



## **Regionernes sundhedsopgave er langt mere end sygehusbehandling**

08-08-2011

*Regionernes sundhedsopgave omfatter langt mere end sygehusbehandling. Regionerne har fx ansvaret for alt fra almen og speciallægepraksis, akutberedskabet, kommunesamarbejde, distriktspsykiatrien til forskning og uddannelse af sundhedspersonale. Det skaber sammenhæng for patienterne, sikrer et klart ansvar og en bæredygtig planlægning og økonomi.*

*Hvad skal der ske med opgaverne uden for sygehusene, hvis sygehusene får en professionel bestyrelse? Hvordan kan man sikre sammenhæng for borgerne, når en del af behandlingen foregår både før og efter indlæggelse på sygehus? Og hvordan kan man sikre et klart ansvar uden, at økonomien og bureaukratiet eksploderer?*

Regionerne har i dag ansvar for følgende sundhedsopgaver uden for sygehusene:

### *Sundhedsydelse:*

Ud over sygehusvæsenet er der de nære sundhedstilbud. De bliver leveret af privatpraktiserende behandlere i praksissektoren:

- praktiserende læger
- praktiserende speciallæger
- fysioterapeuter
- kiropraktorer
- psykologer
- tandlæger
- fodterapeuter

Som en del af de nære sundhedstilbud er også:

- akutberedskabet
- patienttransport
- distriktspsykiatrien og de opsøgende behandlingsteams

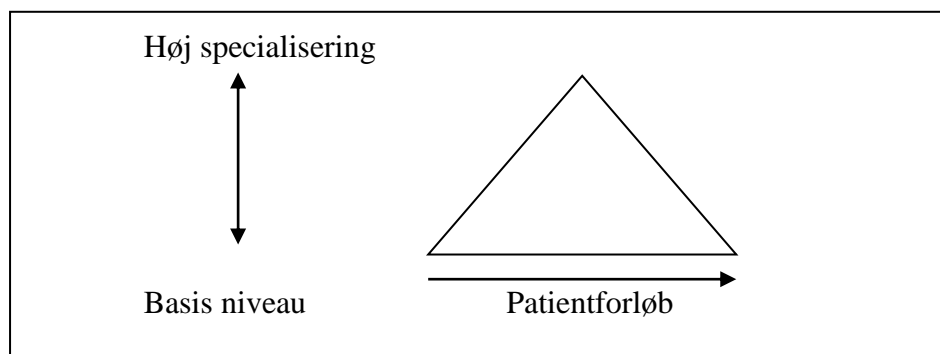
*Planlægning og koordinering:*

- udarbejdelse af fælles behandlingsvejledninger og fælles indkøb af dyr sygehusmedicin
- uddannelse og videreuddannelse af sundhedspersonale, bl.a. i samarbejde med uddannelsesinstitutioner
- forskning, herunder i samarbejde med universiteterne
- mellemregional afregning
- behandling af klager og afgørelse af spørgsmål om forståelse af overenskomsterne for privatpraktiserende behandlere i regionale samarbejdsudvalg
- planlægning og løbende koordinering af samarbejde mellem almen praksis og sygehuse
- udarbejde en sundhedsplan, som dels tager højde for de regionale forskelle og dels tager højde for samspillet med de forskellige sundhedsaktører
- kommunesamarbejde bl.a. via lovpligtige sundhedsaftaler, herunder obligatoriske aftaler om
  - Indlæggelses- og udskrivningsforløb
  - Træningsområdet
  - Behandlingsredskaber og hjælpemidler
  - Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
  - Indsatsen for mennesker med sindslidelser
  - Opfølgning på utilsigtede hændelser
- dialogsystem omkring patientklager
- udbudsftaler med private leverandører
- opbygning og indsamling af kvalitetsdata
- samarbejde med patientorganisationerne

### **Konsekvenser**

Den nuværende opgavefordeling skaber for det første sammenhæng for patienternes forløb og sikrer et klart ansvar. For det andet sikrer opgavefordelingen sammenhæng i planlægningen og dermed også en bæredygtig økonomi. Hvis opgaverne bliver splittet op, vil det højt sandsynligt:

- forringe kvaliteten og sammenhængen i behandlingen for borgerne
- ansvaret bliver diffust for patienten
- forringe mulighederne for en løbende udvikling af opgavevaretagelsen fra det meget højt specialiserede til basis niveau
- incitamenterne til samarbejde mellem sektorerne forsvinder
- økonomien bliver svær at styre uden et samlet ansvar og
- bureaukratiet vil vokse i forsøget på at skabe sammenhæng mellem forskellige sektorer/myndigheder



*Fig.: Sundhedssystemet rummer høj grad af kompleksitet både vertikalt i planlægningen af sundhedsydelserne og horisontalt i planlægning af sammenhængende forløb for patienterne. Det nuværende regionale system formår at rumme kompleksiteten og skabe sammenhæng.*

Ideen om sygehusfællesskaber med en professionel bestyrelse tager ikke højde for alle sundhedsopgaverne udenfor sygehusene. Det er uholdbart, at skabe et sundhedssystem, der i realiteten kun har fokus på en lille del af opgaverne og en lille gruppe af patienterne. Det er nødvendigt at tage stilling til, hvor ansvaret for opgaverne uden for sygehusene skal placeres. Hvem skal fx overtage ansvaret for hele den primære sektor – planlægning, drift og koordinering i forhold til andre sundhedsaktører? Og hvordan vil man sikre sammenhæng? Aktiviteterne i fremtidens sundhedsvæsen foregår ikke bare på nogle få matrikler – sygehusene. De vil foregå i komplekse samspil mellem sygehuse, praksissektor og nære sundhedstilbud forskellige steder, herunder i borgernes eget hjem.

### **Sådan kan det gå!**

Eksempel: De praktiserende speciallægers opgaver skal planlægges i tæt sammenhæng med opgaverne på sygehusene, for at man kan tilpasse kapaciteten, alternativt kan der opstå lange ventetider, og patienten vil opleve dårligere sammenhæng.

Eksempel: For mange psykisk syge foregår en stor del af behandlingen ambulantly i distriktpsikiatrien, men mange har fortsat brug for indlæggelsesforløb på en psykiatrisk afdeling. Deler man de to funktioner op, vil mange psykisk syge risikere at falde mellem to stole.

Eksempel: For almen praksis er det en kerneopgave at henvise de rette patienter til den rette udredning og behandling i det specialiserede sundhedsvæsen fx på sygehusene. Det forudsætter, der er ét ansvar, og at man samarbejder tæt om patienterne. Alternativt forøges udgifterne, og kvaliteten for patienterne kan forringes, fordi de henvises for meget eller for lidt til behandling i det specialiserede sygehusvæsenet.