

Fra sundhedsklynger til sundhedsfællesskaber

**Kjeld Møller Pedersen
Syddansk Universitet
Aalborg Universitet
kmp@sam.sdu.dk**

Frokostmøde
m. sundheds-og
innovations-
ministrene,
januar 2018



Sundhedsfællesskaber

Dagens
Medicin
april '18

SUNDHEDSPOLITISK TIDSSKRIFT

April 2018

Vi skal have fælles ledelse af sundheden

Skrevet af Kjeld Møller Pedersen, Leif Vestergaard Pedersen og Frede Olsen d. 3. April 2018 i kategorien Kommentarer

Kommentar

Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi, SDU
Leif Vestergaard Pedersen, direktør, Kræftens Bekæmpelse
Frede Olsen, professor i almen medicin, Aarhus Universitet

DEBAT: Giv os nu en fælles ledelse af den sundhedsindsats, der burde hænge sammen mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler, skriver tre af landets fremmeste eksperter i sundhedsvæsenet i dette debatindlæg.

Hvem har ansvaret for sundheden for borgerne i et område? Hvem har ansvaret for, at den praktiserende læge, hjemmesygeplejersken og det lokale sygehus har samme principper for f.eks. sårbehandling? Hvem sikrer, at hjemmesygeplejerske, praktiserende læge og hospitalets udgående team ikke på samme tid behandler patientens sygdomssymptomer? Hvem har overblikket? Hvem har ansvaret for ledelse og faglig udvikling i det nære sundhedsvæsen?

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 14. januar 2019

Fra siloledelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet

Det er afgørende for at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, at de nuværende siloledelser erstattes af fælles klyngeledelser. Her beskriver forfatterne, hvordan klyngeledelserne kan opbygges.

At Kjeld Møller Pedersen, Frede Olsen og Leif Vestergaard Pedersen

Sundhedsvæsenet består af siloer: faglige siloer, organisatoriske siloer og geografiske siloer. Det kan og skal vi ikke ændre på, for det er denne opdeling, der kan sikre en høj produktivitet og høj faglighed inde i siloen.

Men vi skal sikre, at siloerne arbejder sammen, når der er behov for det, for alle ved, at patienterne oftest har brug for hjælp fra forskellige siloer. Når siloerne spiller sammen, går det bedre for patienterne. Når siloerne ignorerer hinanden el-

ler direkte modarbejder hinanden, går det galt for patienterne og for sundhedsvæsenets effektivitet.

Derfor har der i årevis været interesse for bedre samordning, bedre koordinering, sammenhengende patientforløb m.m., og det har været mange løsningsforslag: Forløbskoordinatore, følge-hjem-ordninger, kontaktpersonordningen og patientens team. Og vi har stadigvæk udfordringer med at skabe sammenhæng både inden for sygehuset og tværs sektoren.

Spørgsmålet er, om vi har grebet det forkert an. Dette var baggrunden for vores forslag om sundhedsklynger i foråret 2018.

Formålet med denne artikel er at beskrive de ledelsesmæssige udfordringer og de ændringer, som afledes af det vovende krav om bedre sammenhæng og ideen om sundhedsklynger og dermed også spørgsmålet om ledelse af sundhedsklynger (af nogle omtalt som sundhedsfællesskaber).

Fokus på høj produktivitet
I en del år har vi på sygehuse haft fokus på at få afdelingsledelser (eller siloer) til at fungere og halt fokus på, at afdelingsledelserne sikrede høj produktivitet i de enkelte afdelinger. Mange gange blev det måske overset, at høj produktivitet

Sundheds-klynger



Aftale mellem regeringen og Dansk Folkeparti:

Et stærkere sundhedsvæsen – tættere på dig

(26. marts 2019)

Tænkningen bag sundhedsklynger ...

**(som ikke var inspireret af de skotske
klynger – sundhed-og social sammen..)**

Et forslag – inden for de eksisterende rammer, men nytænkende – og med løse ender!

1. Kronik i Politiken, april 2018
 2. Uddybning i Dagens Medicin og Sundhedspolitisk Tidsskrift
- Arbejdet med bedre sammenhæng og det nære sundhedsvæsen er blevet grebet forkert an!
 - Ny model med vægt på samlet ledelse af sundhedsvæsenets tre hovedaktører: Almen praksis, kommuner og hospitaler
 - en ledelse og organisering præget af ligestilling med fokus på populationsansvar

- Det fungerer ikke, hvis hver kommune, hvert hospital og hver praktiserende læger bestemmer helt selv. Så hænger sundhedsvæsenet ikke sammen.
- Men hvis kommunerne, de praktiserende læger og hospitalet bestemte det sammen ville indsatsen måske hænge bedre sammen.
- **Forslag:** man laver et antal **sundhedsklynger** med ansvar for ledelsen af den samlede sundhedsindsats over for patienterne i klyngens optageområde.
- **I geografisk henseende kunne man tage afsæt i de kommuneklynger,** der flere steder er dannet omkring de lokale sygehuse.

- Sundhedsklyngerne skal organiseres med udgangspunkt i de (akut)hospitalet, der tager vare på sygehusbehandlingen af borgerne i et område.
- **Selvom (akut)hospitalet og dertil hørende kommuneklynge er det organisatorisk udgangspunkt, er det ikke omdrejningspunktet.**
- Det er afgørende, at fokus for indsatsen og den opgavemæssige tyngde er på hele befolkningens sundhed og sygdom, og **at de fleste og det meste kan og skal behandles i det nære sundhedsvæsen** med vægt på den praktiserende læge med bedre bistand fra hospitalet.
 - populationsansvar

- **Ledelsen af** sundhedsklyngen er helt central i vores forslag.
- **Ledelsen bør i det mindste bestå af tre personer:** En praktiserende læge udpeget efter forslag fra og blandt de ovenfor nævnte praksisklynger. En faglig stærk hjemmesygeplejerske eller tilsvarende efter forslag fra kommunerne. Og én fra hospitalsledelsen der har indsigt i og overblik over det samlede sundhedsvæsen.
- Det vil på mange måder være optimalt, hvis **den øverste leder** af sundhedsklyngen har erfaringer som praktiserende læge eller tilsvarende.
- Med dagens struktur vil det være naturligt, at klyngeledelsen **referer til Regionsrådet**
- Konstruktionen indebærer, at **klyngeledelsen i høj grad skal have indflydelse på ledelsen af sundhedsklyngens hospital.**
- Der nedsættes **en kommunal-regional politisk følgegruppe** for klyngeledelsen

Eksempel på sundhedsklynger

I Region Midtjylland har man 5 kommune klynger organiseret omkring sygehusene:

Horsensklyngen består af Regionshospitalet Horsens, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Odder Kommune og Skanderborg Kommune,

Midtklyngen omfatter Hospitalsenhed Midt, Silkeborg Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune. UPS::: Ringkjøbing-Skjern

Randersklyngen dækker Regionshospitalet Randers, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune og Syddjurs Kommune.

Vestklyngen omfatter Hospitalsenhed Vest, Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune.

Aarhusklyngen: Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune.

Hvis man forestillede sig, at der i hver af disse kommuneklynger indgik et antal praksisklynger, har man et billede af, hvad vi tænker på med 'sundhedsklynger', der således i et geografisk område omfatter almen praksis, de kommunale sundhedstilbud og et sygehus.



Vi gjorde ikke meget ud af ...

1. Økonomiske spørgsmål
2. Ledelse/'governance'
 - Forsøgt afhjulpet med artikel medio januar 2019

Eksempel: Randers-klyngen
(eksisteret i 10 år)

Formålet med Sundhedsstrategisk Ledelse

Vi vil udvikle sundhedsstrategiske ledere,
som skaber:

- ...og forankrer konkrete modeller for bedre samarbejde
- ...løsninger på tværs af sektor- og fagskel, og baner vejen for at opgaverne løses, så det er bedst for borgeren.



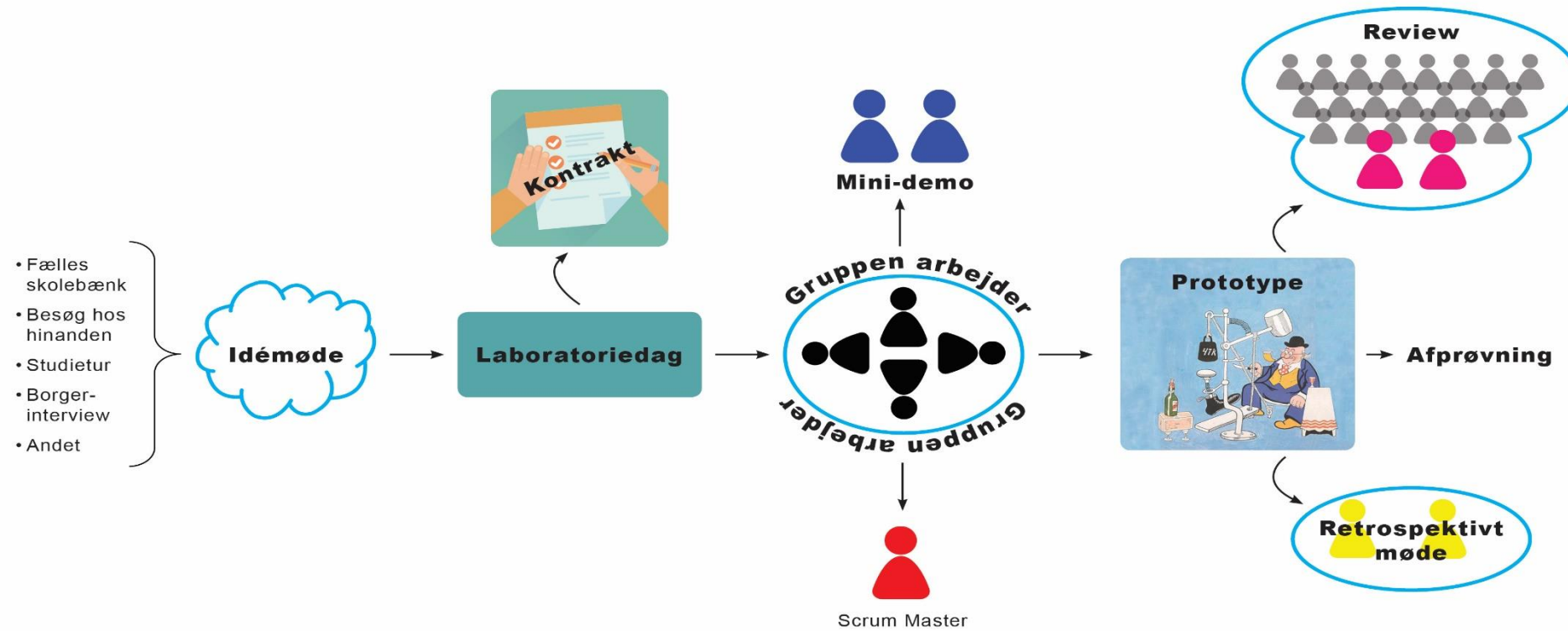
Et sundhedsvæsen
uden knaster

Laboratorier



1. Behandling af borgere med KOL i eget hjem
2. Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser
3. Sårbehandling
4. Børn med inkontinens
5. Pakkeforløb for hoftenære frakturer
6. Fælles model for beslutning og implementering
7. Geriatri – udkørende geriatrik team
8. Ny visitationsmodel for Randersklyngen
9. Når hjemmet er ønsket om det sidste levested
10. Sårbare patienter med misbrugsproblematikker
11. Demens
12. Rehabilitering – tilbage til arbejdsmarkedet
13. Rehabilitering – den ældre medicinske patient
14. Bedre indsats for den psykiatriske patient

Vores model



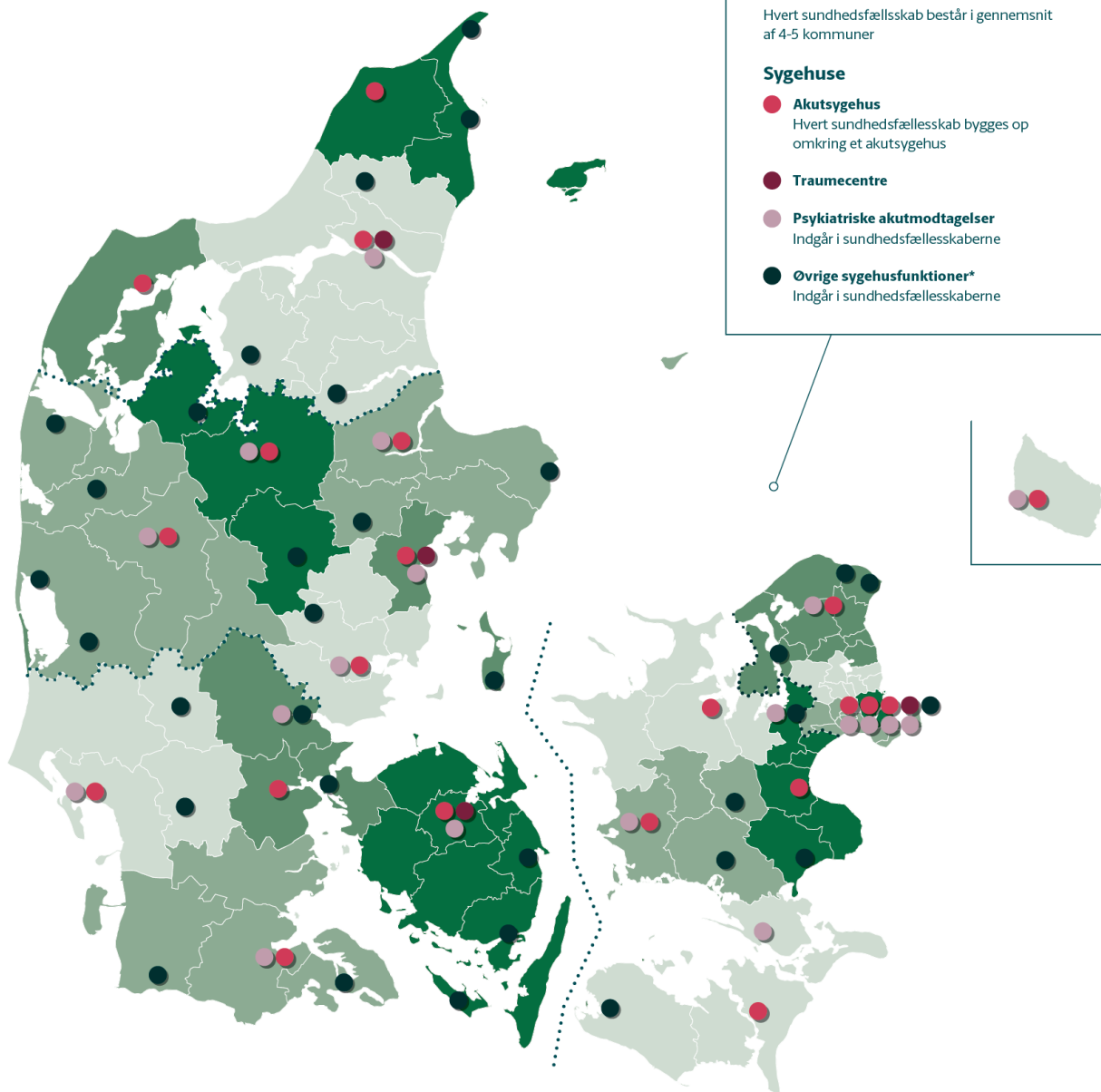
Laboratorium 2

Hvordan kan vi forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser?

- Laboratoriet satte fokus på udvikling af TOBS (redskab til tidlig opsporing af begyndende sygdom) med inspiration fra redskabet TOKS (tidlig opsporing af kritisk sygdom), som er benyttet på hospitalet.
- Redskabet er evalueret meget positivt og er nu implementeret ikke bare i hele Randers-klyngen men hele Region Midtjylland. TOBS bliver bl.a. benyttet som en del af grundlaget for vurdering af om en borger skal indlægges.

Sundhedsfællesskaber

-  Sundhedsfællesskaberne
-  Grænser mellem sundhedsforvaltninger



Regeringens forslag er stort set geografisk identisk med de eksisterende kommuneklynger, som regionerne har lavet

Sundhedsfællesskaberne skal sikre

- Bedre sammenhæng
- Øget nærhed

Skal være drivkraften i

- Udflytning af 500.000 sygehus-ambulante besøg frem mod 2025
- 40.000 færre indlæggelser per år frem mod 2025

Skal erstatte

- Sundhedskoordinationsudvalgene
- Praksisplanudvalgene

Hovedsvagheden ved regerings forslag til sundhedsfællesskaber

1. 'governance'
2. Manglende beslutningskompetencer
3. Økonomi (dog forbedring i aftalen med DF)
4. Afgrænsning af fællesskaberne – ikke centralt men alligevel
 - Fx Jammerbugt kommune
 - Hvem har man mest med at gøre: Thisted, Hjørring, Aalborg?
5. Koordinering på tvær af sundhedsfællesskaber
 - Nogle akutsygehuse, fx med regionsspecialer, lands-og landsdelsfunktioner, har relationer til mange andre kommuner end der er i Sundhedsfællesskabet

- Ledelsen af sundhedsklyngen består af to niveauer: **Det faglig og det politiske**. Der er problemer på begge fronter: antal deltagere og beslutninger
- På det **faglige niveau** deltager sygehuse i klyngen med i alt 4 repræsentanter, herunder minimum en fra akutsygehusets direktion og et medlem fra direktionen og et medlem fra direktionen i den regionale psykiatri. Almen praksis deltager med to lokalt valgte repræsentanter og kommunerne deltager med én repræsentant for hver deltagende kommune.
- Det for det første for mange til en handlekraftig ledelse og dernæst er det betænkeligt, at man sætter **sygehusdirektøren for bordenden**. **Ændre i aftaleteksten. 'Bordenden' ikke angivet**
- **Grundtænkningen** i sundhedsfællesskaberne er at se på hele sundhedsvæsenet, og hvis en sygehusperson får overledelsen risikerer man let, at optikken bliver sygehustænkning-og kultur, som man netop skal væk fra i sundhedsfællesskaberne. Forståelsen af det nære sundhedsvæsen er langt fra stor i sygehusverdenen.
- **Showstopperen** er, at beslutninger skal træffes i **enighed!** Indrømmet: Det kan skabe ejerskab men også handlingslammelse og, at laveste fællesnævner kommer til at dominere. **Synes uændret i aftaleteksten**

4 kommuner.
40 personer.
Men det
er jo ikke
en ledelse

- **Den politiske overbygning** består i, at kommunerne deltager med borgmesteren og den relevante udvalgsformand m.fl.. **Showstopperen er her, at den enkelte borgmester kan nedlægge veto.** Det kommunale selvstyre er intakt.
 - Alle parter skal leve op til de faglige krav, der stilles i **kvalitetsplanen**. Men hvis enkelte parter er imod en konkret løsning, som går videre end kravene fra kvalitetsplanen, kan de øvrige medlemmer vælge at gå videre, idet det ikke vil være muligt at tvinge en part med i en løsning
- Sundhedsfællesskaberne har som hovedregel **ikke en selvstændig beslutningskompetence med hensyn til tilrettelæggelsen af opgaveudførelsen i sundhedsforvaltningen og kommunerne.**
- Hvis sundhedsfællesskabet finder frem til løsninger, som kræver stillingtagen i sundhedsforvaltninger og kommuner (fx hvis en opgave skal flyttes ud af sygehuset), har sundhedsfællesskabet indstillingsret.
- Det betyder, at **den endelige beslutning træffes af sundhedsforvaltningernes bestyrelse og kommunalbestyrelser.**

Hvis 4 kommuner: en samlet gruppe på 15 personer

Nationale kvalitetsplan



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 09-04-2018

PLAN

Sagsnr. 4-1010-377/1

April 2018

plan@sst.dk

Dynamisk kvalitetsplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

p. 6 ”Der er imidlertid behov for en mere styret, systematisk og strategisk indsats hvis potentialerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for alvor skal indfries. **Derfor er der behov for en mekanisme – en dynamisk kvalitetsplan - der inden for et fagligt set-up dels kan vurdere hvilke opgaver i sygehusvæsenet, der mest hensigtsmæssigt kan varetages tæt på borgeren – i kommunalt regi, i almen praksis eller af patienten selv - og dels kan opstille krav og sikre en høj og ensartet kvalitet i sundhedstilbuddene. ...**

Det er en forudsætning, at de rette kompetencer og det rette patientgrundlag er til stede, når en opgave skal varetages et nyt sted i sundhedsvæsenet. Her er faglige standarder for varetagelsen af de kommunale sundhedsopgaver et vigtigt element

Der er behov for at analysere om nogle af de kommunale opgaver/tilbud, der er reguleret i serviceloven med fordel kan overflyttes til sundhedsloven. Eller om der i regi af Sundhedsloven kan fastsættes krav til de sundhedsfaglige elementer af ydelser, reguleret i Serviceloven ...

Som tidligere nævnt er kvaliteten i tilbuddene uden for sygehusene for uigennemsigtig og uensartet på tværs af kommuner

Økonomi i Sundhedsfællesskaberne

”Regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at sundhedsfællesskaberne skal være dynamiske enheder og fungere som drivkraft i udviklingen, så det sikres, at flere patienter får behandling i det nære sundhedsvæsen – og hvor det samtidig sikres, **at der følger penge med, når fx kommunerne eller almen praksis skal løse nye opgaver.** Pengene følger patienten. Det betyder, at kommunerne og almen praksis bliver kompenseret for, hvad det koster at løse de nye opgaver.”

- Den præcise mekanisme er ikke udviklet (endnu)

”År for år vil der komme flere penge i almen praksis i takt med, at opgaverne flyttes ud af sygehusene. Mere aktivitet i sektoren vil også betyde en løbende justering af økonomiloftet og behov for oprettelse af flere nye ydernumre”.

Udfordring: Hvis ‘egne penge’ i Sundhedsfællesskaberne og ingen beslutningskompetence?!

Vores bud på økonomi (i Ledelsesartiklen)

1. ”Vores bud er derfor, at sundhedsklyngeledelsen skal disponere over de nye ressourcer, der tilføres det nære sundhedsvæsen i de kommende år, og at de i de nærmeste år hvert år skal suppleres med 1-2 procent af de ressourcer, der i øvrigt anvendes til befolkningen på sundhedsområdet i klyngens område”
2. ”Ressourcerne skal anvendes til at fremme et integreret sundhedsvæsen og til at gennemføre de omlægninger, der er meget nødvendige for et fremtidssikret sundhedsvæsen, eksempelvis færre ambulante kontroller på en fagligt forsvarlig måde, færre unødvendige genindlæggelser og færre dobbeltfunktioner.”

Leon-princippet i arbejde

Det nære sundhedsvæsen

Hjemmet



Sygehusene



Almen/speciallægepraksis



Kommunerne

