



24-08-2011

Sammenhæng i sundhedsvæsenet

For 20-30 år siden bestod sygehusvæsenet af en lang række mindre sygehuse, der ofte var placeret i provinsbyerne. Disse sygehuse var "firdelte", dvs. at de alle havde afdelinger for medicin, kirurgi, anæstesi og røntgen. I de større byer var der herudover centralsygehuse, der som hovedregel havde alle specialer. Sygehusene betjente hvert sit optageområde og samarbejdede med de praktiserende læger i området. Patienterne var indlagt i længere tid, og systemet var baseret på en reaktiv og akut tænkning, hvor patienter kom på sygehus, blev behandlet og udskrevet, og hvor der ikke var fokus på det, der skete før og efter sygehusbehandlingen.

De enkelte sygehuse kunne betragtes som selvstændige "driftsenheder", der var selvforsynende og stort set kun behøvede at samarbejde med de praktiserende læger i eget optageområde. Det frie sygehusvalg fandtes ikke, og derfor var det en relativ enkel opgave at planlægge og have overblik over det enkelte sygehus' drift.

Sygehusene leverede dermed en konkret og velafgrænset ydelse, nemlig specialiseret sygehusbehandling til en geografisk afgrænset population.

Det nye sundhedsvæsen

Udviklingen er siden gået stærkt, og i dag har vi et markant forandret sundhedsvæsen. Nogle af de centrale udviklingstræk er:

- Specialisering, både inden for de enkelte specialer og på de enkelte sygehuse
- Centralisering og samling af funktioner
- Lukning af små sygehuse
- Frit sygehusvalg
- Udbygning af elektive funktioner og stor omlægning til ambulante behandling
- Udvikling af den præhospital beredskab

- Nyt og mere målrettet samarbejde med praksissektoren, særligt praktiserende læger og speciallæger
- Nye kommunale opgaver på sundhedsområdet og dermed også nye samarbejdsformer og krav til dialog
- Udlægning af sygehusopgaver, ”udlagte patienter” og udgående funktioner
- Indførelse af telemedicinske løsninger

Vi har i dag et sundhedsvæsen, hvor sygehusene spiller en helt anden rolle og er organiseret på en markant anden måde, end dengang man havde firdelte sygehuse og centralsygehuse. Og udviklingen forsætter. Regionerne er netop nu ved at igangsætte bygningen af fremtidens sygehuse, der vil videreføre samlingen af funktioner og den høje specialiseringsgrad. Herudover vil der med de nye sygehuse ske en kraftig indholdsmæssig udvikling, eftersom de nye strukturer nødvendiggør nye ledelsesformer, ny arbejdstilrettelæggelse og nye måder at arbejde på.

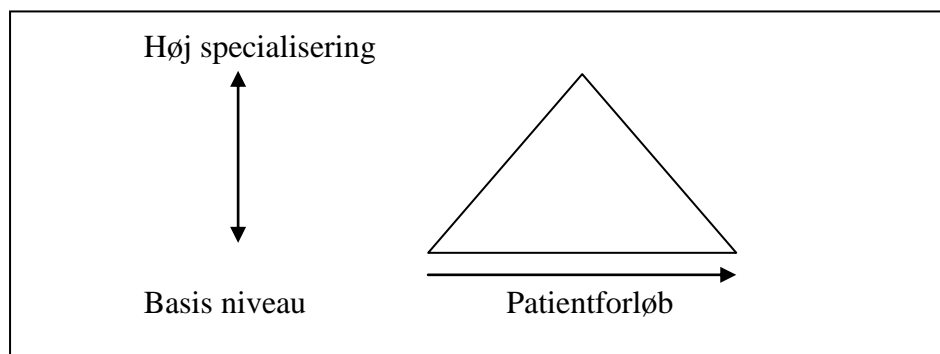
Den nye struktur i sundhedsvæsenet stiller høje krav til politisk lederskab, da der løbende skal træffes vigtige beslutninger om bl.a. samarbejde på tværs, fordeling af funktioner og ressourcer (dvs. prioritering) og tryghed i form af præhospitalt tilbud til de borgere, der ikke bor tæt på et stort sygehus.

<p>I 2005 var der 49 somatiske sygehuse i Danmark. Det er et fald på 33 sygehuse på ti år. Kilde: Statistisk Årbog 2010.</p>
--

Nye krav til planlægning, styring og samarbejde

Set i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet vil en struktur, hvor man adskiller den specialiserede sygehusbehandling fra resten af sundhedsvæsenet, skabe flere problemer, end den løser. Det vil sandsynligvis føre til suboptimering og dårligere kvalitet for patienterne.

Det skyldes bl.a., at den nye sygehusstruktur med få store sygehuse, der varetager de fleste specialiserede opgaver, og almen praksis og speciallægepraksis, som håndterer alle de mindre alvorlige lidelser, nødvendiggør planlægning og styring på tværs. Patienternes forløb er illustreret i nedenstående figur, som viser kompleksiteten i sundhedsvæsenet, hvor planlægningen både skal tænkes horisontalt og vertikalt.



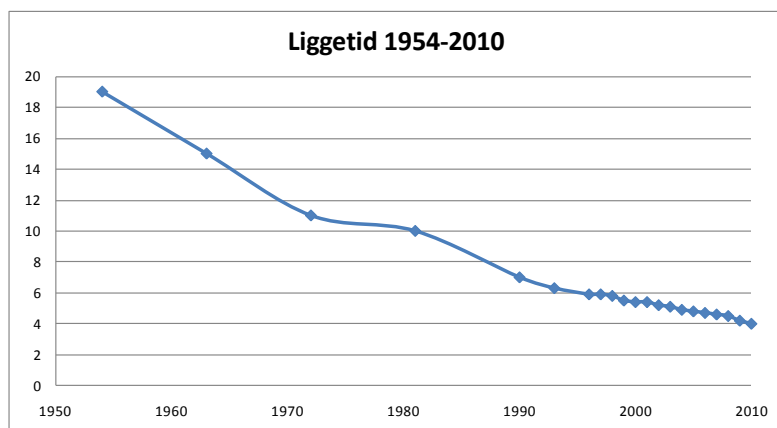
Vertikalt er pointen, at det kun er ganske få, ca. 1 procent af patienterne, der behandles på det meget højt specialiserede niveau. Ca. 9 procent kræver specialistbehandling i midten af pyramiden, mens resten – dvs. hele 90 procent udredes og færdigbehandles på basisniveau, det vil typisk være i almen praksis eller ambulans på sygehusene. Fordelingen kræver et meget tæt samspil mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører – et samspil det er vanskeligt at se, at en sygehusbestyrelse skal kunne varetage. Manglende samarbejde og planlægning på tværs kan føre til manglende faglig udvikling på basisniveau og u hensigtsmæssig ressourceanvendelse i toppen, da alt for mange patienter vil ende her.

Hvis sundhedsvæsenet skal være effektivt, er det en forudsætning, at opgaver, der kan løses i bunden af pyramiden, også rent faktisk bliver løst der. Regionerne har i dag et incitament til at lægge opgaver ud fra sygehusene til f.eks. praksissektoren eller ved at behandle patienterne i eget hjem. Det er vigtigt at fastholde dette incitament.

Samtidig skal planlægningen tage højde for patienternes horisontale forløb – dvs. det vi typisk vil betegne som patientforløbet. I nutidens sundhedsvæsen er fokus i høj grad på at sikre korrekt og hurtig udredning samt den nødvendige efterbehandling i form af f.eks. genoptræning og rehabilitering. Patientforløbet er således meget mere end selve sygehusbehandlingen. Igen nødvendiggør det samspil og planlægning på tværs mellem praksissektor, sygehuse og kommuner.

At sygehusenes opgave og patienternes forløb i dag er anderledes end tidligere, kan bl.a. illustreres ved at se på faldet i liggetider:

Figur 1: Den historiske indlæggelsestid i 1954-2010



Kilde: Sygehusvæsenet i dansk politik, Sundhedssektoren i tal diverse årgange, tal på sundhed 1. april 2011.

Den nye sygehusstruktur stiller også helt andre krav til det akutte beredskab. For det første etableres der fælles akutmodtagelser i forbindelse med de store sygehuse, og for det andet udbygges det præhospitale beredskab, så patienterne hurtigt kan blive bragt det rigtige sted hen i en akut situation. Planlægningen af det akutte beredskab er kompleks og kræver et overblik over sammenhængen i sundhedsvæsenet (bl.a. sammenhængen til tilbudene i primærsektoren).

Flere kroniske patienter stiller nye krav

Det er ikke kun strukturerne i sundhedsvæsenet, der ændrer sig. I fremtiden kommer der flere kroniske patienter, og det medfører en anden slags udfordring for sundhedsvæsenet.

Det anslås, at der pt. er ca. 1,5 mio. danskere, der lever med en eller flere kroniske sygdomme. Det skønnes endvidere, at ca. 70-80 % af de samlede udgifter i sundhedsvæsenet anvendes til patienter med kronisk sygdom.

I modsætning til f.eks. ortopædkirurgiske patienter, vil sygehusene aldrig kunne færdigbehandle en kronisk patient. Vi har altså at gøre med en patientgruppe, som i mange år af deres liv vil være "kunde" i sundhedsvæsenet, og som på nogle tidspunkter vil have behov for at benytte de specialiserede tilbud på sygehuse og på andre kan klare sig med regelmæssige kontroller i almen praksis.

De kroniske patienters behov er med til at understrege vigtigheden af sammenhæng i sundhedsvæsenet og et tæt samarbejde mellem sygehussektor og tilbuddene i praksissektor og kommune.

Behov for strukturer, der giver sammenhæng på tværs af sektorgrænser

Side 5

Det er vigtigt, at der er en instans, som kan stilles til ansvar for at sikre samarbejde på tværs og brede løsninger, der sigter mod sammenhængen i systemet. Forhold, der er særdeles vigtige, hvis patienterne skal opleve samlede og velgennemtænkte forløb – fra almen praksis til sygehus og tilbage til genoptræning i almen praksis eller kommune.

Patienterne bliver taberne, hvis de overordnede strukturer i sundhedsvæsenet fører til kassetænkning og snæver maksimering. Strukturerne skal også være så robuste, at de ikke medfører behov for ”lappeløsninger”. F.eks. forskellige afarter af finansierings- og køber/sælger modeller. Endvidere skal strukturerne være så klare og gennemsigtige, at behovet for bureaukrati ift. at holde styr på f.eks. aftaler og patientstrømme mindskes.

Instrumenter som eksempelvis sundhedsaftaler er med til at sikre samarbejde og sammenhæng på tværs. Det er vigtigt, at sådanne aftaler hviler på et ordentligt fagligt og politisk grundlag og på en struktur, der understøtter, at sådanne aftaler jo også indeholder væsentlige elementer af prioritering, bl.a. fastlæggelse af serviceniveau.

Endvidere kræver opgaven med at sikre sammenhæng og planlægning på tværs af sundhedsvæsenet et detailkendskab til sundhedsvæsenets aktører, de lokale forhold og patienternes forløb.

Internationale erfaringer

I Norge styres sygehusene af regioner, som fungerer som selvstændige virksomheder med professionelle bestyrelser. Modellen blev indført i 2002, og frem til 2008 så man budgetoverskridelser på 25 mia. norske kroner. Den norske bestyrelsesmodel har således ført til markant merforbrug i sundhedsvæsenet, og det vel at mærke uden at aktiviteten er øget.

Norges rigsrevision har markant kritiseret den manglende økonomistyring og fremhævet, at den stærke centralisering og den deraf manglende kontakt med det lokale niveau har medført svigtende incitamenter til at overholde budgetterne.

I England har man de seneste år været igennem konstante reformer af sundhedsvæsenet, bl.a. for at sikre en bedre sammenhæng.

Internationalt er der mange steder stort fokus på at sikre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet (både horisontalt og vertikalt), og man er meget opmærksomme på at skabe en naturlig sammenhæng mellem det, der foregår på sygehusene, og alt det rundt omkring. Det gælder f.eks. på Kaiser Permanente, hvor man er rigtig gode til at koordinere behandling og sikre smidige patientforløb mellem hospitaler og praktiserende læger. Kaiser Permanente har 35 "medical centres", som kan beskrives som kombinerede hospitalsambulatorier og lægehuse med veludbyggede laboratorie- og billeddiagnostiske faciliteter. Ofte er der også et apotek. Denne samling giver en klarere oplevelse af at arbejde sammen i teams på tværs af sektorer.

Fremtidens sundhedsvæsen

Udviklingen i fremtidens sundhedsvæsen vil stille endnu flere nye krav, som kræver lederskab og evne til at se på tværs af egne sygehusmatrikler. Fremtidens sygehuse bliver virtuelle, dvs. med aktiviteter, der i høj grad vil gå på tværs af matriklerne. Telemedicin er et eksempel på dette. Samtidig vil sygehusene blive endnu mere ambulante, og der vil være færre senge, flere ambulatorier og flere udgående og "udlagte" ambulatoriefunktioner, ligesom sygehusene i fremtiden i høj grad vil få en rådgivningsopgave i forhold til praksissektoren. Sygehusenes opgave udvikles derfor til stadighed, og der vil blive stillet endnu større krav til tværsektorielt samarbejde, dialog og evne til at se på tværs.