

K O A

tema

DET NATIONALE INSTITUT
FOR KOMMUNERS OG REGIONERS
ANALYSE OG FORSKNING

R

Nº 03 ■ 2016



patientens sundhedsvæsen

- Bornholm skal sætte ny kurs for sundhedsvæsenet
- Ny model: Bedre samarbejde – mere handlekraft
- Patientinddragelse kræver klar tale fra ledelsen

Et sundhedsvæsen med afsæt i patientens behov



Udviklinger hænger sammen, påvirker hinanden gensidigt og udfordrer den eksisterende praksis



Foto Agnete Schlichtkrull

BRUGERINDDRAGELSE, nye styringsformer, patienten i centrum, kompetenceudvikling. Det er blot nogle af emnerne i dette temamagasin. Udviklingen i sundhedsvæsenets indretning – det være sig fysisk, organisatorisk, ledelsesmæssigt og styringsmæssigt – er under stærk forandring. Udviklingerne hænger sammen, påvirker hinanden gensidigt og udfordrer den eksisterende praksis.

Enestuer og fleksibel udnyttelse af sengekapaciteten giver patienter og personale nye fysiske rammer. Men det udfordrer også personalets rutiner og kompetencer. Ro og plads i enestuer giver rum til nye arbejdsformer og understøtter visionen om 'patienten som partner'. Men mindre kontorplads vanskeliggør også personalets mulighed for at drøfte usikkerhed om behandlingen af patienten med hinanden. Enestuerne er på den måde et godt eksempel på debatten om, hvordan patienten bedst muligt inddrages i egen behandling. Udviklingen af de fysiske rammer og visionen om 'patienten som partner' går hånd i hånd, men KORAs evaluering viser også tydeligt, at de udfordrer hinanden.

Værdi for borgeren. Dette mantra udmønter sig i fysiske rammer og brugerinddragelse. Det er dog langt fra nok. Der er et tydeligt behov for, at udviklingen understøttes af de styringsmæssige rammer. Hvis 'value-based health care' ikke blot skal blive en floskel, så er der behov for styringsinstrumenter og incitament, som understøtter. Vi sætter her fokus på nogle af de udviklinger, som vi glæder os til at følge i de kommende år.

Jeg ønsker jer god læselyst.

KORA tema

Udgiver:

KORA,
Købmagergade 22,
1150 København K.
+45 44 45 55 00
kora@kora.dk
www.kora.dk

Ansvarshavende redaktør:

Mickael Bech
mibe@kora.dk

Redaktion:

Charlotte Konow,
chko@kora.dk
Gladis Johansson,
gljo@kora.dk
Gry Bess Møller,
grbe@kora.dk

Grafisk design:

Pernille Kleinert

Forsideillustration:

iStock

Tryk:

Rosendahls

Oplag:

1.000 eksemplarer

ISSN

2445-6411 (tryk)
2445-642X (online)

Om KORA

KORA – Det Nationale Institut for Kommuner og Regions Analyse og Forskning – har fokus på den offentlige sektor. KORAs forskning og analyse skal bidrage til bedre styring, højere kvalitet og bedre udnyttelse af ressourcerne i den offentlige sektor.



Nº 03 ■ 2016

STYRING

Bornholms Hospital skal sætte en ny kurs

De næste tre år skal sygehuset på Bornholm afprøve nye styreformer med fokus på, hvad der skaber værdi for patienten.

4

BRUGERINDDRAGELSE

Inddragelse stiller krav til ledelsen

Hvis inddragelse af patienten skal blive en succes, kræver det en klar ledelse, der går forrest. Og skal ledelsen lykkes, kræver det, at man har sat sig et klart mål med inddragelsen.

14

STYRING

Er værdibaseret styring en ny vej?

Behandlingen skal give værdi for den enkelte patient. Det er princippet i value-based health care - et af de store mantraer i sundhedsvæsenet. Men hvordan omsætter man det til praksis?

7

SAMMENHÆNG

Ny model skaber sammenhæng

Højere kvalitet i behandlingen og større handlekraft til patient og pårørende. Det er målet med en ny samarbejdsmodel til familier med børn, der lider af cerebral parese. Modellen kan måske også gavne andre.

18

SYGEHUSBYGGERI

Enestuer giver ro og privatliv

På Slagelse Sygehus skal nye enestuer understøtte visionen om 'patienten som partner'. Stuerne giver ikke bare patienterne mere privatliv, men også de ansatte større arbejdsro.

10

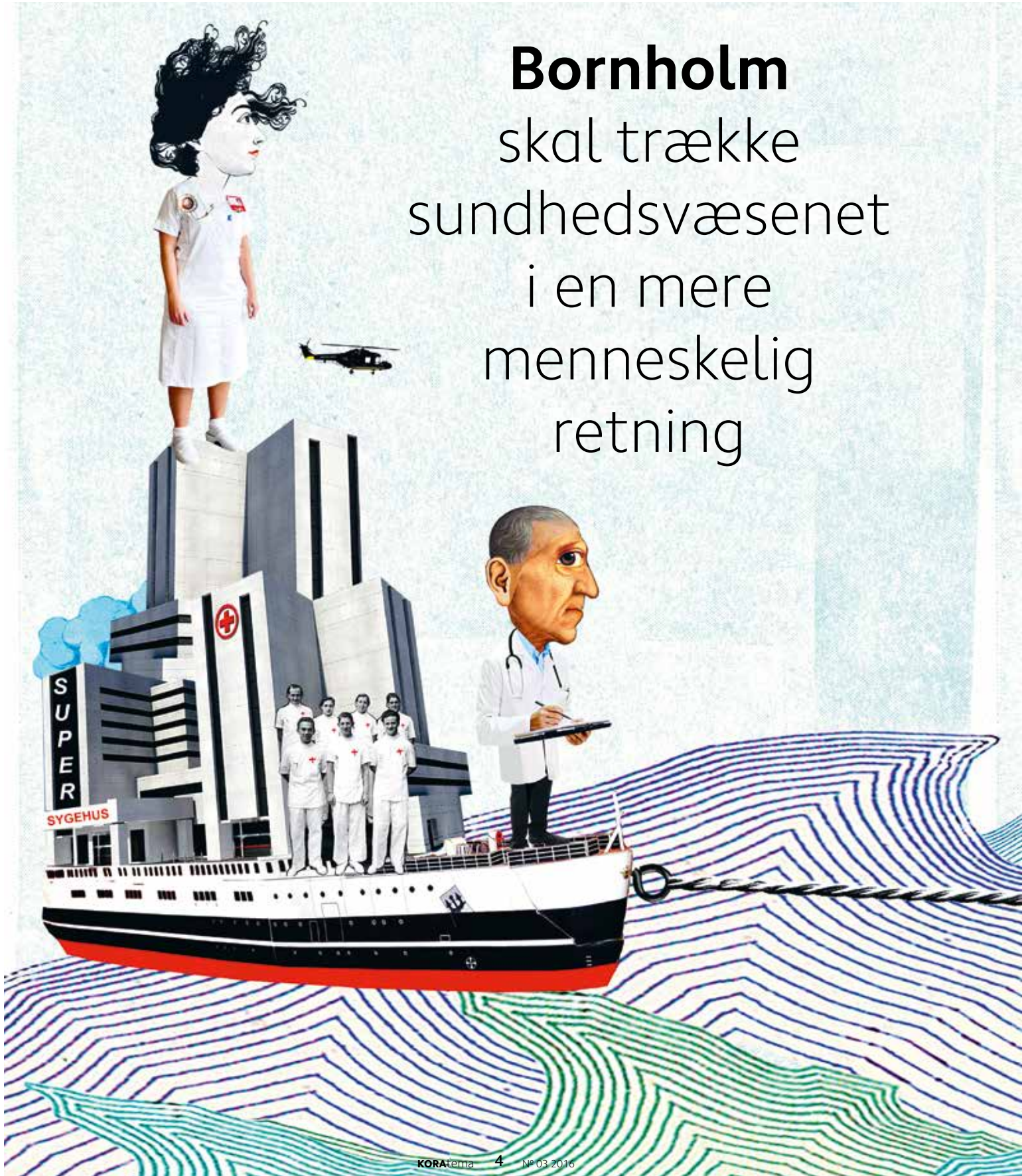
KLUMME

Vi skal sikre høj, ensartet kvalitet

Den nuværende struktur i sundhedsvæsenet er en udfordring, og løsninger må findes for at sikre en ensartet høj kvalitet. Det gælder ikke mindst de organisatoriske grænseflader i samarbejdet mellem sektorer.

22

Bornholm skal trække sundhedsvæsenet i en mere menneskelig retning



Det bornholmske sundhedsvæsen skal i de næste tre år afprøve nye styreformer, som giver større værdi for patienterne. Håbet er, at bornholmerne finder løsninger, som kan sætte en retning for hele sundhedsvæsenet.

SOM DET FØRSTE hospital i Danmark og Norden skal Bornholms Regionshospital styre efter, hvad der giver værdi for patienten frem for at fokusere på antallet af behandlinger, som man gør i dag. Det betyder, at Bornholms Hospital de næste år får lov at slippe for Region Hovedstadens takststyringsmodel.

I projektperioden, som indtil videre løber frem til 2018, vil hospitalet sætte spot på, hvad patienterne er optaget af, og hvad de selv oplever gør deres liv bedre. Målet er at få et mere menneskeligt sundhedsvæsen, som bruger

ressourcerne på dét, der giver mening for patienterne, og undlader at bruge tid og penge på behandlinger og procedurer, som ikke gavner patienterne.

Det perfekte eksperimentarium

Bornholm er ifølge hospitalsdirektør Niels Reichstein Larsen valgt som Region Hovedstadens udviklingshospital, fordi det er en fuldgyldig model af det store sundhedsvæsen, bare i miniformat.

– Vi plejer at sige, at vi er et stort hospital i skala 1:10. Vi har det hele: fødeafdeling, akutafdeling, komplekse patientforløb osv. Men vi er samtidig en lille organisation, så det er nemt og fleksibelt for os at samarbejde. Det er lettere

at afprøve nye ting i sådan en overskuelig organisation, og omkostningerne er langt mindre, forklarer han.

Det unikke ved projektet er desuden, at det er et tværgående samarbejdsprojekt, som omfatter hele Bornholms sundhedsvæsen. Altså ikke bare hospitalet, men også for eksempel de praktiserende læger og kommunens hjemmesygeplejersker. Hittidige projekter, også i udlandet, har været begrænset til kun at foregå inden for hospitalets mure:

– Målet er, at den enkelte patient skal opleve ét sammenhængende behandlingsforløb, som er tilrettelagt individuelt efter netop hans eller hendes behov. Patienten skal slet ikke →

AF CHARLOTTE KONOW
ILLUSTRATION RIKKE BISGAARD





→ behøve at interessere sig for, om det er kommunen, hospitalet eller en anden instans, der skal tage sig af dette eller hint. De skal blot opleve, at de bliver hørt, og der bliver taget hensyn til deres behov, fortæller han.

De multisyge er VIP-kunder

Bornholms Hospital har endnu ikke identificeret præcist, hvilke indsatsområder de vil kaste sig over først. Men ifølge Niels Reichstein Larsen er de multisyge patienter nogle af dem, der vil være i fokus, når projektet for alvor går i gang efter sommerferien.

– De multisyge, som fejler mange forskellige ting på én gang, er dyre for systemet, og det er dem, vi ser allerhyppigst. Det er vores VIP-kunder! Hvis vi var et flyselskab, ville vi lytte ekstra meget til vores faste kunders behov. For eksempel ville vi give dem en fasttrack-service, så de kunne komme hurtigt ind og ud af flyet. Vi kan blive bedre til at gøre noget tilsvarende på hospitalet i fremtiden. Det vil spare alles tid, både vores og patienternes.

Hvem kender bedst patientens behov?

En af de store udfordringer bliver at få afdækket patienternes behov. Hvem skal vurdere, hvad der er værdifuldt for patienterne: patienten selv eller det sundhedsfaglige system?

– Hvis en KOL-patient kan gå 100 meter og gennemgår et seks ugers træningsforløb,



Vi er nødt til at gå i dialog og give patienten valgmuligheder, så vi bruger vores ressourcer på det rigtige – dét, der giver mening for patienten

Niels Reichstein Larsen, direktør på Bornholms Hospital

FAKTA OM FORSØGET PÅ BORNHOLM

Bornholms Regionshospital er udpeget til at være udviklingshospital i en forsøgsperiode på tre år fra 2016-2018.

■ I forsøgsperioden bliver hospitalet undtaget fra Region Hovedstadens nuværende taksstyringsmodel.

■ Forsøget skal give inspiration til nye styringsformer i den danske sundhedssektor, så man i højere grad styrer efter, hvad der betyder noget for den enkelte patient.

■ Forsøget er et ud af fem regionale forsøg i Danmark med nye styringsformer, men er det eneste, der foregår på et helt hospital.

hvorefter patienten kan gå 120 meter. Er det så patientens mål, vi har nået – eller er det vores? Måske ville han hellere trænes op til selv at kunne tage strømper på end til at kunne gå 20 meter længere? Vi er nødt til at gå i dialog og give patienten valgmuligheder, så vi bruger vores ressourcer på det rigtige – dét, der giver mening for patienten, siger Niels Reichstein Larsen.

Desuden mener han, at systemet skal gøre op med bevidstløs automatik og standardiserede procedurer. For eksempel kan indkaldelser til ambulatoriet gentænkes, så alle ikke pr. automatik bliver indkaldt hver tredje måned, hvis det ikke er deres behov. Nogle har måske brug for at komme lidt oftere, andre sjældnere.

– Hvis en patient skal til kontrol for diabetes, kan der være meget stor forskel på, om det er en nydiagnosticeret diabetiker, som er utryk og måske har komplikationer, eller om det er en velreguleret patient, der har styr på det hele. De to patienter behøver ikke at komme lige ofte. Der skal vi lytte til deres behov og sætte individuelle forløb i stand, siger Niels Reichstein Larsen.

Supertankeren skal skifte kurs

Håbet med hele denne øvelse er, at Bornholms Hospital gør sig erfaringer, der kan danne grundlag for anbefalinger, som resten af sundhedsvæsenet kan navigere efter.

– Jeg ser Bornholm som en lille slæbebeåd, der i de kommende år skal sejle forrest og trække hele den store supertanker, som det danske sundhedsvæsen er, med ind på en ny kurs, siger hospitalsdirektøren og fortsætter:

– I 2020 håber jeg, at vi har borgere, der oplever, at deres sundhedsvæsen er karakteriseret ved sammenhæng, kommunikation i øjenhøjde, og at de bliver taget med på råd. Og jeg håber, at vi har medarbejdere, der oplever, at de har fået nye kvalifikationer, mere meningsfuldt arbejde og mere sammenhæng mellem, hvad de gør, og hvad patienterne vil have. ■

Ny styring skal skabe mere værdi for patienten



Value-based health care

er et af de store mantraer i sundhedsvæsenet. Men hvad går det egentlig ud på? Og hvor ligger de største udfordringer, hvis man vil styre sig til mere og bedre sundhed for patienterne?

Professor i sundhedsøkonomi **Jakob Kjellberg** giver nogle bud.

AF CHARLOTTE KONOW

SIDEN 1990'ERNE har new public management været fremherskende i sundhedsvæsenet. Her er der fokus på at få produktionen op, så man kan behandle så mange patienter som muligt, og hospitalerne får penge pr. ydelse. Men i de senere år er der begyndt at blæse nye vinde. Flere og flere har sat spørgsmålstegn ved, om antallet af leverede sundhedsydelser er lig med reel sundhed for patienterne. Og sidste år besluttede regeringen så at udfase den store danske kvalitetsmodel. Vi kan ikke sikre høj kvalitet gennem et avanceret og vidt forgrenet målings- og kontrolsystem. Der skal noget andet til. Men hvad?

Et af de svar, som mange kigger på, er value-based health care. Et sundhedsvæsen, som bliver styret ud fra et enkelt princip: Behandlingen skal give værdi for den enkelte patient. Professor i sundhedsøkonomi Jakob Kjellberg har fulgt debatten om styring i sundhedsvæsenet tæt i en lang år-række. Og han er ikke i tvivl om, at der er behov for at tænke nyt:

– New public management skaber siloer og et fragmenteret behandlingssystem, hvor de forskellige aktører primært tænker på at få deres egen biks til at løbe rundt. Value-based health care har i stedet blikket rettet →

→ mod, hvad der rent faktisk opleves som kvalitet for patienten – altså ikke hvor mange behandlinger og operationer, der gennemføres, men hvordan de virker. Det er et nybrud, forklarer han.

Patientens behov skal styre

Value-based health care er oprindelig udviklet af professor Michael E. Porter fra Harvard Business School (se side 9). Strategien går ud på at levere behandling med mest mulig værdi for patienterne. Målet er, at alle aktører i sundhedsvæsenet arbejder mod det samme mål, og at alle styringsredskaber understøtter dette fælles mål.

– Opgaven er at finde en tredje vej. Vi har erkendt, at den danske kvalitetsmodels måltyranni ikke virkede – det gjorde ikke sundhedsvæsenet bedre. Og det styringssystem, vi havde før det, fungerede heller ikke særlig godt. Så vi skal finde en ny vej, men vi ved endnu ikke helt hvordan. Og her kan vi så lade os inspirere af Porters teorier, siger Jakob Kjellberg.

Mange udfordringer i praksis

Ifølge Jakob Kjellberg er der imidlertid mange udfordringer i Michael E. Porters værdibaserede styringsmodel.

– For det første mangler der simpelthen valide data, som vi kan bruge til at finde ud af, hvilke mål vi skal stille op for den enkelte patient eller den enkelte diagnose. Hvad er for eksempel realistisk at have som mål for behandlingen af en KOL-patient – set fra patientens eget perspektiv? Det ved vi slet ikke nok om. Og vi mangler også data, som kan dokumentere, om vi så når de mål, vi sætter os.

Et andet princip i modellen er, at man skal skære overflødige aktiviteter væk, hvis de ikke har værdi for patienterne og deres helbred. Men der



En realistisk ambition må være, at vi formår at flytte tankesættet i hele systemet, så vi flytter fokus fra aktiviteter til outcome

Jakob Kjellberg, professor i KORA

mangler værktøjer til at kunne identificere, hvad der rent faktisk er spild. Endelig er det en stor udfordring at arbejde integreret og tværgående med afsæt i den enkelte patient og den enkelte diagnose.

– Det kræver, at både ledelsesmæssige, organisatoriske og økonomistyringsmæssige strukturer lægges helt om. I dag er det jo splittet op i almen praksis, et hospitalsvæsen med forskellige afdelinger og kommuner med forskellige forvaltninger. Det vil være meget vanskeligt bare at kaste hele den struktur op i luften, siger Jakob Kjellberg.

Fra output til outcome

I det næste par år afprøver alle landets regioner nogle af de værdibaserede styringsprincipper i en række forsøgsprojekter. I Region Hovedstaden har man for eksempel udpeget Bornholms Regionshospital som forsøgshospital. Og det er en rigtig god idé, mener Jakob Kjellberg:

– Vi skal kravle, før vi kan gå. Vi skal lave nogle helt afgrænsede 'eksperimenter', som kan gøre os klogere: hvordan opsætter vi mål, hvordan organiserer vi indsatserne, hvordan styrer vi økonomien, hvordan samarbejder vi – og hvordan følger vi op og dokumenterer, om der har været målopfyldelse eller ej? Derefter kan vi så bygge videre på viden fra disse 'eksperimenter' og implementere de bedste erfaringer i større skala, forklarer han og tilføjer:

– Det er nok vanskeligt at forestille sig, at man får flyttet den store super-tanker, som sundhedsvæsenet er, et helt andet sted hen i løbet af de næste tre eller fem år. Men en realistisk ambition må være, at vi formår at flytte tankesættet i hele systemet, så vi flytter fokus fra aktiviteter til outcome – altså værdi for patienten. ■

6 elementer i value-based health care

Konceptet omkring value-based health care er oprindeligt udviklet af Michael E. Porter fra Harvard Business School.

1 BEHANDLINGEN ORGANISERES I INTEGREREDE ENHEDER

Sundhedsydelse skal organiseres omkring den enkelte patientgruppes behov i centre, hvor alle patientgruppes behov kan imødekommes. Det kan for eksempel være et rygcenter, hvor patienterne både møder fysioterapeuter, røntgenlæger, reumatologer, ryggkirurger og neurologer. Specialister, som i dag er organiseret i mange forskellige afdelinger med udgangspunkt i lægefaglige specialer.

2 RESULTAT OG OMKOSTNINGER OPGØRES FOR HVER ENKELT PATIENT

For hver patient skal der opstilles et ønskeresultat (outcome), som patienten skal opnå via behandlingen. Det kan være, at målet er færre smerter, øget livskvalitet – eller at patienten simpelthen skal overleve. Omkostningerne skal omfatte alle relevante poster, uanset hvem der betaler. Det kan for eksempel være relevant at tage udgifter til kommunal hjemmepleje, sygedagpenge og tabt produktivitet med i regnestykket.

3 SAMLET BETALING FOR HELE PATIENTFORLØB

Hospitalet får én samlet betaling for det samlede behandlingsforløb. Pengene skal så efterfølgende deles mellem de involverede parter. Det kaldes 'bundled payments'. Formålet er at fremme samarbejde og ressourceudnyttelse på tværs af enhederne. Helt konkret vil det betyde, at betalingen i nogle tilfælde vil gå på tværs af sektorer. For eksempel en operation, der efterfølgende kræver kommunal genoptræning.

4 INTEGRERET SUNDHEDSVÆSEN PÅ TVÆRS AF DIAGNOSER

For at opnå et integreret sundhedsvæsen er det vigtigt:

- at få defineret omfanget af ydelser, der skal leveres. Man skal afskaffe ydelser, der ikke giver høj værdi.
- at samle behandlingstilbudene på få udbydere. Jo flere patienter med et specifikt problem, der håndteres samme sted, jo bedre bliver effekten af behandlingen.
- at placere behandlingen det rette sted. Mindre komplekse ydelser kan godt gives uden for hospitalet. Det sparer ressourcer og betyder, at patienten kan behandles tæt på sit hjem.

- at integrere og koordinere behandlinger på tværs af forskellige sektorer og behandlingssteder. Selv om en rygoperation foregår på et hospital, og genoptræningen foregår derhjemme, skal patienten opleve, at der er sammenhæng i behandlingen.

5 UDVIDELSE AF DET GEOGRAFISKE OPTAGEOMRÅDE

For at sikre et bæredygtigt tilbud, der er tilstrækkeligt specialiseret, er det nødvendigt med et ret stort optageområde. Det vil gøre det muligt at oparbejde kompetencer og høj kvalitet for hvert optageområde. Ideen er dog ikke, at al behandling skal centreres på store hospitaler eller samles på én matrikel. Ideen er at etablere specialiserede centre med en form for filialstruktur.

6 OPBYGNING AF RELEVANT IT-PLATFORM

Det er vigtigt, at behandlerne let kan udtrække resultater og udveksle relevante data på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer. Det vil give patienten en smidig og korrekt behandling. Endvidere vil en fælles it-platform kunne reducere ressourcespild i forbindelse med dobbeltregistreringer.

Ro og privatliv er i højsædet på akutafdelingen

På **Slagelse Sygehus** har enestuerne på Akutafdelingen givet patienterne bedre forhold og mere privatliv. Men også sygeplejerskerne er glade for den arbejdsro, der er på stuerne.

AF GLADIS JOHANSSON
FOTO NIELS HOUGAARD

DER ER ABSOLUT mere ro omkring patienten, men også omkring sygeplejersken, når hun arbejder på enestuerne. Der er bedre mulighed for at drøfte ting og vejlede end på flersengsstuer og ikke mindst for at tage de svære samtaler. Det gør vores arbejde meget lettere.

Sådan siger Iben Kyhn Riis, der er ledende oversygeplejerske på Akutafdelingen på Slagelse Sygehus.

Akutafdelingen breder sig over to etager. I stueetagen ligger modtagelsen, hvor patienter, der er kommet til skade eller er ramt af akut sygdom, kommer ind. Her er 17 observationssenge og to traumestuer. På første sal ligger sengeafsnittet, som rummer 39 stuer – alle enestuer.

Det nye Akuthus blev indviet i 2013, og ideen var at samle alle akutte funktioner under samme tag. Slagelse Sygehus er et af de første i Danmark, der har bygget nye innovative enestuer, og ambitionen er at effektivisere og optimere arbejdsgange og ikke mindst at understøtte visionen om 'patienten som partner'.

De sidste skal hjælpes lidt

Roen på stuerne i Akuthuset synes at forplante sig helt ud på gangene.

Her er roligt, selv om det nye hus har flyttet personalet ud af lukkede rum og ind i åbne stationer. Stationerne er placeret i nicher langs gangene på de to etager, og her har personalet nogle få computere til rådighed.

På alle stuer findes nemlig også en computer, for meningen er, at al dokumentation og registrering skal ske på stuen i samarbejde med patienten. Også træning, undersøgelser og behandling skal i videst muligt omfang ske på →

Det sikrer en større grad af patientsikkerhed, at de ansatte på Akuthuset skal dokumentere på stuerne, mener Iben Kyhn Riis, ledende oversygeplejerske på Akutafdelingen.



OM AKUTHUS SLAGELSE

I 2011 blev det første spa-destik taget til Akuthus Slagelse, og i 2013 blev bygningen taget i brug. Visionen er, at byggeriet og enestuerne skal understøtte en effektiv og optimeret arbejdsgang og en øget inddragelse af patienterne.

1. april 2016 blev akutmodtagelserne i Næstved og Slagelse fusioneret og samlet i Slagelse med en udvidelse af sengeafsnittet fra 21 til 39 enestuer.

I dag rummer Akuthus Slagelse akutafdelingen i stueetagen og på 1. sal. På 2. sal ligger et intensivafsnit, et intermedieært afsnit og et medicinsk mave-tarmafsnit.

Iben Kyhn Riis er ledende over- sygeplejerske på Akutafdelingen, og Anja Alexandersen (tv) er afdelings- sygeplejerske i stueetagen.

→ stuen. Alt sammen som et led i øget brugerinddragelse.

– En af fordelene ved at dokumentere på stuerne er, at man kan skrive patientens bemærkninger ind med det samme. Du skal ikke først skrive det ned på en lap papir, som du så skal tage med ind på kontoret. Det sikrer en større grad af patientsikkerhed, siger Iben Kyhn Riis.

For mange ansatte er det helt naturligt at foretage dokumentationen på stuen, mens andre hellere vil sidde i stationen. Det er kulturbetinget, mener Iben. For hvis man har været vant til at sidde sammen med kolleger, når man dokumenterede og lige kunne drøfte ting, er det en udfordring at gøre det på stuen.

Så selv om meningen er, at al dokumentation skal foregå på stuen sammen med patienten, er det stadig ikke alle, der gør det,

siger Iben Kyhn Riis. Men det bliver bedre og bedre.

– Man kan jo for eksempel motivere folk ved at gøre det mere besværligt at sidde ved stationerne. Generelt er vi dog rigtig glade for at kunne arbejde i ro i enestuerne, siger hun.

Der skal løbes lidt mere

På stuerne findes alt moderne udstyr, og i skabene langs den ene væg er de mest almindelige remedier til sygepleje gemt pænt af vejen. Her er god plads, og alle stuerne har eget bad og toilet. Der er plads til besøg og til, at pårørende kan overnatte.

– Stuerne er rare at arbejde i, det er let at komme rundt i rummet og arbejde med patienten, og der er nem adgang til de ting, vi skal bruge. Det sparer tid og ikke mindst ben, siger Anja Alexandersen, der er afdelingssygeplejerske på stueetagen i Akuthuset.

For der skal løbes lidt mere på en afdeling med enestuer. Man kan ikke lige se til fru Hansen, når man alligevel er hos fru Jensen, og det kunne indimellem være en fordel.

– Når vi har virkelig travlt, kan vi godt miste lidt af overblikket, og det koster tid, at hver patient ligger på sin egen stue. Men fordelene opvejer helt klart ulemperne, siger Anja Alexandersen.

Ikke alle værdsætter roen

De nye stuer har da også bidraget til at effektivisere og optimere arbejdsgangene i akuthuset, viser KORAs evaluering af enestuerne. Og ud over mere privatliv har enestuerne også givet patienterne bedre





Afdelingssygeplejerske Conni Jensen ser til David Skyrum, der er styrtet på sin motocross-maskine.

nattesøvn, bedre hygiejne og mere sammenhæng.

Men ikke alle patienter sætter lige stor pris på privatliv og ro. Især den ældre generation keder sig lidt på enestuerne. Og nogle bliver utrygge ved at ligge alene, fortæller Anja Alexandersen:

– Der bliver virkelig stille på stuen, når døren er lukket. Så selv om vi har vældig travlt, og der løber sygeplejersker op og ned ad gangene, så kan det være svært at høre, om der er nogle udenfor. Og det, synes nogen, er ubehageligt. Så sætter vi døren på klem og kigger lidt ekstra ind på stuen.

Evalueringen siger også, at enestuernes potentiale kunne udnyttes bedre, og foreslår kompetenceudvikling af personalet. Det er et punkt, som Iben Kyhn Riis også er opmærksom

på. 1. april blev akutmodtagelse i Slagelse og Næstved imidlertid samlet i Akuthus Slagelse, og lige nu handler det om at få fusionen til at fungere og at få besat de ledige stillinger, man har:

– Personalemanglen betyder, at vi kun har 32 af de 39 stuer på første sal åbne. Når vi er fuldt bemandede, bliver der mere ro til kompetenceudvikling. ■



Det koster tid, at hver patient ligger på sin egen stue. Men fordelene opvejer helt klart ulemperne

Anja Alexandersen, afdelingssygeplejerske

OM UNDERSØGELSEN

Region Sjælland har bedt KORA undersøge, om målsætningerne for samarbejde og patientforløb i det nye Akuthus er opnået.

Evalueringen afdækker blandt andet mellemledere og medarbejders oplevelse af de nye enestuer og dokumenterer, i hvilken grad stuerne og Akuthuset understøtter visionerne om effektiv og optimeret arbejdsgang samt brugerinddragelse.

Evalueringen bygger blandt andet på interview med ansatte og patienter, og resultaterne fra evalueringen skal bidrage til anden fase af byggeriet på Slagelse Sygehus, hvor nye sengeafsnit skal bygges.

PATIENTINDDRAGELSE KRÆVER KLAR TALE FRA LEDELSEN

Tydlig ledelse og efteruddannelse er afgørende, hvis man skal styrke inddragelsen af patienterne i behandlingen, siger de sygehusansatte i en rapport. Og god ledelse kræver, at man gør sig målet med inddragelsen klart, konkluderer en anden rapport.



BRUGERINDDRAGELSE er både politisk og strategisk i stærkt fokus i disse år. Det gælder også i sundhedsvæsenet, hvor inddragelsen af patienter og pårørende i behandlingen er i høj kurs.

Men et er viljen. Noget andet er vejen. For de ansatte på sygehusene er mere end villige til at

styrke det fokus på patienten, de allerede har, men der er mange barrierer.

En række faktorer skal være på plads, hvis inddragelsen skal fungere i praksis, siger medarbejdere og mellemledere på fire sygehuse i KORAs rapport 'Borgernes sundhedsvæsen – Frontpersonalets perspektiv'.

Fire fokusgrupper bestående af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, bioanalytikere, social- og sundhedsassistenter, sekretærer og lægesekretærer er blevet interviewet til undersøgelsen.

Alle faggrupper udtrykker bred enighed om, at en god dialog mellem patient og medarbejder er helt central, hvis patientinddragelsen skal lykkes.

Det samme gælder et godt samarbejde mellem faggrupper og

afdelinger på sygehuse. Helt afgørende er det dog, at ledelsen går forrest i både handling og ord.

– De interviewede i rapporten finder en klar og tydelig ledelse helt nødvendig. Ledelsens signaler siver hele vejen ned gennem organisationen, og hvis ikke ledelsen selv i handling viser, at den sætter patienten i centrum, så bliver inddragelsen i praksis vanskeligere for medarbejderne, siger Grete Brorholt, seniorprojektleder i KORA og forfatter til rapporten.

Pengene eller patienten

Ledelsen skal skabe den struktur, der skal til for at understøtte patientinddragelsen. Den skal gøre klart, hvilke prioriteringer man støtter og belønner, og den skal rose medarbejdere, der gør en ekstraordinær indsats for at inddrage

patienten – også selv om det strider mod procedurer og standarder.

Og det gælder både den lokale og den centrale ledelse, siger Grete Brorholt:

– Nogle af de interviewede i vores undersøgelse havde vanskeligt ved at navigere i konkurrerende ledelsesmæssige trends. De oplever en modsætning mellem stram økonomistyring og effektivitet på den ene side og øget brugerinddragelse på den anden side.

Helt konkret er nogle medarbejdere i undersøgelsen i tvivl om, hvordan man vægter økonomi og effektivitet i forhold til brugerinddragelse. Må man som medarbejder eller mellemlider prioritere en brugerinddragende indsats, hvis det koster økonomisk? Eller hvis det tager ekstra tid?

– Disse eksempler på bekymringer og skepsis vidner om den forvirring og det bøv, der opstår, når der ikke er tydelighed om brugerinddragelsen og ledelsen af den, siger Grete Brorholt.

Hvor skal vi egentlig hen?

Brugerinddragelse er da heller ikke nogen entydig affære. Det er et flertydigt begreb, som dækker over forskellige forståelser af rollefordelingen mellem patient, pårørende, den fagprofessionelle og sundhedsvæsenet.

Det skyldes, at forskellige aktører kan have forskellige mål med inddragelsen. Og målene har betydning for ledelsen af den. Det viser en anden rapport fra KORA om ledelse af brugerinddragelse. Her har man

undersøgt ledelsesformer på tre forskellige hospitalsafdelinger, der arbejder med brugerinddragelse.

– Ledelse af brugerinddragelse er en central nøgle til at føre visionen om øget inddragelse ud i livet. Men for at kunne lede brugerinddragelse, opstille relevante kriterier for implementering og relevante kriterier for succes er man jo nødt til at kende målet, siger Christina Holm-Petersen, projektchef og forfatter til rapporten 'Ledelse af brugerinddragelse'.

Mål kan møde modstand

De forskellige mål afføder ikke bare forskellige forventninger til, hvilken rolle patient og pårørende skal indtage som brugere. Målet har også betydning for, hvordan både ansatte og patienter opfatter relevansen af indsatsen, og hvilke barrierer man som leder kan forvente at skulle tackle.

Rapporten identificerer syv forskellige mål med brugerinddragelse i sundhedsvæsenet:

- Ligeværdig deltagelse – patienten som partner
 - Bedre kvalitet og patientsikkerhed
 - Sammenhæng i sundhedsvæsenet – patientforløb og gode overgange mellem sektorer
 - Begrænsning af sundhedsudgifter
 - Håndtering af udfordringen med flere kronikere og multisyge
 - Ændring af professionskulturer.
 - Legitimering og patienttilfredshed
- Udfordringen for de enkelte mål er forskellige. Eksempelvis kan →

3 MODELLER FOR INDDRAGELSE AF PATIENTER

Service-minded inddragelse:

- Bygger på princippet om professionel styring.
- Ekspertisen ligger hos den fagprofessionelle, men brugeren kan vælge til eller fra.
- Ledelsesmæssigt en enkel model, fordi den ikke rykker ved den eksisterende orden.
- Kan især bidrage til at opfylde de mål, der handler om at sikre kvalitet, begrænse udfordringen med et stigende antal kronikere og begrænse sundhedsudgifterne.

Faciliterende brugerinddragelse:

- Bygger på princippet om brugerstyring. Understøtter brugeren som handlekraftig borger, der er med til at vurdere sine egne behov for behandling.
- Ledelsesopgaven er fokuseret på system, struktur og forhandling om rollerne som patient og behandler.
- Modellen kan bidrage til at opfylde alle syv mål for brugerinddragelse.

Ligeværdigt partnerskab:

- Bygger på princippet om delt styring. Det grundlæggende element er et ligeværdigt møde og samarbejde mellem patient og sundhedsprofessionel.
- Modellen er kun relevant, hvor det er muligt at inddrage brugeren ligeværdigt. Den indebærer en række udfordringer, især modstand fra fagprofessionelle.
- Modellen kan i teorien bidrage til at opfylde alle syv mål.

Kilde: 'Ledelse af brugerinddragelse', KORA 2013.

→ sammenhæng i sundhedsvæsenet udfordres af eksisterende strukturer. Og begrænsning af sundhedsudgifterne kan møde modstand hos patienter og pårørende, som skal varetage mest muligt af egen behandling.

– Det er især en ledelsesudfordring, når målet med brugerinddragelsen er, at patienter og fagprofessionelle skal dele viden og beslutninger ligeværdigt. Så kan de fagprofessionelle føle sig truet på deres status som 'eksperterne'. Og tackler man ikke den udfordring, så er der reel risiko for, at man får en 'som om'-inddragelse, siger Christina Holm-Petersen.

Nyt syn på patienterne

De tre hospitalsafdelinger, som Christina Holm-Petersen har været med til at undersøge i rapporten, har alle haft flere, men hver især forskellige mål med brugerinddragelsen. Og de har haft forskellige strategier for, hvordan de skulle nå deres mål.

Men der er også elementer, der er gået igen på alle tre afdelinger:

- Et tværfagligt team har stået bag implementeringen
- En overlæge med ledelsesansvar er gået foran med et godt eksempel i hverdagen
- Alle tre afdelingsledere har stillet krav og haft klare forventninger til deres medarbejdere
- Indsatsen er sat i værk med det samme og er ikke organiseret som projekt.

– En væsentlig konklusion er, at brugerinddragelse kan være med til at skabe en mere hensigtsmæssig organisering af arbejdet. Men selv når ledelsen er dedikeret, er det en udfordring at tænke på patienterne og de pårørende på nye måder, at dele viden

og usikkerhed med dem og at indgå i partnerskaber omkring beslutninger, siger Christina Holm-Petersen.

Tre udgangspunkter

Det er altså i høj grad op til lederne i sundhedsvæsenet at øge og styrke brugerinddragelsen. Og de skal gøre sig klart, hvad målet med inddragelsen er. For de forskellige mål kræver forskellig håndtering.

Rapporten 'Ledelse af brugerinddragelse' opstiller tre idealtypiske modeller for brugerinddragelse, som har betydning for ledelsen af den (se faktaboksen på side 15).

– Modellerne afspejler, om dagsordenen for mødet mellem patient og fagprofessionel bliver sat af lægen, af patienten eller af dem begge i fællesskab. De er tænkt som en inspiration til, hvordan lederne kan arbejde med at implementere brugerinddragelsen, siger Christina Holm-Petersen.

Uanset mål og modeller skal ledelsen sikre kompetencer og udvikling i patientinddragende kommunikationsformer. Den skal omsætte brugerinddragelse i organiseringen af arbejdet, definere inddragelse som en arbejdsopgave og skabe de økonomiske rammer for den.

Og det falder helt i tråd med holdningen blandt de ansatte, som er blevet interviewet i rapporten 'Borgernes sundhedsvæsen'.

– De efterlyser kompetencer og værktøjer blandt andet til dialog og kommunikation, og de efterlyser, at kompetencer inden for brugerinddragelse sidestilles med andre kompetencer, der højner kvaliteten for patienterne. Men frem for alt ønsker de, at topledelsen gør sig sine prioriteringer klart, siger Grete Brorholt. ■

2 RAPPORTER OM BRUGERINDDRAGELSE

'Borgernes Sundhedsvæsen – Frontpersonalets perspektiv':

- Undersøgelsen er baseret på interview med 31 ansatte på fire sygehuse om deres oplevelse af og erfaringer med brugerinddragelse.
- De fire sygehuse er anonymiseret i undersøgelsen.
- Rapporten er bestilt og finansieret af Danske Regioner og udgivet i april 2015.

'Ledelse af brugerinddragelse':

Undersøgelsen er et casestudie på tre forskellige hospitalsafdelinger, der arbejder med brugerinddragelse i klinisk praksis.

De tre afdelinger er:

- Glostrup Apopleksienhed, der har indført en ny form for stuegang, hvor patienterne involveres mere end tidligere.
- Aarhus Epilepsiambulatorium, der har indført Ambuflex, hvor patienterne selv er med til at vurdere deres behov for kontrolbesøg.
- Frederiksberg Ortopædiskirurgiske Afdeling, hvor man har styrket patienternes tilfredshed ved at indføre blandt andet kvalitetsmøder, patientdagbøger og journaler på USB-nøgle.
- Rapporten er delvist finansieret af Danske Regioner og udgivet i oktober 2013.

BRUGERINDDRAGELSENS BEHOVSPYRAMIDE

Kompetenceudvikling:

Systematisk brug af nye og kendte teknikker og værktøjer kan styrke de ansattes kommunikations-evner og inddragelse af patienter og pårørende.

Social kapital og arbejdsglæde:

Samarbejde, tillid og retfærdighed styrker arbejdsmiljø og fleksibilitet hos medarbejderne – til glæde for patienterne.

Styr på strukturelle forhold og tilgængelighed:

Patienterne skal kunne komme på hospitalet, når det passer dem. Hjemmesider, telefontider og ventetider skal fungere smidigt.

Brug af patienternes feedback:

Feedback skal være til stede i det individuelle møde og skal anvendes organisatorisk i forhold til arbejds-gange og praktiske forbedringer.

Ledelse og organisation:

Ledelsen skal være tydelig og gå foran. Den skal skabe rum og strukturer, der understøtter brugerinddragelsen, og rose ansatte, der gør en ekstraordinær indsats.

Særligt fem faktorer er afgørende for, om det lykkes at styrke brugerinddragelsen. Ledelse og organisation er fundamentet for projektet. Hvert lag skal prioriteres, før det næste kan lykkes, men trekanten kan også virke den anden vej: Øget arbejdsglæde kan for eksempel også styrke motivationen for kompetenceudvikling.

Kilde: Anbefalinger fra medarbejderne i rapporten 'Borgernes sundhedsvæsen – Frontpersonalets perspektiv', KORA 2015.



BEDRE SAMARBEJDE MERE HANDLEKRAFT

AF GRY BESS MØLLER
ILLUSTRATION RIKKE BISGAARD

Mere kvalitet i behandlingen og større handlekraft i eget liv. Det er målet med en ny samarbejdsmodel til familier med børn, der lider af cerebral parese – spastisk lammelse. Midlet er øget viden hos de ansatte og bedre samarbejde på tværs. Og måske kan andre også få glæde af modellen.

E**N FAMILIE** med et barn med handicap har ofte fast arbejde med at koordinere indsatsen mellem den skov af socialrådgivere, fysioterapeuter, talepædagoger og andre fagpersoner, som er en del af deres hverdag. Samtidig er det meget forskelligt, hvor stor viden de enkelte fagpersoner har om de handicappedes udfordringer i hverdagen. Det oplever familier med et barn med hjerneskaden cerebral parese (CP), tidligere kendt som spastisk lammelse.

Elsass Fonden, der arbejder for mennesker med CP, har derfor udviklet en model, der skal styrke fagpersoners viden om handicapet, øge forældrenes handlekraft og styrke samarbejdet og koordineringen mellem de forskellige fagpersoner. Målet er højere kvalitet i behandlingen og samarbejdet.

Modellen består af kurser og workshops for fagpersoner og borgere. Den har været afprøvet i fem kommuner og tre regioner, og KORA har evalueret afprøvningen.

– Vores evaluering viser, at både forældre og fagpersoner oplever, at de har fået et rigtig stort udbytte af forløbet. De har både fået større viden om handicapet, fagpersoner har lært hinanden at kende på tværs, og forældrene har fået bedre redskaber til at gå i dialog om indsatsen med de mange fagfolk, siger Grete Brorholt, seniorprojektleder i KORA.

Man samarbejder bedre, når man kender hinanden

De store styrker ved projektet er dels, at fagpersoner og forældre får samme nye viden om, hvordan CP-hjernen virker og kan stimuleres. Dels at de forskellige fagpersoner møder hinanden og får et indgående kendskab til og forståelse for hinandens roller i forhold til behandlingen af barnet.

– Det er meget enkelt. Når man har mødt hinanden og har fået en forståelse for hinandens opgaver og roller, glider samarbejdet ofte bedre i hverdagen. De forskellige fagpersoner finder ud af, hvad hinanden arbejder med, og det er med til at styrke helhedsperspektivet omkring indsatserne for børnene, siger Grete Brorholt.

Et centralt element i modellen er de såkaldte eksperimentarier og prøvehandlinger. På baggrund af teorien og deres





Det er meget enkelt. Når man har mødt hinanden og har fået en forståelse for hinandens opgaver og roller, glider samarbejdet ofte bedre i hverdagen

Grete Brorholt, seniorprojektleder i KORA

→ fælles kendskab til barnet udarbejder fagpersoner og familier ideer til nye handlinger, der enten skal forbedre barnets kompetencer eller styrke samarbejdet på tværs. På kursusdage og til workshops sidder alle de forskellige parter sammen og bidrager med hver deres kendskab og faglighed i udviklingen af nye handlinger, som barnet eller forældrene kan gøre i hverdagen. Bagefter skal forældre og børn afprøve den konkrete handling derhjemme.

– Det er en af de helt store styrker ved modellen, at man hele tiden har fokus på at omsætte den fælles viden til ny, konkret praksis omkring barnet. Det kan for eksempel være et barn, der skal trænes i at gå noget mere. Kan forældrene lade barnet gå selv fra bilen frem for at bære det? Hvad skal der til, for at det kan lade sig gøre i praksis, siger Grete Brorholt.

Konceptet kan bruges af andre

Grete Brorholt vurderer, at erfaringerne fra projektet kan bruges til andre

borgergrupper med handicap eller kroniske lidelser, der kræver en stor grad af koordinering mellem fagpersoner.

Metoden kan genbruges, men det konkrete indhold skal tilpasses de forskellige typer af handicap. Konceptet kan indeholde:

- En kursusdag for fagpersoner, mennesker med handicap og evt. pårørende, der sikrer et højere og mere ensartet vidensniveau
- En workshopdag, hvor der dels er fokus på koordinering af og samarbejde om indsatserne

På samme workshopdag vil der være eksperimenterier, hvor fagpersoner og familier med udgangspunkt i den nye viden eksperimenterer med konkrete, nye handlinger.

Handlinger, der kan forbedre indsatserne for den handicappede eller styrke samarbejdet og koordineringen på tværs.

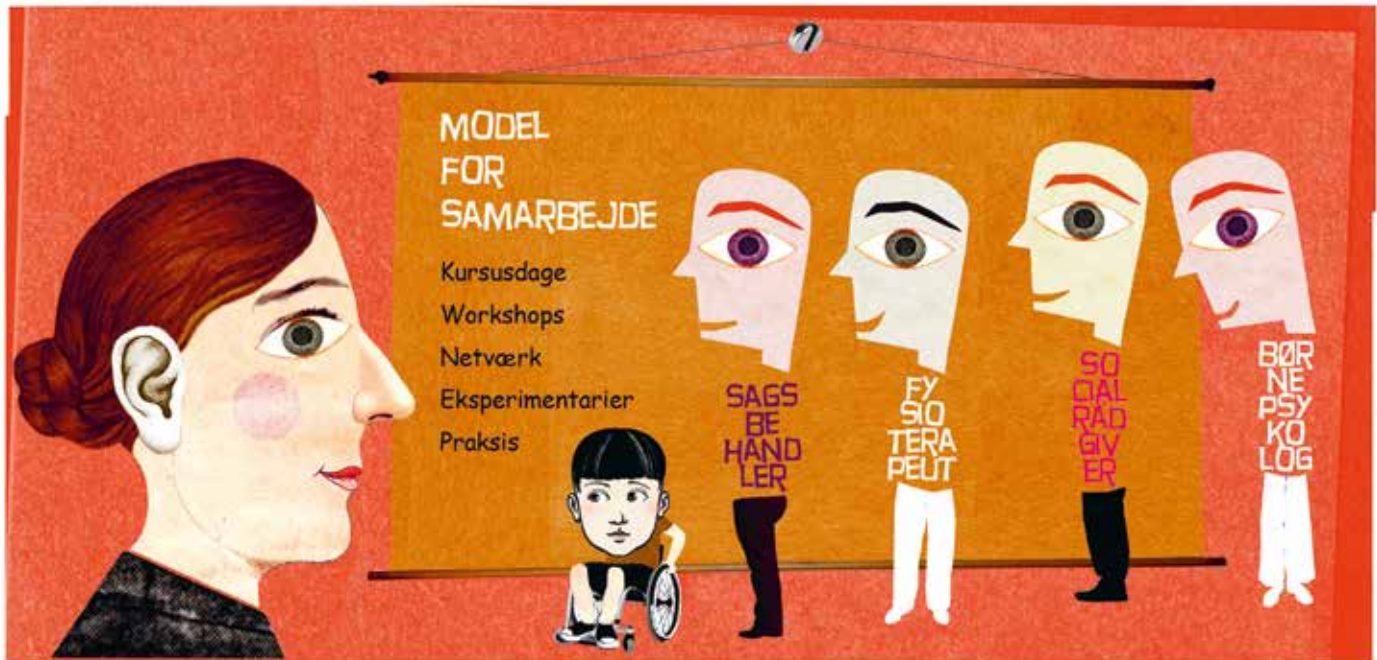
Familier og fagpersoner skal derefter afprøve de konkrete handlinger i praksis i deres hverdag. ■

OM CEREBRAL PARESE

- Cerebral parese (CP), tidligere kendt som spastisk lammelse, er en hjerneskade, som ca. 125 børn bliver født med hvert år. Mennesker med handicapet oplever både motoriske og kognitive problemer.
- De motoriske problemer kan være manglende eller svækket kontrol over kroppens muskler, nedsat muskelstyrke eller forringet gangfunktion. Der kan være både grovmotoriske og finmotoriske problemer.
- De kognitive problemer kan vise sig i forhold til koncentration, kombinationsevne, strukturering og overblik og i relation til korttidshukommelsen.
- Handicappet udspringer af en stabil hjerneskade, der ikke ændrer sig. Men med den rette form for træning kan man ofte mindske de fysiske vanskeligheder.

SÅDAN SER MODELLEN UD

- Fastlagte kursusdage for fagpersoner, borgere og evt. pårørende, der sikrer et højere og mere ensartet vidensniveau
- Fastlagte workshops med fokus på koordinering af og samarbejde om indsatserne for fagpersoner
- Weekendophold for familier understøtter dem som aktive aktører i indsatsen og giver mulighed for at netværke med hinanden
- Eksperimenterier, hvor fagpersoner og borgere med udgangspunkt i den nye viden eksperimenterer med konkrete, nye handlinger, der kan forbedre indsatserne for den handicappede eller styrke samarbejdet og koordineringen på tværs
- Borgere og fagpersoner afprøver de nye handlinger i praksis i hverdagen.



EN DAGLIGDAG MED ET HJERNESKADET BARN

Forældre til børn med hjerneskaden cerebral parese har travlt. De er i kontakt med op til 20 forskellige fagpersoner i løbet af et kvartal. Og forældrene møder ikke altid den forståelse, de har behov for.

AF GRY BESS MØLLER

UD OVER DEN DAGLIGE kontakt med lærere og pædagoger kan børn med hjerneskaden cerebral parese, også kendt som spastisk lammelse, gå til fysioterapeut, talepædagog og børnepsykolog. Læg hertil møder med en socialrådgiver om hjælpemidler, en anden socialrådgiver om tabt arbejdsfortjeneste plus en lang række af andre fagpersoner.

Så står du som forældre til et handicappet barn pludselig overfor at skulle koordinere møder og træning med op til 20 forskellige fagpersoner over en tre måneders periode. Det er en krævende opgave, som en mor beskriver sådan her:

– Det er lidt uoverskueligt med alle de forskellige aktiviteter omkring mit barn. Det er jo mig, der er bossen i det hele. Det er ikke altid fedt, når man både skal være mor, træner og boss. Og når man gerne vil snakke fagligt med sin mand omkring de her ting, samtidig med at man også gerne bare vil være en almindelig familie.

Den kommunale udfordring

Forældrene oplever samarbejdet med kommunen som en udfordring. Forældrene oplever, at de skal kæmpe hver gang, de beder om støtte til behandling eller hjælpemidler – også til det, de har krav på som forældre til et handicappet barn.

Oven i det er sagsbehandlingstiderne lange. En familie oplevede for eksempel at vente otte måneder på at få svar på, om de kunne få støtte til et kursus.

Tre ud af de fem interviewede familier har erfaringer med klagesager i forhold til fejl, rettigheder og behandling. En af forældrene har denne tilgang til klagesagerne:

– Vi må bare en tur i ankestyrelsen igen. Det har vi prøvet før.

Seniorprojektleder i KORA Grete Brorholt har talt med forældre til børn med CP:

– Helt overordnet oplever familierne et afhængighedsforhold til kommunen, og de oplever det som en dobbeltsidet belastning. De er på den ene side glade for al den hjælp, de kan få. På den anden side er de frustrerede over at være afhængige af kommunen. De vil gerne kunne klare sig selv og bare leve som en almindelig familie, siger Grete Brorholt. ■

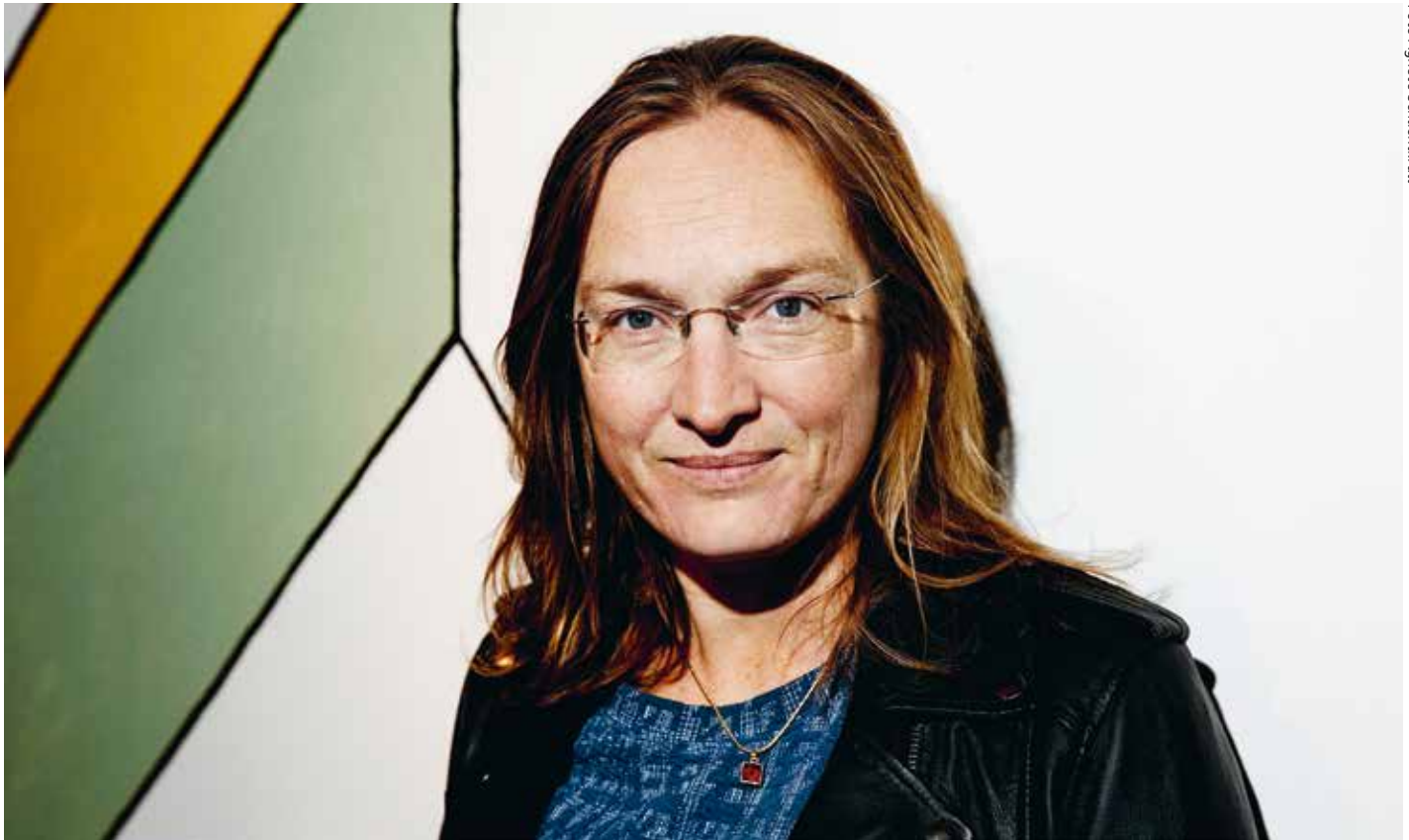


Foto Agnete Schlichtkrull

Mit sundhedsvæsen – forløb, kvalitet og sammenhæng

Det danske sundhedsvæsen er en stor og kompleks maskine, der dag og nat arbejder med at sikre borgernes sundhed. Ambulancer og akutheredskaber er på plads, hvis uheldet er ude. Specialer er samlet, og nye sygehuse tager form. Vi får enestuer og inddrages i større eller mindre omfang i behandlingen. Vi udskrives så hurtigt, det er muligt igen.

Det, der optager mig er forløbene og sammenhængene i sundhedsvæsenet. Er der adgang, når jeg har behov? Kommer jeg det rigtige sted hen, møder jeg den rigtige fagperson, og har han eller hun mulighed for at igangsætte den

behandling eller indsats, der er den fagligt rigtige for mig?

I det sundhedsvæsen, vi har skabt, er der områder, hvor vi systematisk er udfordret. Det handler både om indgangen til og udgangen fra sygehus. Det handler om organisatoriske grænseflader og opstår i samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og almen praksis.

Rum til forbedring af kommuners tilbud

Kommunerne har siden strukturreformen arbejdet med at udvikle det 'kommunale sundhedsvæsen', hvor nye tilbud om forebyggelse, genoptræning og rehabilitering tager form og supplerer eksisterende tilbud om sundhedspleje,



I det sundhedsvæsen, vi har skabt, er der områder, hvor vi systematisk er udfordret. Det handler både om indgangen til og udgangen fra sygehus. Det handler om organisatoriske grænseflader og opstår i samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og almen praksis

hjemmepleje og hjemmesygepleje. Men der er fortsat stor forskel på det tilbud, borgerne får, når de udskrives fra sygehuset.

I nogle tilfælde er det velkoordineret og borgeren mødes af et tværfagligt tilbud om rehabilitering, der sikrer, at de på bedste vis genetablerer et velfungerende hverdagsliv. I andre tilfælde mødes de af mere fragmentariske tilbud, hvor arbejdsgange og organisatoriske grænser forhindrer fagpersoner i at yde den fagligt bedste indsats – til frustration for borgerne, såvel som fagpersonerne selv. Der er samlet set sket meget, men der er fortsat rum til forbedring af det kommunale sundhedsvæsen.

Almen praksis er en akilleshæl

Almen praksis blev udråbt som nøglesten i fremtidens sundhedsvæsen på det tidspunkt i midten af 00'erne, hvor det stod klart, at det nære – det sammenhængende – sundhedsvæsen skulle udvikles og tage form, så det matchede en sygehusstruktur med stadig længere til sygehus og stadig kortere indlæggelsesforløb.

Siden er det begrænset, hvad der er sket. Vi har fortsat en struktur for almen praksis, hvor det er den enkelte læge i den enkelte praksis, der tager ansvar for og beslutter, om han eller hun vil tilbyde en given ydelse – eller helt lade være. Vi har fortsat en struktur, der understøtter praksisvariation, og som hverken vil matche den udvikling, der sker på sygehusniveau eller på kommuneniveau.

Det er en udfordring for os som borgere, fordi vores adgang til den rette behandling er afhængig af, om vi har valgt den rette læge. Det er samtidig en udfordring for de fagpersoner i kommuner og på sygehuse, der savner og ikke kan få den kvalificerede samarbejdspartner, de efterspørger, i det nære, sammenhængende sundhedsvæsen.

Der har gennem de seneste årtier været gjort en række forskellige forsøg med Integrated care, hvor samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og sygehuse struktureres og systematiseres i formaliserede samarbejder. Fælles for dem er, at de ikke har dokumenteret effekt på relevante effektmål. Det viser bl.a. en evaluering, som KORA netop har gennemført af forsøg med Integrated care i Odense Kommune. Der må derfor sættes spørgsmålstegn ved, om det er muligt – i det eksisterende, danske sundhedsvæsen – at opnå succes med denne type af løsning.

Nye løsninger med eller uden almen praksis

Andre former for tværgående løsninger, der afprøves, og som vi endnu ikke kender effekten af, omfatter tværgående akutfunktioner, fremskudt visitation og forskellige former for kommunelæger. De har alle det til fælles, at de kompenserer for det strukturmangel, der opstår i samarbejdet med almen praksis. De repræsenterer ikke nødvendigvis den bedste løsning, men den løsning, der er mulig i den givne struktur. De giver løsninger for de borgere og patienter, der er indskrevet i det kommunale sundhedsvæsen – men ikke for dem, der står udenfor.

Almen praksis spiller fortsat en væsentlig rolle for de borgere, der ikke er indskrevet i det kommunale sundhedsvæsen. De kontrollerer adgangen og repræsenterer en variation. Det almene medicinske speciale, der rummer muligheden for at se hele patienten, har en væsentlig rolle at spille. Men den nuværende struktur er en udfordring, og løsninger må findes for at sikre en ensartet høj kvalitet.

Der er 98 forskellige kommuner og tilsvarende praksisvariation. Dette er dog for intet at regne for den variation, der findes mellem 3.600 mere eller mindre individuelt praktiserende læger. ■

