

KL
NOVEMBER 2019



SUNDHED

EN REFORM AF SUNDHEDSVÆSENET HASTER

– DER ER BÅDE RESSOURCER OG
POTENTIALE I EN NYTÆNKNING

KL



En reform af sundhedsvæsenet haster
–der er både ressourcer og potentiale i en nytænkning


© KL

Produktion: KL's Trykkeri
Design: e-Types
Foto: Colourbox

Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 3370 3370

kl@kl.dk

www.klk.kl.dk

 [@kommunerne](https://twitter.com/kommunerne)

 facebook.com/kommunerne

Produktionsnr. 830556

EN REFORM AF SUNDHEDSVÆSENET HASTER

DER ER BÅDE RESSOURCER OG POTENTIALE I EN NYTÆNKNING

Dag for dag bliver vi flere ældre danskere og flere danskere med kronisk sygdom. Om 6 år vil der være 75.000 flere danskere over 80 år. Og om blot 11 år 161.000 flere. Dertil kommer, at knap 300.000 danskere i 2019 har en psykiatrisk diagnose. Det er 50.000 flere end for fem år siden.

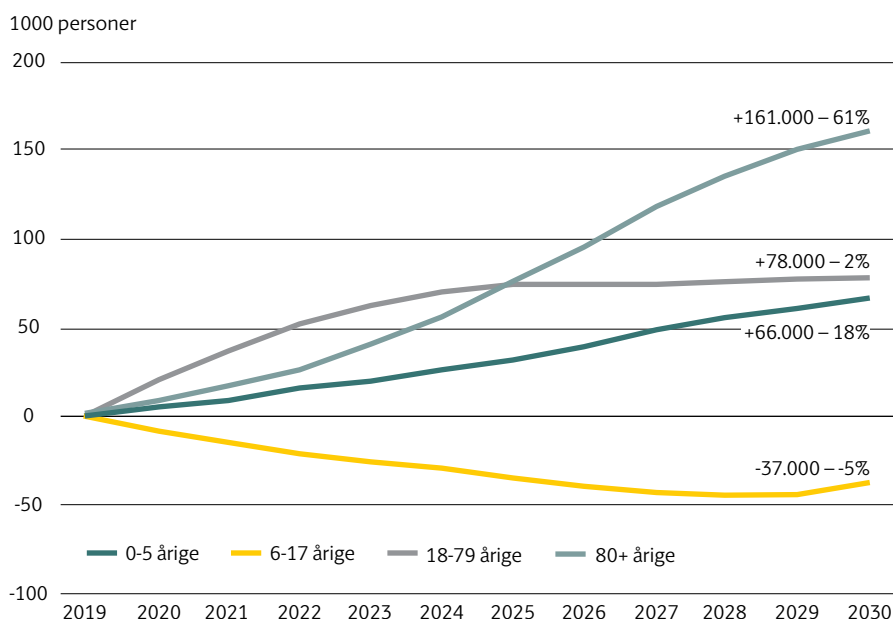
Det sætter sundhedsvæsenet – og hele velfærdssamfundet – under et voldsomt pres. Et pres vi ikke har set mage til de sidste mange år.

Derfor har vi brug for en reform, som grundlæggende ændrer og fremtidssikrer vores fælles sundhedsvæsen.

KL anbefaler, at en sundhedsreform bygger på to grundpiller:

1. Ny struktur med politisk forankede sundhedssamarbejder omkring akutsygehusene.
2. Grundlæggende omlægning af behandlingen af kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser, der frigør kapacitet på sygehusene.

› Fig. 1. Befolkningstilvæksten inden for forskellige aldersgrupper (2019-2030)



Kilde: Danmarks Statistik samt egne beregninger

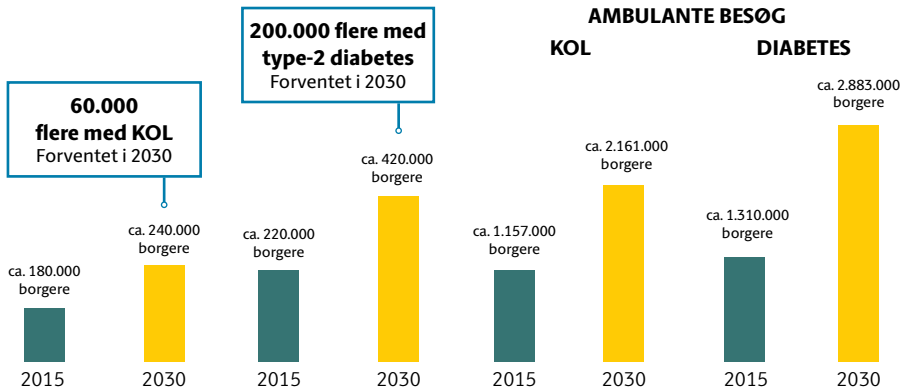
Sundhedsvæsenet kan ikke gå på ét ben

Vi har brugt de sidste mange år på en meget ambitiøs omlægning af sygehusene, som er sundhedsvæsenets "ene ben". Skiftende regeringer har været enige om retningen og har prioriteret mange ressourcer til omstillingen. Det har været en nødvendig prioritering, men den kan ikke stå alene.

De nye sygehuse er ikke gearede til at håndtere de behov, som flere ældre, flere med psykisk lidelse og flere borgere med kronisk sygdom har.

Alene for borgere med diabetes vil udviklingen betyde 1,5 mio. flere ambulante sygehusbesøg frem mod 2030.

› Fig. 2. Antal nydiagnosticerede borgere og ambulante besøg 2015-2030



Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet 2019

Kilde: Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. Statens Institut for Folkesundhed, 2017.

Behov for en reform, der styrker det nære sundhedsvæsen

Der er brug for en grundlæggende reform af sundhedsvæsenet, som styrker "det andet ben" – det nære sundhedsvæsen.

Personalet på sygehusene skal bruge deres tid på den specialiserede behandling; kræft- og hjertebehandling, traumer, komplicere-

de udredninger mv. De skal også stille deres specialistkompetencer til rådighed for praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale.

Sygehusene skal derimod ikke bruge tid på lettere lungebetændelser og væskebehandling til ældre borgere, som kunne have fået hjælp i det nære sundhedsvæsen. Vi

må også se på, om behandlingen af borgere med kronisk sygdom kan løses på en helt anden måde – tættere på borgernes hverdag og med andre metoder end i dag.

Løsningen ligger i at gentænke sundhedsvæsenet, så udgangspunktet bliver borgeren i sit nærmiljø, og undtagelsen bliver en indlæggelse eller specialiseret behandling. En sundhedsreform skal sikre, at sundhedsvæsenet kommer til at gå på to, lige stærke ben.

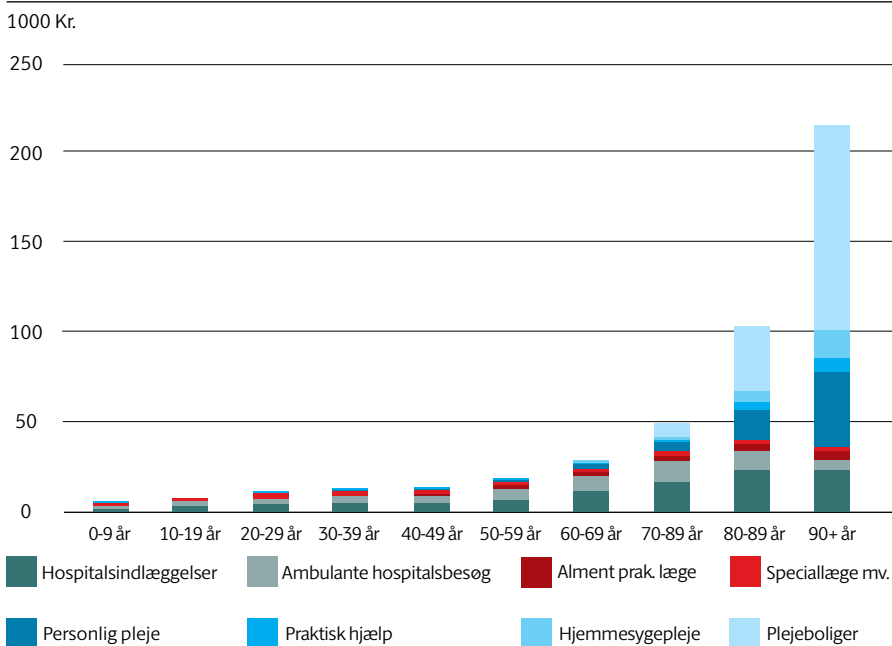
Velfærdssamfundets holdbarhed udfordres

Sundhedsvæsenet lægger i dag beslag på en konstant voksende andel af det samlede offentlige forbrug. Faktisk bruger vi i dag næsten hver tredje offentlige krone på sundhedsvæsenet.

Langt størstedelen er investeret i sygehuse. I takt med, at vi bliver flere ældre danskere, ligger udgifterne i høj grad i kommunerne. Jf. fig. 3.

Kommunerne har hidtil langt hen ad vejen finansieret udviklingen af det nære sundhedsvæsen ved at prioritere egne midler. Det er ikke holdbart, at finansieringen ikke følger med opgaven.

› Fig. 3. Gennemsnitsudgifter pr. borger fordelt på aldersgrupper, 2017



Kilde: Befolkningsregisteret, LPR (DRG-grupperet), Sygesikringsregisteret, de kommunale omsorgsregistre, de kommunale regnskaber og egne beregninger.

Det er således ikke bare sundhedsvæsenet, som er på spil. Det er hele vores velfærdssamfund, som kalder på handling nu.

KL's anbefalinger udfoldes på de kommende sider.

01 / NY STRUKTUR MED POLITISK FORANKREDE SUNDHEDSSAMARBEJDER

Borgerne skal opleve nogle mere sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet. I den nuværende struktur er regionerne ansvarlige for sygehusdrift og lægedækning, mens kommunerne er ansvarlige for de kommunale sundhedstilbud.

Hvem er ansvarlig for sammenhængen? Det er både regioner og kommuner selvfølgelig.

Men vi må erkende, at den nuværende samarbejdsstruktur ikke er forpligtende nok til at give tilstrækkelig sammenhæng for borgerne. Det kan fx være ældre sårbare borgere eller borgere med psykiske lidelser, som ofte bevæger sig hurtigt på tværs af sektorer.

Derfor er det afgørende at etablere et politisk forankret samarbejde mellem kommuner og regioner omkring de enkelte akutsygehuse. Det er borgernes garanti for, at der er sammenhæng i behandlingen og at der er klarhed over, hvem der har ansvaret for og løser hvilke opgaver.

Samtidig vil en lokal politisk forpligtende struktur kunne gennemføre nationalt aftalte opgaveomlægninger, så det sikres, at opgaver og ressourcer følges ad.

Repræsentation i politisk forankrede sundhedssamarbejder

De politiske sundhedssamarbejder skal centreres omkring akutsygehuse.

Sundhedssamarbejderne skal bestå af:

- Borgmestre fra alle deltagende kommuner.
- Regionsrådsformanden.

Formandskabet skal være delt mellem en borgmester og regionsrådsformanden. Sundhedssamarbejderne skal understøttes af et fælles sekretariat, der kan sikre, at der skabes solide beslutningsgrundlag og fremdrift i samarbejdet.

KL anbefaler:

At der etableres en ny struktur med politisk forankrede sundhedssamarbejder omkring akutsygehuse.

De skal:

- Sikre et klart politisk ansvar for patientforløb, der går på tværs af sygehus, almen praksis og kommune.
- Gennemføre nationalt aftalte opgaveomlægninger efter lokale forhold.
- Arbejde for et bæredygtigt sundhedsvæsen for kommende generationer.

Under det politiske niveau skal der være et stærkt fagligt samarbejde mellem kommuner, sygehus og almen praksis. Det faglige samarbejde, hvor også almen praksis indgår, skal sikre den konkrete udmøntning af de politiske aftaler i regi af sundhedssamarbejdet.

Sundhedssamarbejder skal forankres i sundhedsloven

Sundhedssamarbejderne skal forankres i sundhedsloven og vil have en afgørende rolle i at binde den specialiserede sygehusbehandling sammen med den forebyggelse,

se, pleje, behandling og rehabilitering, som kommuner og almen praksis udfører.

Sundhedssamarbejderne skal have til opgave at gennemføre nationalt aftalte opgaveomlægninger inden for de økonomiske rammer og de frister, der er givet. De skal også sikre klare lokale aftaler om patientforløb, der går på tværs af sektorer. Det kan fx være forløb for ældre borgere eller borgere med en psykisk lidelse.

Det lokale kendskab er styrende

Der er på tværs af landet forskel i bl.a. befolkningssammensætning, befolkningstæthed og tilgængeligheden af bl.a. praktiserende læger.

Sundhedssamarbejdet vil, på grund af det lokale kendskab, have de bedste forudsætninger for at planlægge og gennemføre de nationalt fastsatte opgaveomlægninger klogt efter de lokale forhold fx i forhold til tempo og tilrettelæggelse.

Fælles finansiering med "nye" midler

Den nødvendige finansiering skal altid følge med, når der laves aftaler om, at nye opgaver og patientforløb forankres i fx den kommunale sygepleje. Det skal ske ved, at der fra nationalt hold prioriteres "nye" fælles midler til sundhedssamarbejderne til aftaler om forløb, der går på tværs af sygehus, almen praksis og kommune.

› Fig. 4. Politisk forankrede sundhedssamarbejder

Politisk forankrede sundhedssamarbejder med borgmestre fra kommunerne omkring akutsygehuset og regionsrådsformanden.



Den faglige forankring af sundhedssamarbejderne med repræsentanter fra almen praksis, sygehusledelsen og sundhedsdirektører og -chefer fra kommunerne omkring akutsygehuset.



02 / OMLÆGNING AF BEHANDLINGEN AF BORGERE MED KRONISK SYGDOM SKAL FRIGØRE TID PÅ SYGEHUSENE

Vi ønsker at fastholde et stærkt og højt specialiseret sygehusvæsen, der har tid og overskud til den enkelte patient.

Hvis det også skal være muligt i fremtiden, er der behov for systematisk at se på, hvordan behandlingen af de store kroniske sygdomme og lettere psykiske lidelser kan omlægges.

Det handler både om opgavefordeling og behandlingsformer – skal vi fx satse endnu mere på træning, sygdomsmestring og recovery?

KL anbefaler:

- Det skal frem mod 2022 nationalt aftales, hvordan behandlingen af borgere med kronisk sygdom og lettere psykiske lidelser omlægges. Det skal frigøre tid på sygehusene til den specialiserede udredning og behandling, samtidig med at det skal give borgerne nogle mere helhedsorienterede tilbud.
- De nationale aftaler skal følges op af faglige standarder for at understøtte, at indsatsen løftes mere ensartet på tværs af landet.

Principper for, hvornår en opgave skal omlægges

Nationale aftaler skal for hver af de store kroniske sygdomme samt lettere psykiske

lidelser fastlægges, hvilke opgaver der med fordel kan omlægges.

De nationale aftaler skal falde på plads over de kommende tre år, og omlægningen af opgaver skal ske over en 5-10-årig periode. Grundlæggende skal der ses på, om vi kan tilbyde borgerne en helt anden form for behandling, end i dag. Der vil blive tale om at gentænke indsatsen og have et stort fokus på helheden og sammenhængen til borgernes samlede hverdagsliv.

Konkret skal det aftales, hvordan og hvornår opgaverne kan lægges ud til kommuner og almen praksis. Det kræver bl.a. klare investeringer i kommunale sundhedshuse, så de har kompetencerne og rammerne, der matcher opgaverne. Det er sundheds-samarbejdernes opgave at sikre, at det sker på en måde, der passer til de lokale forhold.

Nationalt skal det også løbende drøftes, om der er opgaver, der er "modne" til at rykke ud af sygehusene. Det kan fx være, fordi nye teknologier vinder frem, eller kompetencer og samarbejdsformer uden for sygehusene styrkes.

Tre principper kan være styrende for omlægningen:

- En opgaveomlægning skal give ekstra kvalitet for borgeren.
- En opgaveomlægning skal ske, når der er tilstrækkelig volumen og kompetencer i kommuner og/eller almenpraksis, så omlægningen bliver både omkostningseffektiv og faglig forsvarlig.

- En opgaveomlægning skal aflaste specialisterne på sygehusene.

Faglige standarder følger i kølvandet på opgaveomlægninger

De nationale aftaler om opgaveomlægning skal følges op af faglige standarder. Det skal understøtte, at indsatsen løftes mere ensartet på tværs af landet. Et eksempel på en faglig standard kunne fx handle om varetagelse af hjerterehabilerende.

En afgørende forudsætning er, at nye opgaver, der skal løftes i kommunerne, aftales nationalt. For hver sygdomsgruppe og behandlingsindsats skal der aftales en national plan for omlægningen med frister for, hvornår omlægningen skal være sket.

Selve omlægningen af opgaver og implementeringen af de faglige standarder skal gennemføres i sundhedssamarbejderne. Der skal være fleksibilitet til, at omlægningen gennemføres i forskelligt tempo og til, at de enkelte sundhedssamarbejder, kan organisere indsatsen forskelligt under hensyn til befolkningssammensætning og befolkningstæthed.

Finansieringsmekanismer

Forskellige finansieringsmekanismer som fx den kommunale medfinansiering har været taget i anvendelse for at tilskynde til et styrket samarbejde omkring den borgernære sundhed. Det er afgørende, at fremtidige finansieringsmekanismer understøtter sammenhængende patientforløb og nationalt aftalte opgaveomlægninger i regi af lokalt forankrede sundhedssamarbejder.



En reform af sundhedsvæsenet haster
–der er både ressourcer og potentiale i en nytænkning

© KL


Weidekampsgade 10


2300 København S

Tlf. 3370 3370

kl@kl.dk

www.klk.kl.dk

 @kommunerne

 facebook.com/kommunerne