

Økonomi og Indenrigsministeriet

komoko@oim.dk

khs@oim.dk

8. april 2013

JH

Høring over evaluering af kommunalreformen

Hermed følger Ældre Sagens høringssvar vedr. evaluering af kommunalreformen. Høringssvaret fokuserer på den del af evalueringen, der vedrører sundhedsområdet, herunder følgende områder:

- Overordnede betragtninger
- Sundhedsaftaler og samarbejdet med almen praksis
- Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats
- Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Ældre Sagen finder, at der på nogle områder er tale om en grundig og fagligt velfunderet evaluering af (dele af) kommunalreformen, med mange gode forslag til forbedringer. Der er imidlertid også områder, hvor vi klart savner mere konkrete forslag, der tager konsekvensen af en konstateret problemstilling.

Det gælder især genoptræningsområdet, hvor evalueringen påpeger de lange og meget varierende ventetider i kommunerne, men ikke indeholder et eneste forslag til afhjælpning af disse ventetider – kun en uhørt vag konstatering af, at "Variationen indikerer imidlertid et forbedringspotentiale". Der har i flere år været fokus på de lange ventetider og de negative konsekvenser heraf for borgerne, men også for samfundet i form af genindlæggelser, større behov for hjemmehjælp mv. Det må være formålet med en evaluering at påpege konkrete løsninger på konstaterede, konkrete problemer, og det er derfor en alvorlig mangel, at der ikke anvises løsninger på dette område. Ikke mindst når flere kommuner allerede har vist, at de med enkle midler kan afhjælpe den lange ventetid – løsningerne findes altså!

Det er Ældre Sagens opfattelse, at der bør indføres en garanti for maks. en uges/5 hverdages ventetid på genoptræning. Det er en løsning, som nogle kommuner som nævnt allerede – for ganske få omkostninger – har gennemført med succes, og Ældre Sagen skal kraftigt opfordre til, at den udbredes til hele landet.

Derudover savner vi i evalueringen nogle overordnede og principielle overvejelser, der stiller spørgsmålstejn ved nogle fundamentale forhold i den måde, vi har opbygget vores sundhedsvæsen på. Hvis man undlader sådanne mere grundlæggende betragtninger, er der en stor risiko for, at forslag til forbedringer kun bliver mindre hensigtsmæssige lappeløsninger.



Derfor følger nedenfor nogle mere overordnede betragtninger over opbygningen og indretningen af det samlede sundhedsvæsen i Danmark, før vi afgiver vores konkrete bemærkninger til dele af evalueringsrapporten.

Overordnede betragtninger og forslag om større sammenhæng

Helt overordnet bør strukturen i sundhedsvæsenet indrettes, så man sikrer størst mulig helbredseffekt og livskvalitet for patienterne, herunder at der skabes sammenhængende patientforløb af højeste kvalitet. For patienten og for dennes helbredelse og livskvalitet er det vigtige, at den faglige indsats er der, når man har brug for den, fx når man er på vej hjem fra sygehus, men stadig ikke er rask, eller når man er faldet og har brug for genoptræning. Det vigtige er, at de rette kompetencer er til stede på rette tid og sted, mens det principielt er ligegyldigt hvem arbejdsgiveren er, eller hvilken del af sundhedsvæsenet der har ansvaret. For patienten er det uvæsentligt om fx sygeplejersken eller plejepersonalet, der kommer i ens hjem, er fra kommunen eller fra sygehuset - fra primær eller sekundærsektoren. Det vigtige er, om der er adgang til den rette faglige ekspertise, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers behov og ressourcer - og at man ikke i sit patientforløb skal lide yderligere under, at der er "sektorafgrænsningsproblemer", uklar ansvarsfordeling, "kassetænkning", manglende information og koordinering mv.

Det må være sundhedsvæsenets ansvar - ikke patientens - at skabe sammenhæng mellem sektorerne. Det kunne ske ved at etablere en ramme med nationale standarder, der skal omfatte hele patientforløbet: Udredning, behandling, pleje og rehabilitering - og som går på tværs af både sektor- og specialegrænser.

På basis af det skal patienter have en individuel forløbsplan, så en fagligt begrundet indsats bliver tilpasset det enkelte menneskes behov og ressourcer. I en plan skal man overordnet planlægge indsatser fra både sygehus, kommune og almen praksis - så ressourcerne bliver velkoordineret og planlagt. Det bliver til glæde for den enkelte og til gavn for samfundet. F.eks. har man i Norge gode erfaringer med individuelle forløbsplaner.

For at skabe sammenhæng for patienter må vi arbejde med en visionær model, hvor man f.eks.:

- 1) Samler sundheds- og plejeområdet organisatorisk under ét med en fælles ledelse med fokus på forebyggelse og helhedstænkning (patienter er hele mennesker ikke bare journaler, funktionstab og diagnoser). Det skal omfatte regionernes del af sundhedsvæsenet, herunder også relatere til almen praksis, samt omfatte pleje, genoptræning, sundhedsfremme og hjælpemidler fra kommunerne. Og det skal være uanset alder for målgruppen.
- 2) Fastlægger alle overordnede retningslinjer, standarder og mål for serviceniveau, behandlinger og indsatser på sundheds- og plejeområdet i samspil med faglige eksperter og brugere. Det skal sikre, at vi får et fælles overordnet, fastlagt niveau for kvalitet i hele sundheds- og plejeområdet, så man får samme høje kvalitet, uanset hvor man bor i landet. Som eksempler kan nævnes:
 - Ved lov (eller evt. aftale) skal patienten sikres adgang til genoptræning hurtigst muligt, og maks. en uges ventetid.
 - Ingen overbelægning på medicinske afdelinger (overbelægning øger risiko for fejl og skaber uværdige forhold) - og få som det første ajourført belægningstal for sygehusenes afdelinger, de sidste tal er fra 2010! Ældre Sagen bakker fuldt ud op om initiativerne i Den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter, men der er behov for på den korte bane at supplere den med en kapacitetsplan for de medicinske



afdelinger, der sikrer mod den voldsomme overbelægning, vi f.eks. har oplevet i denne vinter.

- Drop idékatalogerne ved opbygning af det nære sundhedsvæsen i kommunerne, og indfør forpligtende fagligt fastsatte retningslinjer. Hvis man ønsker at afvige fra faglige retningslinjer, skal man dokumentere en lige så god eller bedre kvalitet. Vi skal ikke have 98 forskellige sundhedsvæsener.
- Udgående teams fra sygehusene til patientens eget hjem, f.eks. geriatriske eller akut, og fremskudt visitation på sygehusene – de skaber koordineret sammenhæng og geriatriske teams har en dokumenteret effekt på at reducere genindlæggelser.

Sundhedsaftaler

Ældre Sagen er enig i evalueringens konstatering af, at der er behov for en styrket implementering af sundhedsaftalerne. Efter Ældre Sagens opfattelse er de eksisterende sundhedsaftaler simpelthen ikke tilstrækkeligt bindende for regioner og kommuner. Vi bakker derfor op om

- At basis er 5 sundhedsaftaler (frem for 98) – én for hver region – med mulighed for supplement i forhold til de enkelte kommuner.
- At der udvikles nationale indikatorer med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- At regioner og kommuner forpligtes til bl.a. med afsæt i de nationale indikatorer at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet.
- Ældre Sagen foreslår endvidere en national monitorering i forhold til disse indikatorer, der årligt kan sikre, at kommuner og regioner lever op til de fastlagte målsætninger og indikatorer.

Ældre Sagen kan endvidere tilslutte sig, at sundhedsaftalerne i højere grad end i dag kommer til at omfatte almen praksis. Hvis dette bliver tilfældet, kan sundhedsaftalerne – i sammenhæng med ovennævnte punkter – blive et klart bedre redskab til at sikre sammenhæng "på systemniveau". Dette kan så suppleres med de tidligere nævnte individuelle forløbsplaner, der kan skabe sammenhængende forløb "på patientniveau" samt sikre patientinddragelse.

Patientrettet forebyggelse og opfølgende indsats

Ældre Sagen kan – naturligvis – tilslutte sig evalueringens ønske om, at "det tværgående samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis skal styrkes med henblik på at skabe sammenhæng og kvalitet". Og vi kan i særdeleshed støtte, "at kommuner og regioner fortsat arbejder med organisatoriske modeller, der blandt andet understøtter patientforløb på tværs af sektorer".

I forlængelse heraf opfordrer Ældre Sagen til, at der igangsættes forsøg med fælles regional/kommunal ledelse af indsatsen i forhold til sammenhængende patientforløb, således som der også lægges op til i den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter, med fælles regionale/kommunale forløbskoordinatorer for medicinske patienter med sammenhængende og komplicerede forløb.

Ældre Sagen er endvidere helt enig i behovet for en bedre og mere systematisk registrering og dokumentation af den patientrettede forebyggelse med henblik på at klarlægge kliniske og økonomiske effekter af forskellige forebyggelsesinitiativer. Sundhedsministeriet/Sundhedsstyrelsen bør tage initiativer til at sikre, at dette rent faktisk sker.



Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

Det konstateres i rapporten, at der er en meget betydelig variation i ventetiden på genoptræning kommunerne imellem, og at opgørelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at den gennemsnitlige ventetid på ambulans genoptræning i 2010 var 28 dage. Ældre Sagen m.fl.'s undersøgelser viser, at kun 32 pct. af kommunerne tilbyder genoptræning inden for en uge efter udskrivning fra sygehus.

Selv om det i rapporten påpeges, at der er problemer med datakvaliteten af ventetidsdata konkluderes det, at "forskellene ikke alene kan forklares med mangelfulde data". På trods heraf er rapporten eneste konklusion på de meget store forskelle imellem kommunernes ventetid på genoptræning, at "Variationen indikerer imidlertid et forbedringspotentiale".

Det er efter Ældre Sagens opfattelse en uhørt svag konklusion. Vi er bekendt med at flere kommuner – Køge og Haderslev kan nævnes – har indført en maksimal ventetid på genoptræning efter indlæggelse på 5 hverdage. I Haderslev kommunes kvalitetsstandard hedder det f.eks., at " Genoptræningen sættes i værk indenfor den første uge/5 hverdage efter at vi har modtaget din genoptræningsplan". Den korte ventetid er ikke dyr – f.eks. anfører lederen af genoptræningen i Køge kommune: "Vi havde jo en del borgere på venteliste til genoptræning, så det kostede to ekstra terapeuter i to måneder, og selve indkøringsfasen varede tre måneder. Men nu er ventetiden nede på fem dage, og udgifterne i det daglige arbejde er ikke større, end da ventetiden var fire uger".

Dertil kommer de samfundsøkonomiske gevinster ved hurtig genoptræning i form af færre genindlæggelser, mindre behov for hjemmehjælp mv. Desuden – og ikke mindst – gevinsten i form af bedre livskvalitet for de berørte borgere.

Ældre Sagen skal derfor kraftigt opfordre til, at der snarest – via sundhedsloven eller evt. via aftale med kommunerne – i hele landet indføres en maksimal ventetid på en uge/5 hverdage på genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Vi støtter evalueringens forslag om forbedret monitorering af genoptræningsområdet samt udvikling af visitationsretningslinjer til borgere med komplekse genoptræningsbehov. Det er to fornuftige tiltag, der kan give bedre genoptræning for borgerne.

Med venlig hilsen



Michael Teit Nielsen
Underdirektør