



NOTAT

03-02-2020
EMN-2019-01677
1336852

Danske Regioners ønsker til en plan for bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet

Resumé

Danske Regioner ser frem til en dialog med regeringen og sundhedsvæsenets aktører omkring *en plan for udviklingen af sundhedsvæsenet de næste 10 år*. Planen skal skabe rammerne for

- bedre samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektor om sammenhængende patientforløb og god ressourceudnyttelse,
- flere sundhedstilbud i hjemmet via telemedicin og kommunal hjemmesygepleje og flere tilbud tæt på hjemmet hos egen læge/speciallæge eller i sundhedshus/nærhospital, så flere kan undgå turen til hospitalet og hospitalerne kan frigøre tid til specialiseret behandling,
- høj kvalitet i alle tilbud, så fremtidens sundhedsvæsen fastholder og forstærker trygheden og tilliden til vores fælles sundhedsvæsen.

Vi skal altså fortsætte udviklingen af **sammenhæng, nærhed og kvalitet**, og vi skal skabe denne udvikling gennem mere samarbejde og flere fælles løsninger. Det kræver bedre lovgivningsmæssige rammer for at bruge fælles data på tværs af sektorer og bedre rammer til at drive nærhospitaler, brobyggerfunktioner og psykiatrhuse m.v. mellem regioner og kommuner i fællesskab.

Vi skal fokusere på de gode løsninger, der skabes i hverdagen mellem de sundhedsprofessionelle på hospitalerne, i praksissektoren og i den kommunale hjemmesygepleje, og vi skal bakke medarbejdernes samarbejde op med en *fælles beslutningsstruktur omkring hvert akuthospital*, hvor hospitalsledelsen, de praktiserende læger og sundhedsdirektører/sundhedschefer fra de berørte kommuner i fællesskab fjerner

barrierer og skaber gode rammer for det daglige samarbejde om sammenhængende patientforløb. Vi har et sundhedsvæsen, der er afhængig af arbejdsdeling og sammenhæng på tværs af hospitaler i den regionale geografi, og derfor skal den lokale ledelsesmæssige beslutningsstruktur forankres i et styrket politisk samarbejde mellem den enkelte region og regionens kommuner og praktiserende læger. Konkret foreslår vi, at de nuværende sundhedskoordinationsudvalg styrkes og sammenlægges med praksisplanudvalgene, og at beslutninger af væsentlig økonomisk eller politisk betydning træffes i dette forum.

Vi bakker op om regeringens ønske om en bred dialog med sundhedsvæsenets aktører forud for eventuelle politiske forhandlinger i Folketinget, men vi ser også mange konkrete initiativer, som kan sættes i gang her og nu, så den faglige udvikling, som alle er enige om, får et tiltrængt skub fremad:

- Vi foreslår konkret, at Sundhedsstyrelsen får mandat til at formulere klare krav om *et ensartet kvalitets- og kompetenceniveau* i kommunernes nuværende sundhedsopgaver, f.eks. de døgndækkende akutfunktioner, som er helt afgørende for, at ældre borgere i hele landet har muligheder for at undgå de unødvendige hospitalsindlæggelser.
- Vi foreslår også, at der stilles krav om, at *alle* kommuner inden for en periode skal være i stand til at løse opgaver som hjerterehabilitering og IV-behandling i hjemmet med den nødvendige kvalitet – opgaver, som allerede i dag løses af kommuner i nogle dele af landet. En mere ensartet kapacitet og kvalitet i den nuværende kommunale opgaveløsning er et første skridt, som alle burde være enige om, og som burde kunne håndteres inden for rammerne af de årlige økonomiforhandlinger.
- Vi ser tilsvarende et behov for at opbygge en mere ensartet kapacitet, kvalitet og tilgængelighed i praksissektoren, herunder ikke mindst *bedre lægedækning* i alle dele af landet for at reducere uligheden i sundhed. Bedre lægedækning er et hovedemne i de igangværende forhandlinger om en ny overenskomst for de praktiserende læger, og der vil være tilsvarende behov for en bedre dækning af praktiserende speciallæger i alle dele af landet.
- Endelig foreslår vi, at der tages skridt til at aftale *koncepter for fremtidens sundhedshuse eller nærhospitaler*, så der skabes klare rammer for viften af tilbud samt retningslinjer for den fælles drift mellem regioner og kommuner. Vi bidrager gerne med forslag til stærkere tilbud uden for hospitalerne.

Fremtidens sundhedsvæsen skabes først og fremmest af sundhedsvæsenets medarbejdere, som med inddragelse af borgerne finder løsninger med kvalitet, nærhed og sammenhæng. Vi skylder vores dygtige medarbejdere at fjerne barrierer, magtkampe og kassetænkning, som forhindrer dem i at finde de gode løsninger i dialog med patienterne.

Sammenhæng, nærhed og kvalitet

I Danske Regioner har vi et ønske om, at vores fælles sundhedsvæsen skal skabe mere og bedre sundhed for alle. Som borger i Danmark skal man ikke være i tvivl om, at man – uanset baggrund og bopæl - får en behandling i verdensklasse, at sundhedsvæsenet tilbyder behandling så tæt på hjemmet, som det er muligt og fagligt forsvarligt, og at den ene hånd ved, hvad den anden gør, så patientforløbet for den enkelte opleves trygt og hænger godt sammen. Med andre ord – nøgleordene i fremtidens sundhedsvæsen er **kvalitet, nærhed og sammenhæng**.

Hvis vi skal fremtidssikre vores sundhedsvæsen med de udfordringer, der venter os, når vi bliver flere ældre, flere kronisk syge og ikke mindst flere med behov for psykiatrisk behandling, så har vi brug for en plan for udviklingen af vores fælles sundhedsvæsen, herunder psykiatrien, de næste ti år. Det skal være en plan, der sætter ambitiøse mål for sundheden og sundhedsvæsenet og giver medarbejderne rum til at løse opgaverne klogt.

Planen skal sørge for, at vi i alle dele af landet får skabt et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor de praktiserende læger får et endnu større ansvar for patienternes samlede behandlingsforløb, og hvor regioner og kommuner etablerer fælles løsninger, der sikrer kvalitet, nærhed og sammenhæng. En plan for fremtidens sundhedsvæsen skal skabe bedre lokale muligheder for behandling og pleje, så flere kan slippe for turen frem og tilbage til hospitalet. Det kan ske i fælles regionale-kommunale løsninger, herunder udbyggede sundhedshuse eller nærhospitalet, hvor praktiserende læger, speciallæger og andre praksisgrupper arbejder tæt sammen med kommunale tilbud og udlagte sygehusfunktioner. Og det kan ske i borgerens hjem, hvor telemedicinske løsninger kombineres med udbygget ansvar hos den praktiserende læge samt en ældrepleje, hjemmesygepleje og akutsygepleje, der har kapacitet og sygeplejefaglige kompetencer til selv at klare mere med høj faglighed og kvalitet. Tilsvarende i psykiatrien, hvor der skal sættes tidligt ind for at forebygge og behandle mentale udfordringer hos unge, og hvor socialpsykiatrien skal være i stand til at yde en bedre støtte til de borgere, der – i hvert fald i perioder – kan klare sig uden indlæggelse.

Selvom kommunernes hjemmesygepleje og socialpsykiatri skal have bedre kompetencer til selv at klare mere, vil de have brug for faglig opbakning fra hospitalerne i forbindelse med udbygning af de telemedicinske/telepsykiatriske løsninger i borgerens hjem og fra de praktiserende læger, når borgeren i hjemmet, på bostedet, i ældrecentret eller akutpladsen har brug for lægebesøg. De praktiserende læger skal i fremtiden være en endnu stærkere hjørnesteen i det samlede sundhedsvæsen. Det betyder bl.a., at de kan håndtere flere forløb i længere tid, bl.a. via god adgang til undersøgelsesfaciliteter i egen klinik, på hospitaler eller i sundhedshuse/nærhospitalet samt via god og nem adgang til specialistrådgivning fra hospitaler eller praktiserende speciallæger.

Og så skal planen bidrage til, at alle borgere har lige adgang til pleje og behandling af højeste kvalitet – uanset hvem man er, og hvor man bor i landet. Der er brug for flere praktiserende læger og en bedre fordeling af dem, så alle borgere i Danmark reelt har frit lægevalg. Der er også behov for en bedre og mere ensartet dækning af praktiserende speciallæger, så de kan overtage nogle af de hospitalsopgaver, som det er muligt at rykke tættere på borgerne.

I Danske Regioner er vi optaget af at mindske uligheden i danskernes sundhed, og vi vil gerne satse mere på forebyggelse. Mindre ulighed kræver, at vi gør mere for dem, der ikke af sig selv møder op hos lægen, og forebyggelse kræver, at der sættes tidligere ind hos børn og unge for at styrke den fysiske og mentale sundhed. Derfor er det afgørende at skabe en bedre tilgængelighed – både fysisk og digitalt - til egen læge, men det er også vigtigt, at de praktiserende læger og det øvrige sundhedsvæsen ikke kun ser dem, der sidder i venteværelset, men gør noget ekstra for de patienter, der har en tendens til ikke selv at være opsøgende eller er i risiko for at droppe ud af et behandlingsforløb.

Sundhedsvæsenet kan ikke løse problemet med ulighed i sundhed alene, da uligheden har mange årsager, der ligger uden for sundhedsvæsenets handlemuligheder. Men sundhedsvæsenet kan yde et stort bidrag til at bekæmpe uligheden gennem forebyggelse og ved at yde en indsats, der tager hensyn til forskelle i ressourcer og livsvilkår. Det bør være et tydeligt mål for det danske sundhedsvæsen, at alle får samme muligheder for at få del i den positive udvikling i befolkningens sundhedstilstand.

I det følgende vil vi gerne uddybe, hvad planens temaer om sammenhæng, nærhed og kvalitet kunne indeholde.

Sammenhæng

For det første: hospitaler, kommuner og praktiserende læger hænger sammen som forbundne kar. Hvis der ikke er ordentlig adgang til egen læge, og hvis den kommunale socialpsykiatri, ældrepleje eller rehabilitering ikke har den nødvendige kvalitet, så risikerer vi, at borgere, der egentlig ikke burde have brug for behandling på hospitalet, bliver så dårlige, at en tur på hospitalet alligevel bliver nødvendig. Simpelthen fordi der ikke blev taget godt nok hånd om dem tidligt nok. Det er ikke godt for borgernes helbred og livskvalitet, og samtidig risikerer vi, at hospitalerne sander til, dvs. at de ikke længere har tid og kræfter til dem, der har livstruende sygdomme eller andet, der kræver hospitalsbehandling.

Vi skal sikre os, at den praktiserende læge, den kommunale hjemme(syge)pleje, socialpsykiatrien og de ansatte på hospitalet hver især gør netop det, som de er bedst til, men i et langt tættere samarbejde. Det er også det, borgerne efterspørger. De er nemlig næsten altid tilfredse med den enkelte medarbejders indsats, men ofte kritiske over for manglen på information og sammenhæng i deres samlede patientforløb.

Et tættere samarbejde om patientens forløb gør det også muligt for os at bruge vores kræfter bedre til gavn for patienterne og få mere sundhed for pengene. Ved at samarbejde tættere, lære hinandens hverdag og arbejdsopgaver bedre at kende og ved at inddrage borgeren i beslutninger om behandlingsforløbet, skabes der bedre indsigt på tværs af sektorerne og dermed grundlaget for at forbedre den samlede kvalitet, koordination og ressourceudnyttelse. Det er nemlig vores erfaring fra de mange steder i landet, hvor vi for alvor er rykket sammen om at skabe bedre sammenhæng.

Vores problem i dag er, at det ikke sker alle steder, og at vi ikke altid har værktøjer nok i værktøjskassen. Det er f.eks. ikke nemt at drive institutioner eller tilbud i fællesskab mellem kommuner og regioner, og der er stadig udfordringer, når det gælder om at dele den nødvendige viden om patienterne på en måde, der gør det nemt for medarbejderne. Derfor har vi brug for en plan, der indeholder værktøjer til at forbedre datadeling, sammenhæng og samarbejde. Det gælder f.eks. en klart defineret fælles økonomi til udvalgte indsatser, rammer om en stærk, fagligt funderet beslutningsstruktur på tværs af sektorer, og bedre muligheder for at løse opgaver i fællesskab mellem kommuner og regioner.

I dag spænder lovgivningen ben for reelle fælles tilbud med fælles opgaveløsning og fælles økonomi, som virkelig ville gøre en forskel for de borgere, der har kontakt med både det kommunale og det regionale sundhedsvæsen. Det er ca. en tiendedel af alle patienter, der ikke afsluttes af egen læge, men henvises til hospitalet, og det er ca. en tiendedel af hospitalets patienter, der har brug for kommunen. Men selvom det er relativt få borgere, der har kontakt både med både kommunen, hospitalet og den praktiserende læge, så er det her vi finder de ældre, de kronisk syge og multisyge samt de psykiatriske patienter, der har mange kontakter og en særlig risiko for at falde mellem stolene.

Vi skal ikke lave hele sundhedsvæsenet om alene for denne gruppe, men vi skal sikre målrettede fælles løsninger til netop dem. Bedre rammer for fælles løsninger er afgørende for, at vi får sikret bedre sammenhæng fra start til slut i borgeres færd gennem sundhedsvæsenet. Et meget konkret eksempel er reglerne om hjælpemidler og behandlingsredskaber, som længe har gjort livet surt for de borgere, som både er i kontakt med hospitalet og kommunen. Der er mange gange peget på problemet i rapporter og betænkninger, men uanset gode hensigter oplever borgerne i praksis stadig alt for ofte problemer. Her vil vi foreslå, at regioner og kommuner sammen får til opgave at drive en fælles hjælpemiddelservice i hver region og deler regningen uden at involvere borgerne, så vi kan sikre, at borgerne har en enkel og sammenhængende oplevelse af "systemet". Selvom det er meget konkret, så er det den slags løsninger, der er behov for, hvis borgerne ikke skal opleve en plan for sundhedsvæsenet som et abstrakt stykke papir uden effekt i hverdagen. Der er mange andre eksempler på, at fælles løsninger kunne give mening og gøre en forskel for borgerne.

Siden strukturreformen har der været satset meget på at etablere tydelige hegns- pæle mellem sektorerne, og kommuner og regioner har været underlagt konfliktska- bende økonomiske incitament, som har modvirket det gode samarbejde. Vi har søgt at kompensere med stafetmetoder og klare procedurer for overgange. Men uden at nå i mål. Vi vil gerne advare imod at fortsætte i den logik. Vi er nødt til at rykke sammen og satse på samarbejde og fælles løsninger til fordel for de borgere, der har allermost brug for et sømløst og sammenhængende forløb.

Nærhed

For det andet; det siger sig selv, at langt de fleste af os gerne vil behandles med den højeste kvalitet, og hvis den kan leveres hos egen læge eller i eget hjem, er det nok de færreste, der ønsker sig en tur på hospitalet. Samtidig vil der komme et stort pres på hospitalerne, herunder psykiatrien, de kommende år, og det bli- ver svært at følge med, hvis vi ikke bliver bedre til at håndtere flere ældre og kronisk syge i hjemmet eller ved lokale tilbud.

Der er altså flere gode grunde til at udbygge de teknologiske muligheder, som kan understøtte borgerne i at følge med i egen sygdom og klare mere i eget hjem. En bedre anvendelse af nye teknologier skal være en bærende tanke i planen for fremti- dens sundhedsvæsen, og selvom vi jævnlige kommer flot ud som et af de mest digita- liserede sundhedsvæsen i verden, og selvom mange lande misunder os vores of- fentlige sundhedsportal "Sundhed.dk", som nu også findes i app'en "Min sundhed", så er vi bagud, når det gælder de borgerrettede digitale tilbud, som gør kontakten med sundhedsvæsenet nem og enkel i en travl hverdag og frigør tid til at de, der vir- kelig har behovet, får nemmere adgang til et besøg i lægekonsultationen.

En plan skal sikre, at praktiserende læger, speciallæger og den kommunale socialpsy- kiatriske indsats samt pleje- og rehabiliteringsindsats har den nødvendige kapacitet og kvalitet til, at mere kan klares lokalt. Vi skal samtidig sikre, at vi løbende identifice- rer de ting, der f.eks. ved hjælp af ny teknologi kan klares udenfor sygehuset og sikre, at det så sker i hele landet. Det vender vi tilbage til.

Uanset om vi bor i en lille eller stor by, kan vi alle blive ramt af sygdom. Derfor skal der i alle dele af vores land være adgang til en praktiserende læge. Den praktise- rende læge skal have bedre muligheder for at diagnosticere og behandle sine patien- ter uden at sende dem på hospitalet. Det kræver naturligvis, at vi har flere praktise- rende læger og vel at mærke også med en bedre geografisk fordeling, så alle har frit lægevalg, uanset hvor man bor i landet. Det forudsætter også, at de praktiserende læger kan få faglig sparring fra hospitalerne eller praktiserende speciallæger og nem adgang til diagnostiske undersøgelser. Samtidig skal de praktiserende læger være en tæt hjælp og sparringspartner for de kommunale sundhedstilbud. De praktiserende speciallæger kan også spille en større rolle end i dag, når det gælder om at have de rette specialistkompetencer til rådighed i lokalsamfundet.

Der har igennem de senere år været afsat midler til at bygge sundhedshuse. Det vil stadig være relevant i fremtiden. Men hvis vi skal gøre alvor af at levere flere sundhedsydelser tættere på borgerne, så skal vi begynde at interessere os mere for indholdet af disse huse. Med afsæt i tanken om nærhospitaler kunne vi i fællesskab – regering, kommunerne, regionerne og praksissektoren – blive enige om nogle rammer og forventninger til indholdet af et sundhedshus eller nærhospital, hvor hospitalsfunktioner, forskellige praksistilbud og kommunale tilbud spiller reelt sammen med det formål at levere flere ydelser af høj kvalitet tæt på borgernes bopæl. Det kunne f.eks. være kravet om, at de drives i fællesskab mellem regioner og kommuner, og det kunne være en minimumsliste af funktioner, som bør være tilstede for at sikre et reelt nært tilbud til borgerne. I regionerne er vi klar til at se på, hvilke opgaver hospitalerne kan lægge ud – enten i en decentral hospitalsfunktion eller gennem aftaler med praktiserende læger, speciallæger, kommuner m.fl.

Et højere ambitionsniveau og en større standardisering af indholdet af sundhedshuse/nærhospitaler gør det oplagt at skelne mellem flere niveauer afhængig af geografi og befolkningsgrundlag. Dermed er det også en anledning til at afstemme de lokale forventninger til, hvor mange sundhedshuse eller nærhospitaler, der skal etableres. Hver kommune kan ikke få et hus med alle funktioner, selvom det er forståeligt, at mange kommuner har det ønske. Dels ville det blive meget dyrt, og dels ville det sætte hele den kvalitetstankegang over styr, som andre lande beundrer, og som sikrer, at nærhed bliver balanceret med hensynet til høj kvalitet. Alt tyder på, at borgerne har fuld forståelse for netop den afvejning, hvis den er klar og tydelig. Til gengæld vil en bedre planlægning med krav til husenes funktioner og drift bringe os et stort skridt videre i retning af at levere sundhedsvæsenets ydelser tættere på borgernes bopæl i hele landet.

Kvalitet

For det tredje: Vi skal sikre den faglige kvalitet i alle dele af sundhedsvæsenet, og det skal være muligt at vurdere kvaliteten, uanset om opgaven ligger på hospitalet, hos egen læge eller i kommunen. Det er helt nødvendigt, at borgerne inddrages i at definere, hvad der er kvalitet for dem og er med til at træffe de vigtige valg omkring tilrettelæggelse af behandlingsforløbet. Inddragelse af borgerne sker allerede i dag mange steder i sundhedsvæsenet via fælles beslutningstagning og patientrapporterede oplysninger, hvor borgerne bidrager med deres egen vurdering af helbred, funktionsevne og livskvalitet. En af styrkerne ved at lægge flere opgaver hos egen læge er, at den faste relation mellem læge og patient giver god mulighed for at forstå den enkeltes ønsker og behov.

Ved seneste overenskomst med de praktiserende læger blev det aftalt, at der skulle etableres kvalitetsklynger, hvor de praktiserende læger arbejder med at lære af hinanden for at udvikle kvaliteten. Det er indtil videre en stor succes og kan forhåbentlig være et af de værktøjer, som sikrer et mere ensartet kvalitetsniveau i det samlede sundhedsvæsen.

Den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje har en kæmpe opgave i at sikre, at borgere kan blive i deres eget hjem, når de bliver ældre. Mange kommuner er nået langt, mens andre ikke har kapaciteten og kompetencerne til at løse opgaven. Ved at styrke den kommunale hjemme(syge)plejes faglige niveau og sikre, at alle kommuner har samme tilbud af høj kvalitet, kan vi opdage sygdom tidligere. Og ved at gribe ind, før sygdommen udvikler sig, kan vi forebygge, at det ender med en indlæggelse. Vi skal også hjælpe borgere til at leve godt med kronisk sygdom og psykisk sygdom og sikre, at egen læge sammen med den kommunale sygepleje er i stand til at regulere sygdommen, så der ikke sker en forværring, der kræver indlæggelse.

Et af de vigtigste redskaber i en plan for sundhedsvæsenets fremtid er, at Sundhedsstyrelsen stiller klare krav til kvalitet og kapacitet i den kommunale indsats, og at der følger målrettede penge med til at sikre, at kravene bliver opfyldt. Det gælder både i den kommunale pleje og rehabilitering og den kommunale indsats til mennesker med psykisk sygdom. Og det gælder de hospitalsopgaver, som regioner og kommuner i dag har gode resultater med at udføre udenfor hospitalet.

Der findes nemlig allerede i dag mange gode eksempler på, hvordan borgere i deres eget hjem og trygge rammer kan få f.eks. dialyse, blodtransfusion, kemoterapi, hjerterehabilitering og intravenøs behandling – opgaver som oprindeligt lå på hospitalet, men som i mange tilfælde godt kan løses hjemme hos borgeren selv eller i en kommunal sygeplejeklinik.

En kvalitetsplan fra Sundhedsstyrelsen skal sikre, at der – med en vis indkøringsperiode - er et ensartet og højt kvalitetsniveau i alle kommuner, så det ikke afhænger af bopælskommunen, om borgeren har mulighed for at undgå et besøg på sygehuset, og om sygehuset aflastes. Kvalitetsplanen kan starte med at tage fat i det, der allerede kan foregå udenfor sygehuset, men som ikke sker systematisk, i fuld skala i hele landet. Den liste er allerede lang. Men det er vigtigt, at Sundhedsstyrelsens kvalitetsplan er dynamisk, for det ligger i sundhedsvæsenets DNA hele tiden at udvikle sig, lave mere skånsomme indgreb, tage nye behandlinger i brug, teste nye arbejdsgange osv. Så der vil løbende skulle justeres i opgaver og krav afhængig af teknologiens og kompetencernes udvikling. Det er vigtigt, at der stadig er appetit på lokalt at prøve nye ting af, som resten af landet senere kan lade sig inspirere af – også i forhold til opgaveløsning uden for hospitalet.

Lige nu er der f.eks. gode erfaringer på flere hospitaler med at foretage IV-behandling i hjemmet. Derfor bør en kvalitetsplan stille krav om, at det bliver en mulighed for patienter i hele landet, og den må beskrive hvad der skal til organisatorisk (fx i forhold til hospitalets og hjemmesygeplejens samspil) og fagligt for at løfte den opgave. Samtidig skal de økonomiske rammer for kvalitetsplanen afklares centralt, så man lo-

kalt og regionalt kan koncentrere sig om borgerne og opgaveløsningen, fremfor regionark og lokale 'mini-økonomiforhandlinger'.

Vores hospitaler bliver næppe mindre i fremtiden, når vi tager demografi, udvikling og specialisering i betragtning. Men de skal bruge kræfterne på det rigtige, og vi skal sikre os, at væksten i patienter og nye opgaver holdes på et niveau, hvor vi stadig kan opretholde og forbedre kvaliteten i den specialiserede behandling. Hospitalerne skal samtidig også yde deres til udbygning af de nære tilbud. Hospitalerne skal åbne sig mod patienterne. Det kan være "hjemmeindlæggelse" med behandling via telemedicin, hvor teknologien sikrer behandling fra hospitalet, selv om borgerne er i eget hjem. Det kan være telepsykiatrisk behandling af visser former for lettere psykisk sygdom, som ikke kræver fysisk hospitalsbesøg. Eller det kan være en udskrivning fra hospitalet med ekstra opmærksomhed på at forebygge genindlæggelser, hvor patienten kan komme hjem i trygge rammer med den praktiserende læge i baghånden og den kommunale sygeplejerske ved sin side.

Hospitalerne skal bistå og rådgive de praktiserende læger og speciallæger, så de selv kan håndtere flere og mere komplekse behandlinger, de skal understøtte udviklingen ved at teste nye teknologiske muligheder for behandling uden for hospitalet, og de skal tilbyde systematisk efteruddannelse af det sundhedsfaglige personale i såvel kommuner som praksissektor samt stå til rådighed for en løbende dialog om faglige problemstillinger. Hvis hospitalerne skal være klar til fremtidens behov for specialiseret indsats, er det helt afgørende, at alle kompetencer bringes i spil. Vi skal aflaste læger og sygeplejersker mest muligt og bringe andre faggrupper i bedre i spil. Samtidig skal vi motivere flere medarbejdere til at arbejde fuld tid på hospitalerne og sørge for gode og attraktive arbejdspladser, som gør det lettere at rekruttere de unge og fastholde de ældre sundhedsprofessionelle. Den opgave skal løses i et tæt samarbejde mellem regionerne og personaleorganisationerne – og det er en opgave, som vi allerede har taget fat på i fællesskab.

Organisering

For det fjerde: Vi er glade for, at regeringen og et flertal i Folketinget mener, at en central byggesten i fremtidens sundhedsvæsen er et decentralt sundhedsvæsen med afgørende regional demokratisk indflydelse og selvbestemmelse, så der skabes ejerskab i befolkningen og mulighed for nødvendig tilpasning til lokale forhold. Det er vi helt enige i!

Der har været talt alt for meget om, hvem der skal bestemme over hvad i fremtidens sundhedsvæsen. Men det vigtigste er, at man som borger for det første kan være sikker på, at man får behandling af højeste kvalitet, for det andet at man kan stole på, at der altid er nogen, der tager ansvar, så man bliver ført sikkert gennem sundhedsvæsenet, og for det tredje at alle aktører – uanset om det er kommunale eller regionale medarbejdere eller egen læge – kender til hinandens roller og har rum til at finde de

gode løsninger til gavn for borgerne. Og så naturligvis for det fjerde: at sundhedsvæsenet hele tiden er i stand til at tænke nyt og udvikle sig.

Alle 'led' i sundhedsvæsenets 'kæder' skal være stærke for at sikre den høje kvalitet i det samlede patientforløb. Det er en opgave vi skal løse i fællesskab. Planen skal have fokus på at forbedre sundheden, sundhedsvæsenet og samarbejdet – ikke på at definere siloer og struktur. Og så skal planen have en klar politisk opbakning på nationalt niveau i form af lovgivning om bedre rammer for fælles opgaveløsning og bedre data-deling og om sammensætningen af de vigtigste samarbejdsfora. Det skal være en plan, der først og fremmest forstærker det konkrete, faglige samarbejde om det gode patientforløb, som hver dag foregår mellem læger, lægesekretærer, sygeplejersker, sosu'er, fysio- og ergoterapeuter, bioanalytikere, lægesekretærer, psykologer m.fl.

Sammenhæng og kvalitet skabes i dialogen mellem borgeren og sundhedsvæsenets medarbejdere. Hvis vi mener noget med frihed i den daglige tilrettelæggelse af arbejdet og tillid til, at vores medarbejdere er i stand til at finde de rette løsninger, så er det nu, vi skal have fagfolkene på banen. Medarbejderne har naturligvis brug for en klar og tydelig ledelsesmæssig opbakning, og de har brug for, at der kan træffes beslutninger, som gør samarbejdet om sammenhæng, nærhed og kvalitet lettere i hverdagen.

Derfor skal der alle steder i landet – omkring de 21 akuthospitaler - etableres en stærk beslutningsstruktur, hvor hospitalsledelsen, kommunale sundhedschefer/-direktører og praktiserende læger mødes fast for at sætte retning, træffe beslutninger og fjerne barrierer. De skal ikke styre hinandens sektorer, men lede de fælles forløb og opgaver. De skal have rum til at indrette sig efter de lokale forhold, så de leverer det, som enhver borger, uanset baggrund og bopæl, skal kunne forvente. Vi kan kalde det et sundhedsfællesskab eller en sundhedsklynge – navnet er ikke så vigtigt, så længe det handler om at sætte borgeren i centrum. Der skal naturligvis være politisk opbakning til denne udvikling på alle niveauer, men det er det faglige samarbejde og rammerne omkring det, der er nøglen til, at vi kommer i gang med at føre en plan for **sammenhæng, nærhed og kvalitet** ud i livet

Man kan organisere sig på mange måder, og vi stiller altid gerne op til drøftelse med dem, der gerne vil vende ideer og planer med os, men det helt afgørende er, at vi ikke skaber 21 nye lokalpolitiske arenaer for slagsmål om penge og magt. De 21 akuthospitaler udgør ikke isolerede øer, men indgår i en arbejdsdeling og samarbejdsstruktur på tværs af den regionale geografi, ligesom mange patienter behandles andre steder i regionen end på det nærmeste hospital. Derfor må større økonomiske og politiske beslutninger træffes på regionalt niveau, hvor beslutningskraften kan styrkes og afbureaukratiseres ved at sammenlægge de nuværende sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg til nye slagkraftige beslutningsfora. Planen skal ikke

tage afsæt i sektorgrænser og snørklede beslutningsstrukturer, men i borgernes behov for kvalitet, sammenhæng og nærhed. Det skal være en plan, der gør det nemmere at være patient og borger – også selvom det måske betyder, at det bliver lidt mere besværligt at være systemet omkring borgeren.

En samlet plan er en meget stor opgave, hvis ikke man skal nøjes med at sætte nye hegnsplæle og opfinde teknokratiske beslutningsstrukturer, men reelt lægge en sundhedspolitisk strategi for det kommende tiår. Det kræver naturligvis tid, og i regionerne bakker vi om en proces, hvor der er tid til en grundig dialog med sundhedsvæsenets aktører. Men der er oplagte muligheder for at gå i gang med det, som der nu og her er mest brug for, og som alle er enige om.

Der er allerede taget skridt til at udbygge kapaciteten i almen praksis, tilføje flere sygeplejersker til de travleste afdelinger på hospitalerne og sikre midler til at løse nogle af de akutte problemer omkring kapacitet i psykiatrien og retspsykiatrien. Der er annonceret en tiårsplan for psykiatrien, som kan blive anledningen til en langt mere forebyggende og sammenhængende tilgang til behandling af mennesker med psykisk sygdom i Danmark. Der er taget initiativer til at mindske frafaldet på sundhedsuddannelserne og give medarbejderne på hospitalerne bedre mulighed for at gå på fuld tid. Forhandlingerne om en ny overenskomst for de praktiserende læger går i gang i denne måned, og indholdet af den nye overenskomst skal gerne understøtte udviklingen af en endnu mere central rolle for de praktiserende læger i fremtiden.

Næste skridt kunne være at få kommunernes nuværende sundhedsopgaver op på et ensartet højt niveau i alle kommuner – en opgave, der er et helt nødvendigt første skridt i at sikre øget kvalitet, nærhed og sammenhæng. En første aftale mellem regeringen, regionerne og kommunerne kunne f.eks. definere rammerne for kommunal udførelse af IV-behandling og lignende funktioner i hjemmet og sikre ensartede døgndækkende akutfunktioner, så hospitaler og praksissektor, men ikke mindst borgerne, kan regne med et nogenlunde ensartet service- og kvalitetsniveau i alle kommuner. Aftalen skal bl.a. indeholde krav til kommunernes kompetencer og serviceniveau, krav om indberetning af data, så kvaliteten kan følges, krav til den understøttelse, som skal ske fra hospitaler m.fl. samt en afklaring af økonomien omkring opgaveløsningen, så lokale konflikter om betalingen ikke skal blokere for udbredelse af de gode løsninger. En sådan aftale vil rykke langt mere ved det nære sundhedsvæsen end nye teknokratiske modeller, og så vil den tydeligt demonstrere en konkret vej til løbende udvikling af fremtidens sundhedsvæsen.

I regionerne er vi klar til at indlede dialogen med regeringen og sundhedsvæsenets aktører om indholdet af en plan for udvikling af vores sundhedsvæsen de næste ti år, og vi er klar med konkrete forslag til, hvordan vi går i gang med det, der ligger lige for, mens vi giver ordentlig tid til at finde svar på de sværeste spørgsmål. Vi har i de seneste årtier oplevet en meget stor forandring i det danske sundhedsvæsen, og vi

kan se, hvordan forandringerne i sundhedsvæsenet i Danmark og alle andre lande bliver mindst lige så store i de næste ti år. Det kalder på handling, men også på en ydmyg tilgang til vores nuværende vidensniveau.

For ti år siden kunne vi ikke forudse, hvordan teknologien har bragt os sammedagskirurgi, robotter og "app's" – og vi havde måske heller ikke det fulde billede af udviklingen i befolkningens behov, ønsker og forventninger til vores sundhedsvæsen. Lad os derfor lave en strategisk plan, der sætter en klar retning, og lad os komme i gang med de konkrete initiativer. Vi må ikke stille os tilfreds med at flytte hegnspæle og lave nye skillelinjer, når behovet er sammenhæng, og vi må for alt i verden ikke støbe hegnspæle i beton (dvs. lovgivning), men sikre rum til en dynamisk udvikling, hvor medarbejderne har gode rammer for at udvikle samarbejdet om de gode patientforløb, og hvor der er plads til, at nye teknologier kan bringe os løsninger, som ingen i dag har tænkt på.

Dette er Danske Regioners udgangspunkt for samarbejdet med regeringen og sundhedsvæsenets aktører om sundhedsvæsenets udvikling de næste ti år. Vi håber, at alle vil tage godt imod vores bidrag og ser frem til den videre dialog.