

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: SPOLD  
Sagsbeh.: DEPAJU  
Koordineret med: SUNDØK  
Sagsnr.: 1808309  
Dok. nr.: 726207  
Dato: 19-09-2018

## TALEPAPIR

Det talte ord gælder  
[Sundheds- og Ældreudvalget den 2. oktober kl. 16.00-17.00]

### Besvarelse af samrådsspørgsmål CU

*Ministeren bedes kommentere antallet af medicinske sengepladser i lyset af tal fra Sundhedsdatastyrelsen, som viser at der er fjernet mindst 400 sengepladser i løbet af de seneste fire år, samt redegøre for, hvad ministeren agter at gøre for at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet på landets medicinske afdelinger.*

Tak til Stine Brix for spørgsmålet, hvor jeg er blevet bedt om at kommentere på faldet i antallet af medicinske sengepladser samt redegøre for, hvad jeg vil gøre for at sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet på landets medicinske afdelinger.

[Færre medicinske sengepladser]

Det fremgår af artiklen fra Danmarks Radio den 10. juli, at der på fire år er blevet 400 færre medicinske sengepladser. Det kan jeg bekræfte. Der er færre medicinske sengepladser i dag end for 4 år siden.

Som spørger siger, er det også sådan, at der er færre sengepladser helt generelt på de øvrige specialer på hospitalerne.

Men når det så er sagt, så vil jeg understrege, at et fald i antallet af medicinske sengepladser som udgangspunkt ikke skal ses som en negativ udvikling.

For kvaliteten af behandlingen og patientplejen på de medicinske afdelinger handler ikke alene om antallet af medicinske sengepladser.

Det er lige så vigtigt, at vi har tilstrækkeligt personale med de rette kompetencer på afdelingerne. Og antallet af læger og sygeplejersker stiger år for år.

I 2001 var der godt 10.800 fuldtidsbeskæftigede læger ansat på de danske sygehuse, og i 2017 var det tal steget til ca. 16.600.

Tilsvarende var der i 2001 knap 29.700 fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker ansat på sygehusene. I 2017 var det tal steget til knap 35.600.

Det svarer til, at der i gennemsnit er ansat én sygeplejerske ekstra hver eneste dag siden 2001 og én ekstra læge hver eneste dag siden 2001 – bortset fra om søndagen.

Dette er selvfølgelig også et udtryk for en stor omlægning fra indlæggelser til ambulante behandling.

Og der uddannes forsat flere læger inden for de medicinske specialer. I 2015 havde vi 1.931 speciallæger med et medicinsk speciale, og i 2020 forventer vi at have 2.250 speciallæger med en medicinsk specialebaggrund

Derfor skal det selvfølgelig også ses i lyset af den ændring, der generelt har fundet sted i vores behandlingssystem. Og det skal også tages i betragtning, at der med hensyn til ansatte ikke ses den reduktion, som ses i antallet af sengepladser.

Og så er der jo ingen, der ønsker at ligge på sygehuset længere tid end nødvendigt. Derfor er det også vigtigt, at vi fortsætter den omstilling af sundhedsvæsenet, der allerede er i fuld gang.

En omstilling som jo sker ud fra forskellige forventninger.

For det første er det forventningen, at den fortsatte udvikling med mere effektive behandlingsmetoder generelt vil give lavere liggetider på de danske hospitaler.

For det andet er det forventningen, at den løbende omlægning til ambulans behandling gennem brug af mere effektive og skånsomme metoder vil have en positiv indflydelse på indlæggelserne på de medicinske afdelinger.

Og for det trede, så vil oprettelse af enestuer og ny organisering i de nye sygehusbyggerier give bedre mulighed for fleksibel udnyttelse af sengestuer på tværs af specialer.

Endelig er det jo sådan, at der for de ældre patienter skal mere fokus på forebyggelse, og at de ikke skal ligge på hospitalerne længere end absolut nødvendigt. De ældre patienter skal allerhelst hjem til sig selv, og hvis det ikke kan lade sig gøre, så skal de fx plejes på kommunernes akutpladser.

Også fordi, at vi ved, at de nære og trygge rammer, som findes ved behandling i eget hjem eller på et mere kendt sted, som en kommunal akutplads kan være, også har en betydning for det samlede forløb. Da vi forudser en ændring i den befolkningsmæssige sammensætning fremover, er dette særligt vigtigt at have fokus på.

[Det nære og sammenhængende]

Det er netop en af grundene til, at regeringen ønsker at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen – lige netop for at sikre, at der er sammenhæng og kvalitet på tværs af sygehuse, kommuner og praksissektor.

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kom i sommeren 2017 med 20 anbefalinger, som fokuserede på at sikre bedre samarbejde mellem aktørerne, at sikre de rette kompetencer til de rette opgaver, skabe ensartet kvalitet over hele landet og understøtte bedre digital understøttelse og brug af data.

Regeringen fulgte op på udvalgets arbejde og anbefalinger både med udspillet ”Sundhed, hvor du er” og med udspillet ”En læge tæt på dig”. Desuden bliver der også fulgt op på dette i den kommende sundhedsreform.

Hvis man ser på ”Sundhed, hvor du er”, så var et af initiativerne at udvikle en kvalitetsplan, som skal være med til at sikre højere og mere ensartet kvalitet i bl.a. kommunernes sundhedsindsats.

Et godt eksempel på, hvad et element i en kvalitetsplan kan være, er Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunernes akutfunktioner. Sådanne kvalitetsstandarder og kvalitetsplanen skal som overordnet ramme være med til at sikre, at de rette kompetencer, den rette kapacitet og øvrige ressourcer er til stede, når kommunerne og almen praksis fremover skal varetage nye og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet.

Derfor er det også vigtigt at se dette som en samlet enhed, og ikke kun hvor mange sengepladser der findes på de medicinske afdelinger.

[En læge tæt på dig]

Vi skal samtidig værne om og udbygge de praktiserende lægers rolle i det danske sundhedsvæsen. Derfor har jeg fremlagt udspillet ”En læge tæt på dig” i juni 2018.

Udspillet skal bidrage til at sikre, at alle borgere også i fremtiden har adgang til en praktiserende læge tæt på deres bopæl. Og at borgere kan få flere sundhedsydelser af høj kvalitet i deres nærmiljø.

Tilbage i maj blev der fordelt en pulje på 207,7 mio. kr. til læge- og sundhedshuse på tværs af 26 kommuner. Og der vil også i den kommende tid blive opslået yderligere 600 mio. kr. til etablering af læge- og sundhedshuse. Netop fordi, at kapaciteten i det nære sundhedsvæsen også er en forudsætning for, at der er ressourcer og kapacitet lokalt til den behandling, som er forudset til ikke at foregå på de medicinske afdelinger.

I starten af året udmøntede vi en pulje på ca. 100 mio. kr. til at styrke kommunale indsatser, særligt med fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper. Formålet med puljen er at løfte kvaliteten i den kommunale sundhedsindsats og blandt andet forbygge indlæggelser og genindlæggelser.

Det er nogle af de mange initiativer, som vi har igangsat. Og som vi forventer vil bidrage til at nedbringe antallet af patienter på de medicinske afdelinger.

[Overbelægning]

Jeg vil samtidig gøre det helt klart. Faldet i antallet af sengepladser må ikke føre til vedvarende overbelægning.

Det er uacceptabelt, at vi stadig ser perioder med overbelægning, som det er tilfældet på nogle af landets sygehusafdelinger. Jeg har flere gange understreget alvorligheden heraf - og også behovet for, at det bliver taget hånd om problemet både lokalt såvel som fra regeringens side.

Overbelægning kan betyde, at patientsikkerheden forringes. Det kan gøre det svært at udføre den bedst mulige behandling, og i værste fald kan det gå ud over patienternes ve og vel, og deres sygdomsforløb kan måske blive unødigt forværret.

Det er også en af grundene til, at vi følger området i de nationale mål, og hvor netop et af måleindikatorerne handler om at nedbringe overbelægning. Ligesom overbelægningsproblematikken er central i de syv krav, Venstre i sin tid stillede til regionerne tilbage i 2015. Dertil må det siges, at der ikke er sket en målopfyldelse endnu.

I økonomiaftalen for 2018 og for 2019 drøftede vi overbelægning og arbejdstilrettelæggelse med regionerne. Udover at vi i den seneste aftale blev enige om, at regionerne skal arbejde på at reducere perioderne med overbelægning på de medicinske afdelinger, så har vi også aftalt at igangsætte et analysearbejde, som skal give et indblik i anvendelsen af kapaciteten på de medicinske afdelinger, og som skal se på forbedringer og indsatser, der kan reducere behovet for hospitalsbehandling.

Helt konkret skal der ses på, om der er en effektiv tilrettelæggelse af arbejdstiden og en effektiv fordelingen af opgaver. Ligesom der skal ses på, om der en hensigtsmæssig sammensætning af personalet.

Målet er, at tid skal frigøres, at kvaliteten skal højnes og at både modtagelsen og udskrivningen af patienter skal forbedres. Alt sammen med fokus på patienten, og alt sammen med fokus på at nedbringe behovet for at havne i en sygeseng, hvis man ikke burde være der, men at der burde have været indsatser tættere på borgerens bopæl.

Jeg ser frem til resultatet af analysen, som forhåbentlig kan give os nogle praksisnære inputs til sygehusenes arbejde. Også i forhold til kapacitetsudnyttelsen og de områder, hvor der kan være problemer med at styre kapaciteten. Således kan resultatet bruges både i arbejdet med at nedbringe overbelægningen ude på de medicinske afdelinger, men også være med til at give et overblik over området i relation til den udvikling, som er sket samt den udvikling, som vi forventer at se.

[Hvad kan der gøres fremover?]

Så ja, vi har allerede gjort rigtig meget for at bidrage til den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet, som skal til for at flere opgaver i fremtiden kan løses professionelt og med høj kvalitet uden for sygehusene.

Og vi er godt på vej. Vi har samtidig et ønske om at gøre endnu mere i forhold til at styrke nærheden i vores sundhedsvæsen.

Men vi er ikke i mål endnu. Det er desværre ikke en omstilling, som kan klares over natten. Tværtimod er det en omstilling, som er yderst kompleks, og som kalder på løsninger i flere spor.

Og kan der gøres endnu mere? Her er svaret fortsat ja. For vi må konstatere, at sammenhængen og samarbejdet mellem sygehusene, de praktiserende læger og kommunerne stadig ikke er godt nok.

[Sundhedsreform]



Derfor vil efterårets varslede sundhedsreform også komme til at indeholde strukturelle ændringer af sundhedsvæsenet. Ændringer, der skal styrke det nære sundhedsvæsen og skabe sammenhæng på tværs af sektorer. Det bliver en reform, der skal lægge sporene for de kommende mange år i sundhedsvæsenet.

Vi kommer til at se en endnu større demografisk udvikling med flere ældre borgere. Vi har derfor et stigende behov for et større samarbejde omkring patienterne.

Vi skal desuden binde aktørerne i sundhedsvæsenet tættere sammen, så patienter oplever ét sammenhængende sundhedsvæsen. Også for at sikre, at vores medarbejdere ikke unødvendigt skal tage sig af opgaver, som ikke kræver indlæggelse i vores specialiserede sundhedsvæsen og som egentlig burde håndteres i det nære sundhedsvæsen. Vi skal have både sygehuse, almen praksis og kommuner til at tage ansvar for patientforløb, der går på tværs og dermed også tage langt større ansvar for det helt afgørende samarbejde aktørerne imellem. Det handler om at styrke det nære sundhedsvæsen og sætte patienten i centrum.

Og vi skal have sygehusene til at se mere ”udad” mod resten af sundhedsvæsenet. Sygehuse skal ikke være lukkede ”siloer”. De skal nærmere være fyrtårne, der lyser ud og støtter aktørerne i det nære sundhedsvæsen. For der er i høj grad brug for, at sygehusene spiller sammen med kommuner og almen praksis. Det er også en forudsætning for, at vi kan sikre en ordentlig patientbehandling, men i sidste ende også diskussionen omkring kapaciteten på de medicinske afdelinger.

### [Styringsmodel]

Den nye styringsmodel fra 2019 er også med til at sætte fokus på at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen. Og lige så afgørende er den nye styringsmodel med til at rette fokus hen på det nære sundhedsvæsen.

Den tidligere styringsmodel med aktivitetsfokus og produktivetskrav kunne i nogle tilfælde stå i vejen for udviklingen af det nære sundhedsvæsen, da fokus alene lå på at øge aktiviteten inde på sygehuset og ikke på samarbejdet med aktører uden for sygehusene.

Den nye styring med nærhedsfinansiering sætter derimod fokus på udvikling af det nære sundhedsvæsen.

Nærhedsfinansieringen udgør 1,5 mia. kr. i 2019 og er betinget af regionernes målopfyldelse på fem kriterier for øget omstilling og bedre sammenhæng i patientforløb, som der er behov for. Også så vi får samarbejdet mellem sygehuse og primær sektor til at være stærkere, og så det bliver en styrke, og ikke en svaghed, at der er forskellige aktører omkring patienten.

Det kan fx være ved at give råd og vejledning til den kommunale hjemmesygeplejerske, så en indlæggelse kan undgås. Det skal sikre, at flere patienter kan varetages i det nære – for eksempel hos en praktiserende læge, det kommunale sundhedshus eller i eget hjem eller med en telemedicinsk løsning.

På den måde får vi en endnu højere grad af omstilling af vores sundhedsvæsen, hvor det nære er i centrum, og hvor vi netop sikrer, at der også er sammenhæng mellem kapaciteten på sygehusene og den styrkede kapacitet i det nære sundhedsvæsen.

Samtidig skal den nye styringsmodel også hjælpe til at undgå, at sygehusene sander til med patienter, så vi fx kan undgå overbelægning i fremtiden. Derved kan vi grundlæggende sikre et bedre behandlingsforløb for vores patienter.

[Afslutning]

Tak for spørgsmålet, som jeg oplever udspringer af det samme ønske for en omstilling af vores sundhedsvæsen til et nært sundhedsvæsen, hvor der er sammenhæng mellem kapaciteten på sygehusene, men samtidig også en stærkere udvikling og opbygning af det af det nære sundhedsvæsen. Det er en omstillingsproces, hvor der kan være bump på vejen og det er vi opmærksomme på. Det er også derfor, at vi med sundhedsreformen ønsker at tage yderligere initiativer til at styrke det nære sundhedsvæsen.

Tak for ordet.