



# Sundhed for de mange

– Et sundhedsvæsen tæt på dig og mig

December 2023


# KL

## Sundhed for de mange

© KL  
1. udgave, 1. oplag 2023

KL  
Weidekampsgade 10  
2300 København S

+45 3370 3370  
kl@kl.dk  
kl.dk

✂ @kommunerne  
 KL

Produktion: Kommuneforlaget A/S  
Design: e-Types  
Illustration: ChatGPT4

Produktionsnr. 830974

# Vores vision for fremtidens sundhedsvæsen

- ♥ Er for de mange – til det meste
- ♥ Er en del af vores hverdagsliv
- ♥ Du er en aktiv medspiller
- ♥ Sker tæt på dig og mig
- ♥ Møder dig i tide



Når vi taler fremtidens sundhedsvæsen, så taler vi om din og min sundhed. Det handler også om mennesker, der er syge og svækkede. Og om deres behov for, at vi finder reelle løsninger på deres udfordringer.

Vi har centraliseret behandlinger og skabt et specialiseret sundhedsvæsen for de få. Men vi har ikke samtidig styrket tilbuddene til de mange – dem med en eller flere kroniske sygdomme, de skrøbelige ældre og mennesker med psykiske lidelser.

Det er løsningerne for dem, vi skal have for øje, når vi tegner stregerne for fremtidens sundhedsvæsen.

Vores vision for fremtidens sundhedsvæsen er:

## **For de mange – til det meste**

Fokus skal flyttes fra de få specialiserede til de mange i de almene sundhedstilbud. Tilbuddene tæt på borgerne skal styrkes i et ligeværdigt samspil med det specialiserede sygehusvæsen.

## **En del af vores hverdagsliv**

Langt de fleste mennesker, der bliver syge, er meget kort tid på sygehusene. Ældre modtager mere behandling og pleje i eller tæt på hjemmet. Borgere med kronisk sygdom går på arbejde, er sammen med deres familier og lever et langt liv uden for sygehuset. Opgaven med at komme tilbage efter sygdom og leve et almindeligt liv – måske endda et nyt liv efter fx en hjerteoperation – ligger i nærmiljøet. Sundhed er med andre ord en del af det levede liv – som for borgerne handler om meget andet og mere end behandling. Vi skal udvikle kvaliteten i tilbuddene med udgangspunkt i borgernes levede liv og behov.

## **Du er en aktiv medspiller**

Borgerne understøttes i at mestre deres eget liv med en eller flere sygdomme og inddrages lang mere i eget forløb.

## **Sker tæt på dig og mig**

Behandling skal tilbydes i eller tæt på hjemmet med brug af teknologi. Medarbejderne skal bruge tiden på opgaver, som opleves meningsfulde for borgerne.

## **Møder dig i tide**

Sundhedsvæsenet møder borgerne tidligere i deres sygdomsforløb, forebygger bedre, og tilbud skal være differentierede og fokusere på de borgere, der har størst behov.

# Staten har prioriteret det specialiserede sundhedsvæsen – nu er tiden kommet til det nære

**Regionerne bruger i 2023  
24,2 mia. kr mere på  
sundhed end i 2007**

**Til sammenligning bruger  
kommunerne 1,8 mia. kr.  
mere på sundhed end i 2007**

Folketinget og skiftende regeringer har gennem to årtier udbygget og investeret i det specialiserede sundhedsvæsen. Hvor vi i 2007 brugte 111,5 mia. kr., bruger vi i dag 135,7 mia. kr. om året alene på sygehusene. Antallet af hospitalslæger er fordoblet på 20 år. Imens er antallet af praktiserende læger stagneret, og der mangler social- og sundhedspersonale i kommunerne.

Prioriteringen af sygehusene har været god og nødvendig, men den kan ikke stå alene. Højt specialiserede sygehuse fordrer, at der også er et stærkt sundhedsvæsen tæt på borgerne, som kan gribe alle de sundhedsopgaver, der ikke kræver højt specialiseret behandling.

Gennem de sidste 15 år har vi i kommunerne selv finansieret og udviklet vores sundhedstilbud for at imødekomme udviklingen i det specialiserede sundhedsvæsen. Kommunerne har oprettet knap 4000 kommunale sengepladser, der tager hånd om de borgere, som udskrives tidligere og med langt mere komplekse behov fra sygehusene. Vi har sikret genoptræning af langt flere borgere, som følge af øget aktivitet på sygehusene. Og kommunerne udfører i dag i stigende grad behandlingsopgaver, som før lå på sygehusene. Det er i høj grad sket på lokalt initiativ og drevet af de lokale muligheder og behov. Derfor kan kommunernes tilbud i dag opleves uensartede, fordi kommunerne på forskellig vis og uden nationale rammer og finansiering har grebet de opgaver, som er gledet ud af sygehusene.

For at sikre, at de kommunale tilbud udvikler sig ensartet og med samme kvalitet, er der brug for en samlet national plan. Derfor er den næste naturlige og nødvendige sundhedspolitiske opgave at udvikle og investere i de sundhedstilbud, der ligger uden for sygehusene.

## **Virkeligheden rammer nu**

I årtier har vi talt om, at vi bliver flere ældre, flere mennesker med kronisk sygdom, flere med psykiske lidelser og færre medarbejdere til at hjælpe dem. Det er ikke længere en fjern fremtid. Nu er det virkeligheden. Og det rammer i særdeleshed i kommunerne.

Hver dag i sundhedsvæsenet arbejdes der for at skabe konkrete løsninger på problemerne, men der er brug for, at rammerne følger med. Derfor er en videre prioritering af det specialiserede sygehusvæsen ikke svaret på morgendagens udfordringer – svaret er at udvikle de tilbud, som findes uden for sygehusene.

Svaret er heller ikke at tro, at én part kan klare alle de opgaver, der er omkring en borger, som er syg, ved at blive syg eller har været syg. Det er en kompleks opgave, som kræver koordinering og samarbejde mellem mange. Og som kræver nogen i spidsen, der er vant til at løse sådanne opgaver.

# For de mange slår vores sundhedsvæsen ikke til



En million danskere har en kronisk sygdom. For kronikere over 80 år gælder, at cirka halvdelen har kontakt til både almen praksis, sygehus og kommune.



70 pct. af de ældre over 85 år med hjælp fra kommunen har også kontakt til både sygehus og almen praksis. 98 pct. har løbende kontakt med almen praksis.



Blandt socialt udsatte voksne, som får støtte fra kommunen, har 65 pct. kontakt til sygehuset. 54 pct. har en somatisk kontakt, og 26 pct. har en psykiatrisk kontakt.

Der vil også fremover stadig være mange tusinde patienter, der hvert år har behov for højt specialiseret behandling, fx kræft- og hjertebehandling. Og den behandling skal de selvfølgelig have!

Men vi skal også have svar på, hvad vi gør med de multisyge, borgere der lider af psykisk sygdom eller de skrøbelige ældre – alle de borgere, som har forløb på tværs af sektorerne.

De efterspørger først og fremmest sammenhæng, nærhed og retfærdighed i indsatsen på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Mange oplever desværre, at det ikke sker.

## Hverdagen leves i kommunerne

Kommunernes store styrke er, at vi er helt tæt på borgernes hverdagsliv. Når vi er bedst, så formår vi at tænke på tværs og skabe sammenhæng: Det er mellem jobcenter, folkeskole, sundhedsafdeling, ældreområdet, socialområdet og byplanlægning.

Det er også hos os i kommunerne, at forebyggelsesopgaven ligger. Det sker i sundhedsopgaverne, men også via de opgaver, kommunerne ellers løser – i kulturen og fritidslivet, byernes indretning, samarbejdet med boligorganisationer og konkrete indsatser for både børn, voksne og ældre.

Det er derfor også hos os i kommunerne, at der er størst potentiale for at sikre helheden for kronikeren, den skrøbelige ældre, den svært psykisk syge og børn og unge i psykisk mistrivsel og med psykiatriske diagnoser. Og for at sætte ind med forebyggelse, der batter.

Den evne skal vi værne om og huske på, når vi tegner nye linjer for strukturerne på sundhedsområdet.

Det handler om at give almene helhedsorienterede indsatser samme opmærksomhed og vægt, som vi har vænnet os til at give de specialiserede sundhedstilbud. Det almene er sværere at se – det foregår i hverdagen. Når forebyggelse virker, så er der mindre brug for akutte, specialiserede indsatser. Man kan ikke høre den ambulance, der ikke blev brugt for, fordi en forværring blev klaret i opløbet. Men for den borger, der slap for en tur på sygehuset, er det en stor gevinst.

### **Det kræver investeringer**

Kommunerne kan ikke blive ved med at overtage flere og flere opgaver på sundhedsområdet uden rammer og finansiering. Det er nødvendigt, at:

- Politikerne på Christiansborg tør flytte midler og medarbejdere til sundhedsvæsenet uden for sygehusene.
- Der bliver investeret i teknologi, herunder digital infrastruktur og data, der kan sætte strøm til den omstilling, vi gerne ser.
- Der bliver afsat midler til et kompetenceløft og uddannelse af medarbejdere i kommunerne, så de rette kompetencer er til stede.
- Kommunerne skal understøttes i at arbejde med kvalitet og forbedringer, som systematisk giver viden om indsatser, der virker.

# Hvor skal vi sætte ind – tilbud til de mange, som bevæger sig mellem sektorer

Fremtidens sundhedsvæsen skal især have fokus på de borgere, som har forløb på tværs af kommuner og sygehuse.

### **En ny tilgang til behandling af borgere med kronisk sygdom**

I dag behandler vi alt for mange borgere med kronisk sygdom på sygehusene. De går til faste ambulante kontroller. Eller bliver for ofte indlagt akut på grund af deres sygdom eller følgesygdomme. Den indsats skal vi gøre radikalt anderledes. Et samlet sundhedsvæsen skal have langt mere fokus på forebyggelse, på at borgerne skal behandles forskelligt, på egenomsorg og brug af teknologi samt på, at mere skal løses nært. Træning og mindre indgribende behandling bør være førstevalget, ikke en operation.

Borgerne skal have en langt større rolle i deres eget forløb sammen med deres pårørende og civilsamfund. Det er muligt at leve et godt liv med en kronisk sygdom, særligt hvis borgerne er bedst muligt rustet til at tage hånd om sin egen sygdom.

Så skaber vi et sundhedsvæsen, der bedre møder borgerens behov og samtidig bruger sundhedsvæsenets knappe ressourcer bedst muligt.

### **Sammenhæng for skrøbelige ældre**

Hvert år bliver mange tusinde ældre danskere indlagt på sygehuset for noget, der kunne have været forebygget, hvis det var blevet håndteret i tide. En indlæggelse belaster både den ældre og lægger beslag på ressourcer på sygehusene – dem skal vi undgå.

Kommunerne arbejder målrettet med at forebygge indlæggelser og med tidlig opsporing af begyndende sygdom hos ældre. Det skal blive bedre. Fx ved at kommunale medarbejdere har fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning fra sygehus og almen praksis. Sygehuse, kommuner og almen praksis skal have blik for ældre patienters samlede behov og sikre, at borgerne bliver inddraget i planlægning og beslutninger om deres eget forløb. Og vi skal skabe mulighed for prøvetagning i de skrøbelige ældres eget hjem.



Omstilling af tilbud til mennesker med kronisk sygdom. Og et nyt syn på livet med sygdom.



Sammenhæng for skrøbelige ældre - forebyg indlæggelser og forbedr udskrivninger.



Sammenhæng for mennesker med psykiske lidelser - både de unge og de voksne.

Ældre patienter opholder sig ofte ganske få dage på sygehus, når de er indlagt. Det er på mange måder en god udvikling, men det stiller krav til det øvrige sundhedsvæsen, for de har i højere grad end tidligere behov for fortsat pleje og behandling. Ofte er ældre borgere, der udskrives til videre behandling i nærmiljøet, så dårlige, at kommunen ikke kan tilbyde sygepleje i eget hjem, men skal tilbyde ophold på en kommunal sengeplads, indtil tilstanden er stabiliseret. Inden for de seneste 15 år har der generelt været et markant fald i sengepladser på sygehuse og et stigende antal kommunale sengepladser.

For at kommunerne kan håndtere borgernes behov, er der brug for, at de kommunale medarbejdere rettidigt og smidigt har adgang til de nødvendige patientoplysninger fra sygehus til den videre pleje og behandling på kommunale sengepladser og i patientens eget hjem. Samtidig skal de kommunale medarbejdere have adgang til lægefaglige kompetencer og rådgivning døgnet rundt og til den rette medicin til den første tid efter udskrivelse.

#### **Bedre sammenhæng for mennesker med psykiske lidelser**

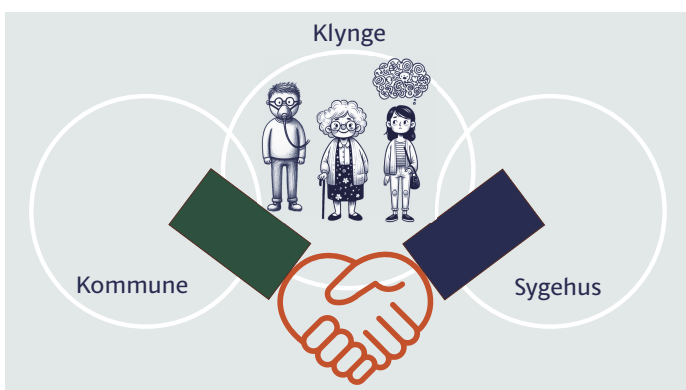
Et af de steder, hvor samarbejdet mellem kommunerne og regionerne er mest udfordret, er ift. børn, unge og voksne mennesker med psykiske og kognitive problemstillinger.

Socialpsykiatrien skal styrkes markant – for ellers kan vi ikke løfte opgaven. Men også udgående funktioner fra psykiatrien herunder botilbudsteams og udgående rådgivning skal udbredes og styrkes.

Der er behov for at kunne tilbyde en mere fleksibel indsats i socialpsykiatrien. Derfor skal kommunale afklaringspladser i socialpsykiatrien etableres i alle kommuner, så de kan bruges fleksibelt som overgangstilbud til patienter, der udskrives fra behandlingspsykiatrien, men også til borgere fra eget hjem med behov for kortvarig intensiv støtte.

Forebyggende lettilgængelige tilbud og indsatser skal udbredes, herunder skal alle kommuner have mulighed for at etablere uvisiterede sociale akuttilbud til borgere i akut krise. Ansvar for borgere med samtidigt misbrug og psykisk lidelse (dobbeltdiagnose) skal være en del af sundhedsklyngerne, og kommunerne skal fastholde ansvaret for det samlede specialiserede socialområde.

# Sundhedsklyngerne er løsningen



Vi er ikke lykkedes med at skabe sammenhæng for de svageste i vores sundhedssystem. Hverken i den nuværende struktur eller i den tidligere med amter, der havde det samlede ansvar for sundhedsopgaven. Eller ved hjælp af økonomiske incitamenter i form af den kommunale medfinansiering eller nærhedsfinansieringen. Derfor er vi nødt til at gå nye veje. Vi har endnu ikke prøvet at forpligte hinanden på tværs. Det kan sundhedsklyngerne!

## Klyngerne er det naturlige omdrejningspunkt

Sundhedsklyngerne kan være den nødvendige omstillingsmotor. Der skal være én myndighed, som har ansvaret for de patienter, der bevæger sig i overgangene. Det får vi skabt med klyngerne. Det vil ikke være til diskussion, om det er kommunen, almen praksis eller sygehusets ansvar. Ansvar ligget solidt forankret i klyngen.

Klyngerne er det oplagte valg, fordi der er lokal forankring, fokus på lokale løsninger med udgangspunkt i borgernes behov og høj grad af handlefrihed inden for en fælles national ramme.

I fremtidens sundhedsvæsen har sundhedsklyngerne et entydigt ansvar for en række sundhedsopgaver, som i dag går på tværs af sektorer.

## Samlet ansvar for økonomi og opgaver

Ved at samle ansvaret for økonomi og de sundhedsopgaver, som skal løses på tværs af sektorer, kan sundhedsklyngerne sikre:

- At borgerne mødes tidligere med et stærkt fokus på forebyggelse, der kan mindske det samlede pres på sundhedsvæsenet.
- Sammenhængende indsatser på tværs af sektorerne, hvor borgerne får den rette behandling og pleje på rette tidspunkt.
- Differentierede indsatser, hvor borgerne hjælpes til at tage et større ansvar for egen mestring af sygdom, og hvor de understøttes heri ved hjælp af teknologi.
- Adgang til lægekompetencer i det nære og en hensigtsmæssig brug af medarbejderressourcer.
- En national udbredelse af teknologi udmøntet via klyngerne.
- Incitament til at omstille sundhedsvæsenet hensigtsmæssigt og med blik for omkostningseffektive løsninger.
- Et fleksibelt og forpligtigende samarbejde med almen praksis omkring den konkrete udmøntning af nationale aftaler med blik for fx geografi og befolkningssammensætning.



# Rammen om sundhedsklyngerne

- Organiseres om akuthospitalerne og med ansvar for den fælles patientpopulation
- Ledes politisk af borgmestre og repræsentanter for sygehusejerne
- Fælles ansvar og økonomi ift. at løfte sundhedsopgaver for de borgere, som har forløb på tværs af sektorer
- Klyngerne prioriterer og bestiller opgaver, som driftes og løftes i de enkelte sektorer
- Større ledelsesrolle ift. almen praksis

Uanset, hvordan vi hidtil har indrettet sundhedsvæsenet, har der været snitflader. Mellem sundheds- og ældreområdet, mellem sundheds- og socialområdet, mellem sundheds- og børneområdet. Vi skal vende sundhedsvæsenet på hovedet. Og derfor har vi brug for sundhedsklyngerne, som bygger bro mellem sektorerne, og som samtidig får entydigt ansvar for dem, der går på tværs.

## Rammerne for sundhedsklyngerne

Klyngerne ledes af en bestyrelse bestående af de deltagende kommuners borgmestre og repræsentanter for sygehusejerne. Klyngebestyrelsen træffer beslutninger med simpelt flertal, som er forpligtende for alle deltagende parter. Beslutninger om igangsættelse af opgaver ledsages af økonomi. Klyngerne har dermed også det formelle, juridiske ansvar for de opgaver, de sætter i værk.

Sundhedsklyngerne skal have til opgave at prioritere og omstille sundhedsopgaver, som går på tværs af sektorerne. Klyngerne vil have egen økonomi til at forvalte og bestille opgaver, der driftsmæssigt håndteres af kommuner, almen praksis eller sygehuse mv. på vegne af sundhedsklyngen. Klyngerne bliver dermed det myndighedslag, der binder sundhedsvæsenets aktører sammen. Det skal først og fremmest sikre et entydigt ansvar for mennesker med kronisk sygdom, de skrøbelige ældre og borgere med psykiske lidelser, men det vil også skabe incitament til at sikre mest muligt sundhed for pengene og understøtte en omstilling, samt at opgaveændringer sker aftalt og finansieret.



## Ansvar for de borgere, der går på tværs

Målet er, at sundhedsklyngerne tilrettelægger opgaverne med blik for den bedste udnyttelse af både medarbejdere og finansiering på tværs af sektorerne. Fordi klyngerne netop består af kommuner og sygehusejere, vil man fjerne incitamenter til at skubbe opgaver rundt mellem sektorer, fordi man dermed skubber opgaven over til sig selv.

Almen praksis skal være en langt større medspiller i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Klyngerne skal derfor have en langt større ledelsesrolle ift. almen praksis.

Sundhedsklyngernes økonomi skal aftales årligt i forbindelse med økonomiaftalerne. En del af økonomien kan stamme fra den nuværende kommunale medfinansiering.



# Opgaven for sundhedsklyngerne

Det bliver klyngernes opgave at budgettere og sætte retning på en fælles omstilling af opgaverne på disse områder:

## Forebygge indlæggelser

Klyngerne skal sikre kommunal adgang til lægefaglig rådgivning og speciallægeviden. Derudover er der behov for at se på prøvetagning i hjemmet for skrøbelige ældre og fleksibilitet, fx i forhold til at få medicin bragt ud og få dosispakket medicin.

## Lægedækning

Klyngerne har ansvaret for, at der er lægedækning, herunder på de kommunale sengepladser og i borgernes egne hjem.

## Kommunale sengepladser

Klyngerne skal aftale, hvordan og om man lokalt vil gøre brug af kommunale sengepladser. Fx til ophold til borgere, som er så dårlige, at de ikke kan være i deres eget hjem, men ikke er syge nok til at optage en sygehusseng.

## Behandling i eget hjem

Klyngerne skal udvikle og implementere behandlingsindsatser i eller nær borgernes eget hjem. Fx prøvetagning og egentlig behandling (fx IV), samlede palliative forløb mv.

## Kronikertilbud

Klyngerne skal planlægge indsatser til borgere med kronisk sygdom fra forebyggelse over tidlig opsporing til behandling. Med fokus på mestring og livet med kronisk sygdom, træning før operation, brug af teknologi, differentiering og adgang til rådgivning.

### **Psykiatrien**

Klyngerne skal have til opgave at styrke sammenhæng mellem kommunerne og henholdsvis børne- og ungepsykiatrien og den ambulante psykiatri. Derudover skal de styrke socialpsykiatrien, herunder understøtte udgående funktioner fra psykiatrien som fx botilbudsteams og understøtte samarbejdet omkring kommunale afklaringspladser, forebyggende lettilgængelige tilbud, dobbeltdiagnosetilbud mv.

### **Rehabilitering**

Sundhedsklyngerne skal have opgaven med specialiseret rehabilitering. Det kan fx være hjerneskadeområdet, hvor der er behov for både volumen i indsatsen og specialiseret viden.

### **Almen praksis**

En nytænkning af almen praksis vil være en hjørnesten i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis skal honoreres fra klyngerne i en ny kontraktform, som giver mulighed for et langt mere forpligtende samarbejde mellem klyngerne og almen praksis. De skal i langt højere grad forpligtes til at understøtte kommunerne og skal ikke som i dag via enkeltydelsesoverenskomstsystemet kunne vælge, hvilke opgaver der løftes. Praksisledelse skal genopfindes, så almen praksis tænkes ind som en integreret ressource i klyngerne.

### **Prøvetagning**

Klyngerne skal aftale rammer for brug af relevante laboratoriefunktioner, prøvetagning og lettere diagnostik fra hospitalerne.

### **Sygepleje**

Klyngerne skal aftale opgaver og patienttyngde i sygeplejen, så den kommunale sygeplejefaglige kapacitet bruges bedst muligt tæt på borgeren.

### **Teknologi**

Digitalisering og teknologi åbner nye muligheder for, at borgere selv kan mestre deres liv med kronisk sygdom, og at vi kan behandle flere hjemmefra. Det skal vi udnytte. Sundhedsklyngerne skal have til opgave at sikre udbredelse og implementering af teknologi på baggrund af en national planlægning. Udbredelse af dosispakket medicin eller monitorering af hjertesvigt er gode eksempler på områder, hvor klyngerne kan drive arbejdet.

# Sundhedsvæsenet på hovedet

- **Styrk sundhedsvæsenet uden for sygehusene**
- **Bedre adgang til læger og medarbejdere**
- **Borgerne er aktive medspillere**
- **Omstil opgaverne med fokus på differentiering, forebyggelse og teknologi**
- **Styrk sundhedsklyngerne og placér et entydigt ansvar**

KL  
Weidekampsgade 10  
2300 København S

+45 3370 3370  
kl@kl.dk  
www.kl.dk

✂ @kommunerne  
📌 KL

Produktionsnr. 830974

**KL**