

# Bør den skotske sundhedsreform danne forbillede?

Indførelsen af klynger i Skotland har hverken reduceret akutte indlæggelser eller skabt større patienttilfredshed.

Regeringen er med den varslede sundhedsreform med 21 sundhedsfællesskaber tydeligt inspireret af sundhedsreformen i Skotland. I Skotland blev der i 2016 indført klynger. Klyngerne drives af repræsentanter fra "kommuner", "regioner" og almen praksis, og de har med et stort budget i hånden fået ansvaret for at sikre bedre sammenhæng og integrerede løsninger for eksempelvis de ældre medicinske patienter.

Intentionen bag reformen i Skotland minder på mange områder om regeringens begrundelse for en kommende sundhedsreform, nemlig: mere sammenhæng og mere nærhed.

Erfaringer fra den skotske reform har dog foreløbig vist, at resultaterne ikke lever op til intentionerne bag. Fx har reformen ikke sikret øget sammenhæng for de medicinske patienter.

Centrale sundhedsdata fra Skotland viser, at:

- Befolkningens tilfredshed med det lokale sundhedsvæsen ikke er steget.
- Indlæggelsestiden for medicinske patienter ikke er faldet.
- Antallet af akutte indlæggelser ikke er faldet.

## Reformen i Skotland

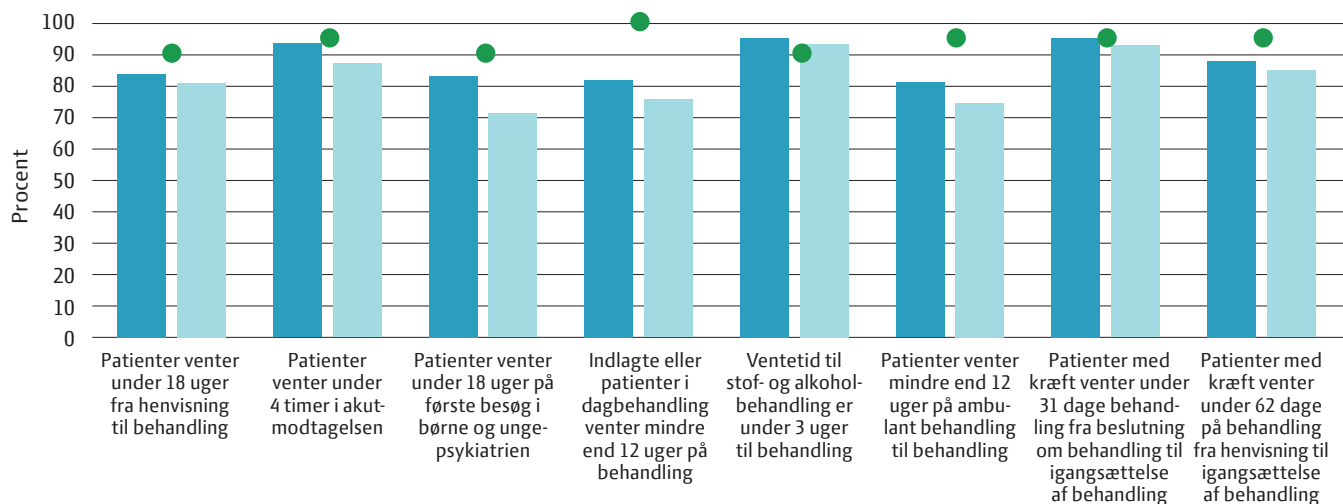
Skotternes sundhedsvæsen er primært skatfinansieret. Sundhedsvæsenet består af 14 regionale bestyrelser ("NHS health boards"), der har det primære ansvar for sundhedsydelse, 7 nationale sundhedsleverandører ("special NHS health boards"), der fx driver ambulancerne og psykiatriske hospitaler, og kommuner (Local Authorities), som står for socialområdet, hjemmeplejen mv.

Under reformen blev der skabt 31 klynger organiseret omkring kommunerne. Klyngerne (Integration Joint Boards) består af repræsentanter fra de regionale Health Boards, kommunerne (Local Authorities), samt almen praksis og borgerrepræsentanter. Klyngerne har ansvaret for at lave integrerede løsninger på tværs af sektorer og for at udmønte klyngens budget.

Med reformen er en stor del af både hospitalernes og kommunernes budget flyttet til klyngerne. På hospitalerne er det økonomien fra akutafdelingerne og de medicinske specialer, som har mange akutte og potentielt forebyggelige indlæggelser, der er blevet lagt ind i klyngen. Økonomien fra de øvrige specialer eksempelvis kræft og kirurgi finansieres fortsat af de 14 regionale Health Boards. I kommunerne er det økonomi fra sundheds- og socialområdet, der er flyttet over i klyngen.

## De skotske nationale mål

■ 2016/2017 ■ 2017/2018 ● 2017/2018 Q4 target



## Ingen positiv effekt hverken hos patienter eller på sygehusafdelinger

Skotland har i lighed med Danmark indført otte nationale mål, som følges for at vurdere sundhedsvæsenets performance. Indførelsen af klynger skulle være med til at nå de udvalgte mål. Skotlands Rigsrevision konkluderer imidlertid i en rapport fra 2018, at målopfyldelsen for de nationale mål fortsat falder (Se [Audit Scotland, September 2018](#)).

Indførelsen af klynger i Skotland har heller ikke haft nogen positiv indflydelse på patienternes vurdering af kvaliteten i de lokale sundhedstilbud. Tallene viser således, at tilfredsheden er den laveste siden 2007. Se figur 1.

Formålet med den skotske reform var også at medføre øget nærhed, så flere medicinske patienter bliver udskrevet hurtigere til behandling i eget hjem. Men tal fra Scotland National Statistics Publication viser, at den gennemsnitlige indlæggelsestid for denne gruppe patienter ikke er faldet. Se figur 2.

Intentionen med klyngerne var også at udvikle indsatser, der skulle holde borgerne i deres nærmiljø og forebygge akutte indlæggelser og dermed afhjælpe presset på sygehusene. Tal for udviklingen i akutte indlæggelser viser dog, at reformen ikke har sikret en reduktion i akutte indlæggelser. Se figur 3.

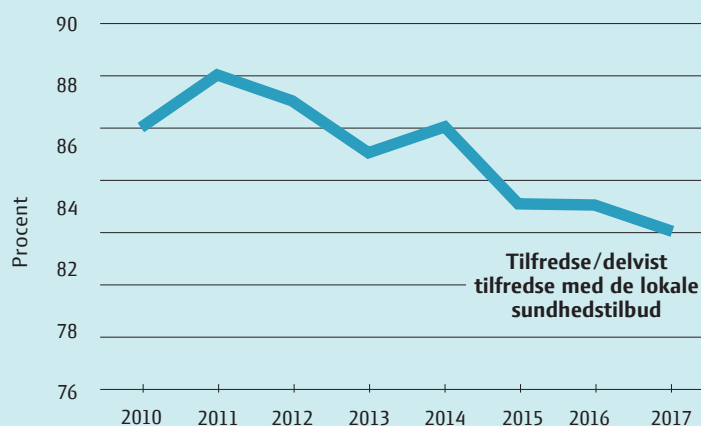
## Nye gråzoner, flere siloer og mere administration?

Der er flere åbenlyse udfordringer og uafklarede spørgsmål ved klyngerne i Skotland. Kassetænkning og snitfladeproblematik er flyttet ind på hospitalerne. Det skyldes, at nogle hospitalsafdelingers budget kommer fra klyngen, mens andre afdelingers budget kommer fra Health Boards, hvilket skaber risiko for dårligere samarbejde på tværs af afdelinger.

Dertil kommer, at de skotske hospitalers budgetter bliver sammensat af et kludetæppe af prioriteringer fra de forskellige klynger. Det betyder, at hospitalernes ledelse skal manøvrere i de forskellige klyngers handleplaner med risiko for øget bureaukrati som resultat.

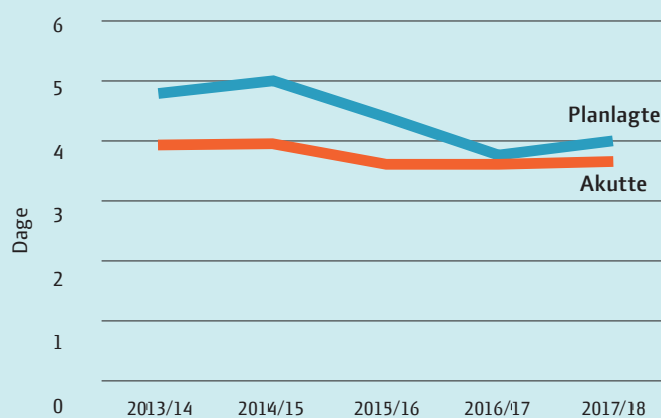
En ny rapport udarbejdet af det skotske parlament peger på, at der mangler gennemsigtighed i måden pengene udmøntes på i klyngerne, og at der kan opstå kassetænkning internt i klyngerne mellem kommuner og regioner om ressourcerne (Se [The Scottish Parliament, Health and Sport committee, November 2018](#)). Rapporten konkluderer, at der er uklar økonomi, og at der foreløbigt ikke er sket bedre integration mellem hospital, almen praksis og kommunerne.

Figur 1: Andel patienter tilfredse eller delvist tilfredse med kvaliteten af sundhedstilbuddet, 2010-2017



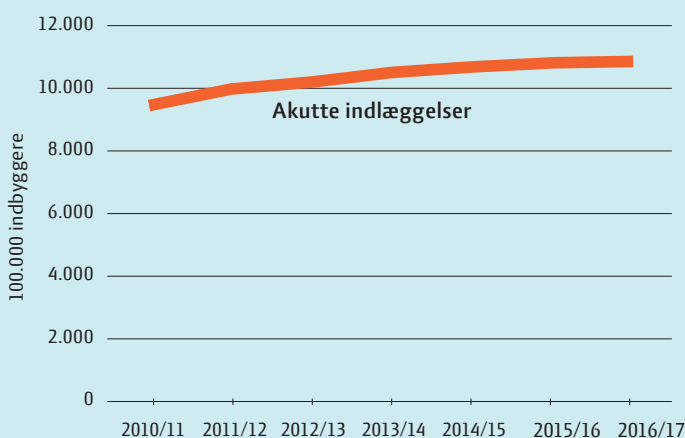
Kilde: <https://www.gov.scot/Resource/0053/00539878.pdf>

Figur 2: Gennemsnitlig indlæggelsestid for medicinske patienter 2013-2018 (n=309.170 indlæggelser)



Kilde: [www.gov.scot/Resource/0049/00497339.pdf](http://www.gov.scot/Resource/0049/00497339.pdf) ISD Scotland National Statistics Publication - September 2018

Figur 3: Antallet af akutte indlæggelser i Skotland fra 2010-2017 per 100.000 indbyggere



Kilde: Scottish government: [www.gov.scot/About/Performance/scotPerforms/indicator/admissions](http://www.gov.scot/About/Performance/scotPerforms/indicator/admissions)

Find flere fakta på [regioner.dks](http://regioner.dks) temasite:  
Hvad er op og ned i debatten om regionerne

Mere information:  
Kontakt Danske Regioner på 2893 1447  
eller [pressekontakt@regioner.dk](mailto:pressekontakt@regioner.dk)