omgange i 2017-2018 udmøntet i alt 185 mio. kr. til projekter, der har til formål at udvikle og løfte kvaliteten i kommunernes sundhedsindsats. Blandt andet med det formål at forebygge uhensigtsmæssige

indlæggelser. Og også til en videreudvikling af kommunale akutfunktioner.

Når jeg nævner de initiativer, så er det for at sige, at både hver for sig og men også samlet, har vi fokus på, hvordan vi sikrer kvaliteten i det nære sundhedsvæsen og også et specifikt fokus på den udvikling, der er på akutpladserne.

[Kommunernes ansvar]

Kommunerne skal dog også vise, at de kan løse de mere komplekse sundhedsopgaver fx i akutfunktionerne. Og det handler jo sådan set også om at se det som en indsats, der kan forebygge nogle af de indlæggelser, der er i dag.

Vi har også med Folketinget opbakning hævet taksterne for færdigbehandlingsdagene for også at sikre, at kommunerne i højere grad hjemtager patienter efter behandling på sygehus. Altså, at der også er et økonomisk incitament for kommunerne til at sikre en større nærhed i behandlingen.

Det har vi gjort, fordi vi ikke mener, at det er i borgerens interesse at blive liggende på et sygehus langt fra hjemmet, fordi den kommune, som borgeren er bosiddende i tilfældigvis ikke har etableret de nødvendige tilbud af høj kvalitet.

Og lige så meget fordi den kommunale medfinansiering jo også betyder, at kommunen dermed også betaler en del af udgiften, der er forbundet med, at en borger indlægges på sygehus. Det bare for at sige, at vi opfatter sådan set, at de her ting hænger sammen, så det ikke kun er et isoleret spørgsmål omkring den betaling, der er på akutfunktionerne, men at der grundlæggende er et behov for at styrke hele det nære sundhedsvæsen.

Men som sagt nu ser vi nøje på, om der er behov for at tydeliggøre reglerne for, hvad tilbuddet i hjemmesygeplejen omfatter.

De vurderinger forventer jeg som sagt, snart er på plads. Og når det er tilfældet, så vil jeg også orientere udvalget om udfaldet.

Tak for ordet.