

# Den Anden Kommission

*Tolv kronikker om de nødvendige  
forandringer af sundhedsvæsenet*



Den Anden Kommission er nedsat af  
Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet, DSS  
som et mod- og medspil til  
Sundhedsstrukturkommissionen.



Dansk Selskab for ledelse  
i Sundhedsvæsenet

## **Den Anden Kommission**

Tolv kronikker om de nødvendige  
forandringer af sundhedsvæsenet

© 2023 Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet, DSS  
1. udgave, 1. oplag

Redaktion: Kirsten Wisborg, Peter Mandrup Jensen,  
Mickael Bech, Dorthe Juul og Nicolai Döllner

Grafisk produktion: ProGrafisk ApS

Gengivelse eller mangfoldiggørelse af denne bog eller dele  
heraf er ikke tilladt ifølge gældende dansk love om ophavsret.

# Indhold

<b>Den Anden Kommission</b> .....	4
<b>Forord</b> .....	5
<i>Af Kirsten Wisborg</i>	
<b>Opgaven er at skabe en politisk bæredygtig reform</b> .....	6
<i>Af Jørgen Grønnegård Christensen</i>	
<b>Gerda er patient – men hos hvem?</b> .....	9
<i>Af Kirsten Wisborg</i>	
<b>Ulighed havner i hjemmesygeplejen</b> .....	12
<i>Af Helen Kæstel</i>	
<b>Forpligtende fællesskaber kan samle sundhedsvæsenet</b> .....	16
<i>Af Mickael Bech</i>	
<b>Civilsamfund og sundhedsvæsen kan sammen skubbe til vilde problemer</b> .....	20
<i>Af Charlotte Bach Thomassen</i>	
<b>Her er eksperimentet, som jeg som cheflæge godt kunne drømme om at prøve</b> .....	23
<i>Af Marie Storkholm</i>	
<b>Sundhedsvæsenet har behov for en ny leverancemodell</b> .....	26
<i>Af Klaus Larsen</i>	
<b>Psykiatrien i Danmark – fra grim ælling til en smuk svane</b> .....	30
<i>Af Kresten Dørup</i>	
<b>1.600 multisyge fylder mere end 1.600 raske studerende</b> .....	33
<i>Af Christina Svanholm</i>	
<b>Der skal være plads til både styring og ledelse i sundhedsvæsenet</b> .....	36
<i>Af Christian Bøtcher Jacobsen</i>	
<b>De teknologiske løsninger ligger for fødderne af os</b> .....	39
<i>Af Rolf Dalsgaard Johansen</i>	
<b>På vej mod en giftig cocktail: Uddannelsesreformer og praksisnær forskning er afgørende</b> ..	42
<i>Af Camilla Wang</i>	
<b>Om DSS</b> .....	47

# Den Anden Kommission



## Jørgen Grønnegård Christensen

Professor emeritus i offentlig forvaltning, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Før strukturreformen formand for og medlem af en række udvalg vedr. sundhedssektoren samt leder af ledelses- og styringsreform i Aarhus og Ribe amtskommuners sygehøvsvesener. 2020-21 formand for Folketingets ekspertgruppe vedr. håndteringen af COVID-19.



## Kirsten Wisborg

Lægefaglig vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Speciallæge i pædiatri og ekspertuddannelse i neonatologi. Dr. med fra Aarhus Universitet. Mastergrad i offentlig ledelse. Formand for Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet. Medlem af Medicinrådet. Medlem af Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.



## Christian Bøtcher Jacobsen

Professor ved Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. Forsker i styring og ledelse i sundhedsvæsenet med særligt fokus på regulering og organisatorisk struktur, ledelsesadfærd og ledelsesudvikling samt motivation og resultatansvar. Medlem af Robusthedskommissionen.



## Mickael Bech

Professor i sundhedsledelse- og politik ved Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet. Tidligere forsknings- og analysechef ved VIVE, direktør ved UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole, og professor ved Kronprins Frederiks Center for Offentlig Ledelse ved Aarhus Universitet.



## Kresten Dørup

Psykiatridirektør, Region Sjælland. Cand. scient.pol, Aarhus Universitet. Efteruddannelse på INSEAD og Center for Ledelse og Organisation. Tidligere centerchef i Region Hovedstadens Psykiatri, stabschef, Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Københavns Universitet.



## Helen Kæstel

Sygeplejechef, Aalborg Kommune. Uddannet sygeplejerske. Har arbejdet med ledelse regionalt i 20 år, kommunalt i 10 år. Diplom i ledelse.



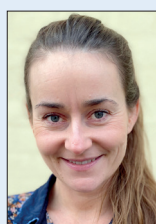
## Klaus Larsen

Direktør, Digitalisering og IT, Region Nordjylland. Medlem af Cybersikkerhedsrådet på vegne af Danske Regioner. Ekspertmedlem, Robusthedskommissionen. Deltager eller formand i diverse nationale, fællesregionale og tværsektorielle fora, forretningsudvalg, styregrupper mv.



## Marie Storkholm

Cheflæge på afdeling for Kvindesygdomme og Fødsler, Regionshospital Horsens. Ph.d. i forandringsledelse i sundhedsvæsenet fra Medical Management Center, Karolinska Institutet. Bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.



## Christina Svanholm

Praktiserende læge, Nysted Lægehus. Praksiskonulent, Nykøbing Falster Sygehus. Klyngebestyrelsesmedlem, Lolland Falster Klyngen. Bestyrelsesmedlem, Lungeforeningen. Stifter og bestyrelsesformand, Nysted Sundheds- og Trivselshus.



## Rolf Dalsgaard Johansen

Direktør, Social & Sundhed, Haderslev Kommune. MBA, Aarhus Universitet og cand.merc., Aalborg Universitet. Medlem af hovedbestyrelsen i Kræftens Bekæmpelse og Hovedbestyrelsen for Kommunale Velfærdschefer.



## Camilla Wang

Rektor, Professionshøjskolen Absalon. Forquinde, Danske Professionshøjskoler, interesseorganisation for de seks danske professionshøjskoler. Cand.mag. i dansk og psykologi. Tidl. dekan og direktør, Professionshøjskolen Metropol.



## Charlotte Bach Thomassen

Landsformand, DGI, cand.scient.pol. fra Københavns Universitet, næstformand i bestyrelsen for Madkulturen, næstformand i Frivilligrådet, medlem af bestyrelsen i TV2 Danmark.

# Velkommen til Den Anden Kommission

Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, DSS, nedsatte i efteråret 2023 Den Anden Kommission som et mod- og medspil til Sundhedsstrukturkommissionen. Hen over efteråret har kommissionens medlemmer bidraget med nytænkning og konstruktive forslag til, hvordan fremtidens sundhedsvæsen skal se ud.

DSS håber, at bidragene har inspireret Sundhedsstrukturkommissionen i den store opgave, de er blevet sat til at løfte, nemlig at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller og belyser modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

Indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V) har udtalt, at Sundhedsstrukturkommissionen får én opgave – til gengæld er den stor. Opgaven er at fremtidssikre vores sundhedsvæsen, og ambitionerne er store. Vi skal have et sundhedsvæsen, der er mere forebyggende, mere sammenhængende, præget af mere lighed, mere nært og mere bæredygtigt.

Jeg vil give ministeren ret i, at det er en stor opgave. Men også en påkrævet opgave, som kommissionens ni medlemmer med direktør Jesper Fisker i spidsen skal løse. Derfor er vi i Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet også glade for at kunne bidrage til løsningerne med indspark fra en række aktører med mod og meninger om, hvad det skal til for at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

En vigtig opgave i fremtidens sundhedsvæsen er at sikre, at de samlede ressourcer udnyttes effektivt og til gavn for alle patienter. Det vil kræve et stærkere samarbejde mellem de enkelte sektorer og et øget fokus på det samlede patientforløb. Men stærkere samarbejde gør det ikke alene. Mulighederne for at modtage sundhedsydelserne må og skal i fremtiden fordeles mere ligeligt, så den stigende ulighed geografisk og socialt mindskes. Endelig kommer vi i fremtidens sundhedsvæsen ikke uden om, at vi skal prioritere. Der er hverken menneskelige eller økonomiske ressourcer til at levere alt.

Regionerne har hver især vist sig i stand til at løfte en stor driftsopgave, men regionerne bør i fremtiden lægge større vægt på at sikre samarbejde på tværs af regionsgrænser, så den geografiske ulighed i sundhed bliver udlignet. Ligeledes bør Kommunernes Landsforening og Danske Regioner ind-

gå i et stærkere og mere forpligtende samarbejde på sundhedsområdet og sikre mere ensartet kvalitet i de ydelser, der leveres til borgere og patienter i det primære sundhedsvæsen.

De praktiserende læger spiller en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen, men tiden er løbet fra familielægen, der fulgte den enkelte familie over generationer og stod til rådighed på alle tider af døgnet. Fremtidens patienter vil være komplekse og fortsat have behov for at komme i kontakt med almen praksis, også uden for normal dagarbejdstid. Det bør organiseringen af almen praksis afspejle.

De praktiserende læger bør i fremtiden organiseres i praksisfællesskaber med mulighed for udvidede åbningstider og ansættelse af medarbejdere til at understøtte den samlede opgave i almen praksis. Samtidigt bliver det nødvendigt at sikre, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge uafhængigt af, hvor i landet de bor.

Meget bliver muligt i fremtidens sundhedsvæsen, men ikke alt og ikke til alle tider. Skal alle patienter sikres bedst mulig behandling, så kræver det en prioritering af, hvordan ressourcerne udnyttes bedst muligt. Og den prioritering må nødvendigvis foregå i et samspil mellem de folkevalgte og sundhedsvæsnets ledere og medarbejdere. Den enkelte borger bærer også et ansvar i form af samvittighedsfuldt brug af de offentlige sundhedsydelser for at bidrage til, at vi i fremtiden har et stærkt sundhedsvæsen med fri og lige adgang.

Mens vi alle spændt venter på et udspil fra Sundhedsstrukturkommissionen, har du mulighed for at læse alle bidragene fra medlemmerne af Den Anden Kommission. Kronikkerne har hen over efteråret været bragt i **nyhedsbrevet torsdag 8:30**, og kan læses på [dssnet.dk](http://dssnet.dk). Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet vil gerne takke medlemmerne af Den Anden Kommission for at bidrage til en nuanceret og åben debat om fremtidens sundhedsvæsen.

God fornøjelse.

*Kirsten Wisborg  
Forperson,*

*Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, DSS*

# Opgaven er at skabe en politisk bæredygtig reform

Man skal ikke forvente at kunne fjerne alle problemer i sundhedsvæsenet med et snuftag. Samtidig er der ringe belæg for, at en storstilet reorganisering baseret på kopiering af det ene eller andet system vil løse de problemer, der vitterlig er, skriver Jørgen Grønnegaard Christensen, medlem af Den Anden Kommission.



Af Jørgen Grønnegaard Christensen

Kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen tager et tredobbelt afsæt: Det danske sundhedsvæsen og ikke mindst den specialiserede behandling på sygehusene er for det første afgørende forbedret i løbet af den seneste snes år. For det andet er sundhedsvæsenet ikke desto mindre presset. Og for det tredje fastslår kommissoriet, at sundhedsvæsenet har en "utidssvarende organisation."

De to første punkter er at betragte som kendsgerninger. Den tredje tager form af en politisk påstand, der kan være rigtig eller forkert, og hvor det i hvert fald er aldeles uklart, hvad der ligger i den. Det er ikke desto mindre denne organisatoriske eller strukturelle problemstilling, som denne kronik beskæftiger sig med.

## Universelle problemer

For at gøre dette er jeg imidlertid nødt til at tilføje yderligere to punkter, som sætter grænserne for indholdet. Den ene er, at andre lande i den rige vestlige del af verden har været

igennem samme udvikling, og de slås med de samme former for pres, som det danske sundhedsvæsen: En aldrende befolkning, mangel på medarbejdere og her specielt plejepersonale, en teknologisk udvikling, som udvider mulighederne og presser kapacitet og ressourcer. Den anden ting er, at disse kilder til pres er de samme på tværs af landegrænser, og selv om strukturen i sundhedsvæsenet varierer med hensyn til organisation, styring og regulering samt finansiering, så er der overalt samme problemer, som savner en sikker løsning.<sup>1</sup>

De to ting indgår i mit udgangspunkt, fordi de viser, at man ikke skal forvente med en snuftagsreform at kunne fjerne alle problemer. Samtidig er der ringe belæg for, at en storstilet reorganisering baseret på kopiering af det ene eller andet system vil løse de problemer, der vitterlig er.

Når disse ting er fastslået, står det imidlertid også fast, at Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at se på nogle forhold, som er helt centrale, når det handler om at forbedre sundhedsvæsenet. Det drejer sig om den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats, samspillet mellem "det specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis" samt "organisering og styring af almen praksis."

Strukturreformen fra 2007 havde fat i det første og iværksatte nogle tiltag. Man går dog ikke nogen for nær ved at fastslå, at de tiltag ikke har slået til. Det tredje område, altså almen praksis, var og er besværligt, så det problem har egentlig bare fået lov til at ligge. I hvert fald indtil nu.

Opgaven er efter min vurdering at forberede en reform, som er politisk bæredygtig. Det vil sige, at den både skal finde politisk tilslutning her og nu og fungere så godt, at den ikke straks rejser krav om en ny reform.

## Det ene svage led

Samspillet mellem sygehusene og den kommunale sundheds- og ældresektor er ganske centralt. Det hænger sammen med flere ting.

En er, at en væsentlig del af behovet for undersøgelse og behandling på sygehusene kommer fra ældre og kronikere. De bliver for en stor del behandlet ambulant på sygehusene.

En anden er, at de ofte ældre patienter, som modtager sygehusbehandling, har behov for pleje og opfølgende behandling, når de har afsluttet behandling på sygehusene. Det er

derfor afgørende, at rammerne for spillet mellem regionernes sygehuse og kommunernes ældre- og sundhedssektor lægger op til et smidigt samspil. Det skal gerne forebygges kostbare og for patienterne belastende sygehusbesøg og indlæggelser, ligesom de, når sygehusindsats er fornøden, skal sikre en smidig overgang fra det ene til det andet niveau.<sup>2</sup>

Det har ikke fungeret tilfredsstillende hverken før eller efter 2007-reformen. Det tog man i 2021 den politiske konsekvens af, da regeringen med Danske Regioner og KL indgik en aftale om etablering af regionale sundhedsklynger omkring de 21 akutsygehuse.<sup>3</sup>

I sundhedslovens §203, stk. 3 er det formuleret på denne måde: "Sundhedsklyngen skal løfte populationsansvaret med udgangspunkt i akutsygehusenes optageområde og sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sundhedsområdet og i relevant omfang mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Sundhedsklyngen skal samtidig styrke forebyggelse, kvalitet og omstilling til det primære sundhedsvæsen."

Det er en god formulering. Sagen er bare, at sundhedsklyngerne i deres foreløbige udformning er en meget svag konstruktion. De savner power, når det gælder deres evne til at løfte det populationsansvar, som loven giver dem. Men i en reformpolitisk sammenhæng udgør de en brugbar trædesten, fordi de allerede er der, fordi de institutionelt forbinder primærindsatsen med akutsygehusenes indsats, og fordi populationsansvaret er definerende for dem.

Sundhedsklyngerne lider imidlertid under tre mangler. Den første er, at de ikke selv har penge til at løfte populationsansvaret. Den anden er, at de savner en administrativ infrastruktur, som er tilstrækkeligt stærk til, at de kan gøre sig gældende i forhold til kommuner og regioner. Den tredje er, at der er, hvad man bedst kan beskrive som en u hensigtsmæssig ressourcefordeling. Den opstår på nationalt niveau, fordi ældreressorten er en politisk kastebold, hvor ministeransvaret lige nu ligger hos social- og ældreministrene, mens det specialiserede styrelsesansvar ligger hos Sundhedsstyrelsen under sundhedsministeren.

Det sidste afspejler på iøjnefaldende vis, at indsatsen over for de pleje- og behandlingskrævende ældre i udpræget grad er sundhedsfaglig. Denne u hensigtsmæssige ansvarsfordeling er også tilstede på kommunalt og regionalt niveau, hvor kommunerne er ældreansvarlige, mens regionerne har ansvaret for sygehuse og almen praksis, i begge tilfælde med de ældre som den store brugergruppe.

Det er alt sammen til at rette op på. Men at gøre det kræver politisk omtanke og ligeledes en betydelig politisk råstyrke. De midler, som i dag tilgår kommunerne via kommunale skatter og regionerne via statslige tilskud skal omdirigeres. Det vil kunne ske gennem en bloktilskudsordning, hvor staten overtager finansieringen af det samlede sundheds- og ældreområde, hvilket ikke bliver nemt, fordi det indebærer, at man fratager kommunerne et stort opgaveområde.

Det sker erfaringsmæssigt ikke uden voldsomme politiske sværds slag, som de to store kommunepartier, Socialdemokra-

tiet og Venstre, skal lægge ryg til. Strukturreformen i 2007 viste imidlertid, at hvor der er politisk vilje, er der også en vej.

Der er en ting til, som reformatorerne skal tænke rigtigt grundigt igennem. Det være sig i et kortsigtet politisk perspektiv, hvor reformen skal bæres igennem, og i et langsigtet, hvor det handler om at give klyngerne en politisk styrke, som sætter dem i stand til selvstændigt at løfte det populationsansvar, som sundhedsloven allerede nu giver dem, men foreløbig ikke har givet et politisk bæredygtigt indhold.

En løsning kunne være den nuværende borgmestermodel med repræsentation af klyngernes borgmestre og regionsrådene. Men er den stærk nok? En anden løsning kunne være udpegede bestyrelser, men hvilken legitimitet og politisk styrke ville de have? En tredje løsning ville være indførelse af direkte valg til 21 regionale sundhedsråd, hvad der nok forudsætter nedlæggelse af regionsrådene? Modellen ville kunne give sundhedsklyngerne selvstændig vægt, men der er givetvis dem, også i regeringen, som vil se det som amtsrådenes genopstandelse, og den går med nogen sandsynlighed ikke.

Der er altså brug for kreativ tænkning. Kan Sundhedsstrukturkommissionen skuldre den?

## Det andet svage led

Almen praksis har alle dage spillet en vigtig rolle i dansk sundhedsvæsen. Det er fra alle sider anerkendt, at de praktiserende læger løser en vigtig og effektivitetsfremmende rolle som en borgertilgængelig portvokter til dels de specialiserede sygehuse, dels de praktiserende speciallæger og i mange henseender også til de private sygehuse og klinikker, som er opstået siden 00'erne.

Med tiden er der imidlertid problemer. Praksissektoren har sine egne rekrutteringsproblemer, som er særlig alvorlige i udkantsområderne. Dertil kommer, at almensektoren og dens organisation, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), har været svære at danse med, når det gælder forhandling af aftaler, og når det gælder strukturtilpasning inden for sektoren.

Endelig er der spørgsmålet om, hvordan praksissektoren skal spille sammen med andre dele af primærsektoren. Det er et problem i den nuværende struktur, men det vil uden ændringer også være et problem i den styrkelse af sundhedsklyngerne, som er skitseret ovenfor.

Når det gælder praksissektoren, er ideologi og benhårde økonomiske interesser bundet sammen med en betydelig konservatisme blandt sektorens egne udøvere. Der er dogmet om, at der ikke må være penge mellem patient og læge i den danske model; der er forestillingen om de praktiserende læger som liberale erhvervsdrivende, selv om de reelt lever af skattemidler; der er en konservatisme med hensyn til organisationsformer og gamle og uklare opgaveafgrænsninger, som gør det svært at prøve nye organisationsformer og implementere nye teknologier; der er endelig spørgsmålet om praksissektoren er fulgt tilstrækkeligt med udviklingen på sygehusene, f.eks. på det teknologiske område og i den kommunale sektor, f.eks. inden for ældreområdet, til, at den kan udfylde sin rolle inden for fremtidens vilkår.

Det er mange ting, som hver for sig rækker vidt. Så her handler det egentlig blot om at rejse et par spørgsmål til overvejelse og debat:

- Hvorfor kan man ikke ved siden af de eksisterende praksisformer oprette nye institutions- og/eller virksomhedsformer, som kan samle den flerdisciplinære indsats over for de patient- og borgergrupper, som har pleje- og behandlingsbehov, som rækker videre end de nuværende praksis- og kommunale omsorgsformer kan klare, og som det er vigtigt at få dækket i primærsektoren?
- Behovene og problemerne varierer mellem land og storby, centrum og udkant, så kunne det ikke være en overvejelse værd i nogle egne af landet at styrke den offentlige primærdækning og i andre dele af landet at åbne for parallel privat tilstedeværelse i form nye private tilbud i selskabsform, som arbejder på kontrakter med den populationsansvarlige myndighed?
- Praksissektorens organisering og økonomi er historisk et forhandlingsanliggende i den forstand, at den er reguleret gennem forhandlinger mellem PLO og Danske Regioner, men er det en hensigtsmæssig ramme for regulering og styring af en praksissektor med nye og større opgaver og med nye institutions- og virksomhedsformer?

Det er på alle måder svære problemer, det være sig partipolitisk, forhandlingspolitisk og teknisk. Pointen er blot, at hvis man ikke åbner for nytænkning på også dette område, risikerer andre dele af en reform at få det svært i mødet med den sociale og sundhedsmæssige virkelighed.

## Den stærke og svage stat

Siden 1990'erne har der kurseret en forestilling om, at Danmark er for lille til tre regeringsniveauer. Den bygger på en logik, som tilsyneladende er enkel og derfor besnærende: Hvis man reducerer antallet af niveauer fra tre til to, så opnår man automatisk en rationalisering og effektivisering. Overført til sundhedsområdet er logikken, at en fjernelse af det regionale niveau, hvordan det end tager sig ud, vil muliggøre en gnidningsfri samordning og ikke mindst en problemfri arbejdsdeling mellem de forskellige specialiseringsniveauer.

Praktisk taget alt taler for, at dette er et fantasifoster skabt af politiske teknokrater, men den har betydelig magt over sine. En iagttagelse, som er erfaringsbaseret, er imidlertid, at en centralisering vil politisere driften af sygehusene yderligere, hvor der snarere er fornuft i at afpolitiserer den.

En sådan nationalisering vil være politisk konfliktskabende,

og den vil være dyr, fordi sundhedspolitikken bliver vigtig i kampen om vælgernes gunst. En anden forventning er, at en sådan centralisering vil vanskeliggøre prioritering af ressourcer i forhold til sygehus- og sundhedsvæsenet, sandsynligvis med den konsekvens, at de højest specialiserede områder vinder på bekostning af andre.

Reformatorerne skal altså for alt i verden undgå en nationalisering af sygehusene. Det er ikke ensbetydende med, at staten ikke skal spille en rolle. Det gør den i høj grad allerede med det regime, der blev gennemført i 2007.

Det gælder som finansieringskilde, som sundhedsfaglig regulerings- og styringsmyndighed og som forhandlingsmodpart til regionerne. Den del fungerer faktisk. Men den har ikke hindret staten i skikkelse af regering, sundhedsminister og de politiske partier i direkte og indirekte at blande sig ganske kraftigt i driften af sygehusene. AUH-sagen er et aktuelt eksempel; kræftbehandlingen et andet.

Så et af de helt store udeståender i en reformsammenhæng er, hvordan man skruer en sundhedssektor sammen, hvor staten har en grænse- og standardsættende rolle, herunder ansvaret for, at udgifterne ikke vokser ukontrolleret samtidig med, at sundhedsministeren, regeringen og Folketinget ikke blander sig i den løbende drift – selv når der sker fejl og opstår sager.

Den skitse, der er tegnet her, bevarer regionerne som sygehusejere og driftsherrer for sygehusene. Men den politiske kontrol er overført til sundhedsklyngerne, hvis populationsansvar indebærer, at de både skal repræsentere borgerne i forhold til sygehusene og i forhold til såvel den institutionaliserede primærsektor som en udvidet praksissektor. Et væsentligt spørgsmål er derfor, hvordan man giver dem tilstrækkelig politisk og administrativ kraft til at kunne formulere deres krav til sygehusene og efterfølgende sætte dem igennem. Et andet er, hvor mange eller få der skal være.

Et beslægtet spørgsmål er, hvordan man opbygger den regionale politiske struktur omkring sygehusene: Hvordan vil f.eks. regionale bestyrelser sat sammen af repræsentanter udpeget af sundhedsklyngernes politikere tage sig ud? Vil de være i stand til at løfte populationsinteressen? Eller vil de blive gidsler for de højt specialiserede afdelinger og deres ledelse og medarbejdere? Kan man med inspiration fra det nuværende system for økonomiaftaler skrue det sådan sammen, at de nye regioners politiske ledelse kommer til at optræde som udgiftsvogtere snarere end udgiftsadvokater for landets meget store og specialiserede sygehuse?

## NOTER

- 1 Why health-care services are in chaos everywhere. The Economist 15.01. 2023 (Why health-care services are in chaos everywhere (economist.com)).
- 2 Kommunal sygepleje for ældre, Indenrigs- og Boligministeriets Benchmarkingenhed, 2022; Ældres indlæggelse på medicinske afdelinger. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed, 2023.
- 3 Sundhedsklynger skal skabe bedre patientforløb og udvikling af det nære sundhedsvæsen – Regeringen.dk (22.08.2023)



# Gerda er patient – men hos hvem?

Et stærkt offentligt sundhedsvæsen kræver blandt meget andet, at finansierings- og incitamentsstrukturerne gentænkes, og at kultur og ledelse understøtter omstilling til det samarbejdende sundhedsvæsen med fælles fokus på det gode borger- og patientforløb, skriver Kirsten Wisborg, medlem af Den Anden Kommission, og chefkonsulent Inger Wisborg McLeskey.



Af Kirsten Wisborg og Inger Wisborg McLeskey

Gerda er 74 år og har levet et liv med mange forpligtelser. Været alene det meste af sit liv med sine fem børn og arbejdet med skiftende jobs både som rengøringsmedhjælper og som social- og sundhedsassistent. Hun har knoklet for at få det hele til at hænge sammen og har ikke haft meget tid eller overskud til at passe på sig selv. Hun har helt sikkert røget for meget og har nok heller ikke fulgt alle de kost anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen udstikker. Faktum er i alle tilfælde, at hun nu 74 år gammel har KOL, type 2-diabetes og at hendes hjerte giver problemer. Og så er der også det med Gerdas knæ, der ikke rigtig vil mere og giver hende store smerter. Hun har faktisk svært ved at komme op ad trapperne til den 3. sals lejlighed, som hun bor i.

Gerda har gennem det seneste år haft mange besøg på hospitalet, og hun er flere gange blevet akut indlagt, fordi hendes KOL volder hende problemer. Hun følges også på hjerteafdelingen, fordi lægerne forsøger at aflaste hendes hjerte med diverse medikamenter. Og så er der hendes suk-

kersyge, som ikke længere kan behandles med tabletter, men nu kræver behandling med insulin. Det er efterhånden ret svært for Gerda at hitte rundt i al den medicin, hun får. I alt 12 forskellige præparater er det sneget sig op på, og mange af dem skal Gerda tage flere gange om dagen.

Gerda har flere gange været indlagt på kommunens akutpladser og også haft et længerevarende rehabiliteringsophold. Gerda har forsøgt at tale med sin egen læge om, at hun ikke længere kan overskue det hele, men lægen mener, Gerda er i de bedste hænder hos specialisterne, og lægen har nok også selv efterhånden lidt svært ved at hitte rede i de mange behandlinger på hospitalet og de mange forskellige indsatser fra kommunen.

Gerda har ikke noget at klage over i forhold til de mange mennesker, der forsøger at hjælpe hende. De gør alle sådan set alt, hvad de kan. Men Gerda kan godt få fornemmelsen af, at ingen tager vare på hende.

## Gerdas historie er ikke unik

Mange med kontakt til sundhedsvæsenet kan genkende Gerdas historie og fortælle lignende historier. Og alle kan sikkert også blive enige om, at målet må være en langt bedre koordinering og samarbejde på tværs af enheder og sektorer i det danske sundhedsvæsen.

Kan Sundhedsstrukturkommissionen finde frem til en styringsmodel og incitamentsstrukturer, der tilskynder og fremmer helhedssyn på patienten og et forpligtende samarbejde om behandlingen mellem de forskellige enheder og sektorer? Det korte svar er: Næppe. Altså opfinde *den* styringsmodel og *de* incitamenter, hvorved problemerne er løst. Kunne man det, så var de nok taget i brug – udfordringerne i sundhedsvæsenet er ikke nye.

Men dermed ikke sagt, at kommissionen skal kaste håndklædet i ringen og give op på forhånd. For nogle styringsmodeller er bedre egnede end andre, og værdi for patienten er bedre som pejlemærke end honorering af eksempelvis antallet af besøg eller kontroller. Udfordringen er, at så længe der ikke sker en ændring i samarbejdskultur og ledelsestænkning, så sker der for lidt. Alt for lidt.

Hvis det i fremtiden skal lykkes at skabe en sundere og bedre behandlet befolkning, må et af de styrende principper være et fælles populationsansvar. Og hvis det fælles populationsansvar skal realiseres som mere og andet end flotte

hensigtserklæringer, vil det kræve et langt større og forpligtende samarbejde, end det vi kender fra i dag.

## Fingerpegende fremfor problemløsende

Borgerne møder i store træk sundhedsvæsenet hos deres praktiserende læge, i kommunerne og på sygehusene. Hver især er de drevet af at gøre en forskel for patienterne, og det er helt afgørende at holde fokus på dette fælles ønske – på trods af forskellige og nogle gange modsatrettede incitamentsstrukturer. Parterne er nødt til at investere i samarbejde og koordinering, ellers ender det alt for ofte i tidskrævende og mislykkede forsøg med splittelse og splid til følge.

Ledelse i et integreret sundhedsvæsen, grænsekrydsende ledelse, relationel koordinering – kært barn har mange navne. Fælles for bestræbelserne er, at forskellige faggrupper, enheder og sektorer samarbejder om opgaven – altså Gerdas behandling.

Mere indviklet er det sådan set heller ikke. Men det er svært, fordi samarbejdet omkring *hele* opgaven traditionelt har fået alt for lidt opmærksomhed i forhold til løsningen af en specialiseret delopgave. Altså opgaven starter og slutter hos os. Siger vi. Og siger de. Specialiseret viden og delmål vinder over fælles viden og fælles mål, der sammen med gensidig respekt skal udgøre kernen i samarbejdet og koordineringen. Uden fælles mål, delt viden og gensidig respekt bliver kommunikationen upræcis og fingerpegende, hvis den overhovedet finder sted i tide.

Hvem er det så helt konkret, der skal samarbejde og hvordan? De gode resultater opnås ofte i et samarbejde tæt på den enkelte patientgruppe og patient. Men ledelsen har et stort ansvar for, at der bliver etableret fælles mål, og at alle samarbejdspartnere bliver respekteret.

Sagt lidt firkantet: Det, topledelsen ikke kan blive enige om, lykkes sjældent blandt mellemlederne. Og det, mellemlederne ikke kan blive enige om, lykkes sjældent blandt medarbejderne. Man kan nå et stykke vej med ildsjælene, men ildsjælene kaster sig hurtigt over noget andet, hvis ikke ledelsen bakker op. Og så er vi tilbage ved den kommunikation, der foregår for sjældent, for sent og med det forkerte fortegn: fingerpegende fremfør problemløsende.

## Fra incitament, der modarbejder, til fælles vision

Der skal arbejdes på flere fronter for at lykkes. Dels er man fra politisk hold nødt til at se på de incitamentsstrukturer, der modarbejder nødvendige omstillinger af sundhedsvæsenet, dels blive det nødvendigt, at de enkelte parter til en vis grad tilsidesætter deres forskellige egeninteresser og fokuserer på at arbejde mod et fælles mål.

Og det er her man skal starte: det fælles mål. Eller på den lidt større klinge den fælles vision for fremtidens sundhedsvæsen. Uden en fælles vision at pejle efter, taber de enkelte aktører retning, og der opstår en risiko for, at strategiske valg

i enkelte dele af det samlede sundhedsvæsen kan bringe det samlede sundhedsvæsen ud af kurs.

Forestil jer tre supertankere på det åbne hav med hver sin styrmand. Hver især har de vigtige og uundværlige elementer om bord, der skal sikre en befolkning muligheder for at leve et sundt og aktivt liv. Hvis blot én af disse supertankere ikke holder kurs, lykkes missionen ikke.

Hvad er det så for finansierings- og incitamentsstrukturer, der skal sikre, at de tre supertankere sejler mod det fælles mål? Givet er det, at ressourcerne – både de menneskelige og de økonomiske – vil være begrænsede i fremtiden, så der bør være et fælles incitament i at samtænke ressourcer og flytte ydelser derhen, hvor de trækker mindst muligt på de samlede ressourcer i forhold til de opnåede værdier for den enkelte patient og borger.

## Fælles populationsansvar

Hvis det i fremtiden skal lykkes at skabe en sundere og bedre behandlet befolkning, må et af de styrende principper være et fælles populationsansvar. Det er på ingen måde nyt at tale om fælles populationsansvar, men vi savner fortsat at se det folde sig ud for alvor.

Ikke fordi der ikke er gode intentioner bag de initiativer, der bliver taget, men nok snarere fordi, det er nemmere sagt end gjort. Vi er af den klare overbevisning, at man er nødt til at starte småt og samtidigt have den store vision for øje.

Vores anbefaling er derfor, at man tager fat på at arbejde med et fælles populationsansvar ved at etablere samarbejde omkring en gruppe af borgere. Helt konkret den gruppe af borgere, der har forløb i alle tre sektorer.

Det er ganske vist en mindre gruppe, men ikke desto mindre en gruppe, hvor et øget samarbejde og koordinering på tværs vil kunne løfte kvaliteten for borgerne, skabe bedre sammenhæng samtidigt med formentlig en mere effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Som en sidegevinst vil aktørerne gøre sig nyttige erfaringer med et langt mere forpligtende samarbejde end det, vi kender i dag.

## Fælles økonomi og tværfaglige kompetencer

Helt konkret mener vi, at man bør samle en del af de økonomiske ressourcer, der i hver af de tre sektorer er afsat til at tage vare på denne gruppe af borgere i én fælles økonomi. Samtidigt etableres en ledergruppe med repræsentanter fra de tre sektorer og mandat til at træffe beslutninger – inden for det økonomiske råderum – om fælles indsatsområder med fokus på at forbedre den faglige kvalitet og patienttilfredsheden.

Ledergruppen udpeges i samarbejde mellem direktionerne fra de enkelte sektorer, og skal have kompetencer til at kunne lede innovativt og helhedstænkende og med mulighed for tæt og ligeværdigt samarbejde med alle aktører, der har andel i patientforløbene.

Der bør afsættes ressourcer til at ansætte en mindre

personalegruppe, som kan række over sektorerne og har såvel sundhedsfaglige som socialfaglige kompetencer. De enkelte medarbejdere skal kunne fungere som vejledere for patienterne, og samtidigt skal gruppen af medarbejdere repræsentere forskellige fagligheder og erfaringer for at kunne skabe et tværfagligt samarbejde omkring patienterne og mulighed for at skabe de bedst mulige forløb.

Der skal være nem og hurtig adgang til patienternes praktiserende læge og specialafdelinger, og det skal sikres, at der i tilstrækkelig grad tages hånd om patienternes sociale situation via samarbejde med relevante parter i kommunalt regi. Det kan handle om patientens boligforhold, økonomi – herunder indkøb af nødvendig medicin – og arbejds- og uddannelsesmæssige forhold.

### Adgang til fælles data

Et helt essentielt element i at kunne arbejde med et fælles populationsansvar er, at der er adgang til data på tværs af sektorerne. Optimalt indbefatter dette, at data fra de enkelte aktører lagres i samme IT-system med mulighed for, at de relevante fagprofessionelle kan tilgå data og dele information med hinanden og patienterne uden unødvendig dobbelt dokumentation og risiko for tab af information.

Ingen kan være i tvivl om, at hvis Gerda skal føle sig godt hjulpet, så kræver det en høj grad af koordination mellem de forskellige aktører på hospitalet, den praktiserende læge og de kommunale medarbejdere, og tæt dialog med Gerda og de pårørende. Og skal det samtidigt sikres, at ressourcerne anvendes mest effektivt, så kræver det et samlet overblik over de mange ydelser, Gerda modtager, og indsigt og mandat til at kunne træffe beslutninger om, hvad der for Gerda er det rigtige.

Måske kunne nogen af de mange ambulante besøg på hospitalet undgås ved en tættere dialog mellem den praktiserende læge og hospitalet. Og måske kunne nogle af de akutte indlæggelser være undgået, hvis Gerda havde modtaget mere hjælp i hjemmet og i nogle tilfælde tidligere fået iværksat behandling.

### Styringsmodel

Tilbage til spørgsmålet om, hvilken styringsmodel der skal arbejdes efter. Skal det være rammestyring koblet med en tillidsbaseret tilgang til, at der leveres bedst mulig kvalitet og effektivitet? Eller skal det være værdibaseret styring med klart opstillede mål for kvalitet og effektivitet, hvor der kan opnås belønning, hvis kvalitetsstandarderne opnås, patientforløbene forbedres, eller opgaverne løses mere effektivt?

Det sidste vil give den største transparens for både de, der har opgaven med at forbedre behandlingen af patientpopulationen, og dem der skal vurdere indsatsen. Samtidigt viser erfaringer, at værdibaseret styring som en økonomisk styringsmodel kan være vanskelig at effektuere i virkeligheden. Et er i alle tilfælde sikkert, traditionelle produktivitetsmål duer ikke. Målet må ikke være at lave flest mulige ydelser og opnå belønning jo mere, man producerer.

Da ressourcerne ikke er ubegrænsede, og et stigende antal borgere vil have behov for sundhedsfaglige ydelser, skal der være fokus på effektivitet. Problemet er, at den klassiske effektivitetstankegang med mest mulig sundhed for flest mulige inden for den givne økonomiske ramme ofte fører til en "vi-skal-producere-mere-for-mindre-tankegang", fordi det er så nærliggende at tro, at vi er mest effektive, når vi leverer flest ydelser til patienten.

Men med sundhed forholder det sig nogle gange lige omvendt. Vi er hamrende effektive, når behovet for vores ydelser falder. Når patienten ikke har brug for det specialiserede tilbud helt så ofte, fordi patienten er godt behandlet af andre tilbud i andre sektorer. Og når den specialiserede viden finder vej til patienten gennem et samarbejdende sundhedssystem uden, at patienten nødvendigvis hver gang skal finde vej til specialisten og specialtilbuddet.

Visionær ledelse og mål- og rammestyring skal derfor gå hånd i hånd. Visionen og målene skal være fælles og handle om både faglig kvalitet, borger-/patientoplevelse og kvaliteten af samarbejdet omkring patientforløbet.

Mislykket samarbejde er omkostningsfuldt for alle. Vellykket samarbejde kan vise sig at være til gavn for både den enkelte patient og den store bundlinje i den samfundskontrakt, der tilsiger, at sundhedsvæsenet er et fælles offentligt, skattefinansieret anliggende.

# Ulighed havner i hjemmesygeplejen

Lad os på tværs af sektorer gøre noget for de to-fire procent mest sårbare. De er multisyge, ofte med både somatiske og psykiatiske sygdomme, og de har sjældent et godt netværk omkring sig. Komplexiteten omkring dem er en gordisk knude. Ingen har rigtig bolden, skriver sygeplejefach Helen Kæstel, medlem af Den Anden Kommission.



Af Helen Kæstel

Det der lyses på, er det der gror, og her skabes kulturen og medarbejdernes mindset.

Det ved alle, der arbejder med ledelse.

Sundhedsvæsenet er præget af stram styring, besparelser og krav om hurtigere og hurtigere patientforløb. I skyggen af dette paradigme er det de svageste og mest sårbare borgere, der betaler prisen. Disse borgere vil ofte have behov for hjælp fra hjemmesygeplejen.

De er multisyge, ofte med både somatiske og psykiatiske sygdomme, og de har sjældent et godt netværk omkring sig. Komplexiteten omkring dem er en gordisk knude, som kræver en flerfaglig, dybdegående og vedholdende indsats at løse. Ingen har rigtig bolden. Det er et kæmpe problem i vores ellers så velfungerende sundhedsvæsen, og det er et problem, som kræver at vi hjælper hinanden på tværs af sektorgrensene.

Når jeg ser på sundhedsstrukturkommissionens kommissorium og dens opgaver i forhold til samspillet mellem det specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det

nære sundhedsvæsen i kommuner samt almen praksis – og tænker over, hvordan vi gør det bedre, er det helt afgørende at fokusere på en anden af de sigtelinjer, som også er en del af kommissoriet.

Her står der, at vi skal have et "Sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel."

Det er for mig at se den essentielle sigtelinje, og det er helt afgørende at få taget livtag med denne ulige adgang til sundhed på tværs af de sociale skel.

## Ulighed og multisygdom

Jeg kører ofte med hjemmesygeplejen ud om formiddagen, og her møder jeg gang på gang og til min gru bagsiden af vores velfærdsdanmark. Otte ud af 10 borgere har flere diagnoser og har psykiatiske udfordringer.

De har svært ved at omsætte gode råd og vejledning til handling i forhold til egen livsstil. De magter det simpelthen ikke, oftest med baggrund i manglende kompetencer og økonomi. De har hverken råd til medicinen eller til at gå til fitness. Hjemmene er tilrøgede og ofte leveres livet på sofaen i et rod af tomme flasker og tom mademballage.

De er om nogen ramt af ulighed i sundhed, og hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune har i disse forløb ofte kun kunnet fægte i blinde, indtil vi fik uddannet og ansat *advanced practice nurses* (APN) – sygeplejersker som er kliniske ekspertisygeplejersker. De kan qua deres uddannelse udføre en dybdegående helhedsvurdering, som koblet med et omfattende detektivarbejde kan komme ind til kernen af, hvad borgerne virkelig har brug for. Dette illustreret i de to følgende cases.

### Case 1:

*En kvinde på 53 år bor alene og har stort set intet netværk. Hun er voldsomt plaget af daglige tilfælde med hurtig hjertebanken, hvor hun samtidig får åndenød. Følelsen af ikke at kunne få luft gør hende så bange, at hun tror, hun skal dø, og hun ringer 112. Dette sker ofte 10 gange dagligt.*

*Hun er via egen læge sat i behandling for angst og får flere forskellige slags medicin, uden at det har hjulpet. Af hendes journal fremgår det, at hun tidligere har haft kontakt med psykiatrien. APN-sygeplejersken bliver tilkoblet og udarbejder en helhedsvurdering.*

*Det medfører, at kvinden via egen læge henvises til hjertelæge, som undersøger hvorfor hun har hjertebanken. Kvinden behandles straks for hjertebanken, som skyldes et ekstra ledningsbundet og hjertebanken forsvinder og den angstdæmpende medicin fjernes.*

### **Case 2:**

*Her møder vi en kvinde på 80 år, der har været sengeliggende i toethalvt år. Hun har kun fået mad gennem en sonde, da dette var ordineret ved udskrivelsen.*

*Kvindens drøm er at komme op og sidde og spise selv og kigge på sine fugle ude i haven. Kvinden har fuldstændig mistet livsmodet og er totalt udtrættet af vedvarende diarreer (fire-seks gange dagligt).*

*Kvinden ligger i sin seng midt i stuen og vil ikke have sin sondemad, da hun mener at den er årsag til diarré. APN-sygeplejerske tilkobles og læser langt tilbage i samtlige journalnotater og finde tilbage til dengang beslutningen om sonden blev taget.*

*Det viser sig, at der er mulighed for, at denne kan fjernes. APN-sygeplejersken henvender sig derfor til diætist, og der træffes beslutning om, at kvinden kan tilbydes blød kost. Efter toethalvt år skal tyggemusklerne dog først genoptrænes.*

*Så derfor tilkobles ergoterapeut, som hjælper med denne genoptræning. Herefter går det stærkt. Nu sidder hun op og spiser almindelig let tyggelig kost og har genvundet sit livsmod.*

Hvor mange mennesker oplever mon sådanne forløb, hvor sundhedsvæsenets manglende sammenhængsevne og fælles ansvar for de svageste lader det enkelte menneske i stikken? Borgerne ligger i deres stuer i plejesenge og får ikke den bevågenhed og hjælp, de skal have, fordi ingen har tid og overskud til at gå i dybden med deres udfordringer. Denne gruppe borgere har ofte intet eller et meget svagt netværk at trække på.

## **Mellem stolene i vores specialiserede sundhedsvæsen**

Aalborg Kommune har fire APN-sygeplejersker, og der er kun ganske få uddannet i hele landet. "De er svaret på problemerne i det nære sundhedsvæsen," som en praktiserende læge udtrykte det. Det ser jeg også, men jeg anerkender også, at de er et lidt ulykkeligt svar på konsekvensen af det specialiserede sundhedsvæsens følgesygdomme. De samler de mennesker op, der helt fatalt ender mellem stolene i vores i øvrigt dygtige, men fragmenterede sundhedsvæsen.

APN-sygeplejerskerne kan ikke løfte denne opgave alene. De har gjort det tydeligt for mig, at der er en kæmpe opgave omkring disse borgere, som ikke får eller kan modtage velfærdsstatens sundhedsydelse.

Lige præcis her har vi – chefer og ledere i sundhedsvæsenet – vores allervæsentligste opgave, set fra mit perspektiv. Lad os på tværs af sektorer gøre noget for de to-fire procent mest sårbare. Lad os beslutte os for, at der skal sættes et tværfagligt team op omkring dem og beslutte, at der altid skal være en, der er ansvarlig for, at der skabes sammenhæng i ydelserne og behandlingen på tværs af sektorerne, altså mellem almen praksis, hospital og kommune.

## **Hvor er de to-fire procent meget udfordrede borgere?**

Vi kender disse borgere i den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje, så hvis vi skal identificere dem, skal vi blot spørge de udekørende sygeplejersker og assistenter. De kommer i disse borgeres hjem. Borgerne ser vi også genindlagt gang på gang, fordi der ikke er sammenhæng i behandlingerne af deres sygdomme, som oftest er en blanding af psykiatriske og somatiske problemstillinger.

Vi skal sikre en ensartet kvalitet på tværs af landet og på tværs af sociale skel, står der i opdraget til Sundhedsstrukturkommissionen. Det lyder fuldstændig analogt med det, jeg blev ansat til som sygeplejeforsker for 10 år siden. Kvaliteten skulle være ens på tværs af kommunen. Den gang var der forskel på kvaliteten af sygeplejen alt efter, hvor de dygtigste sygeplejersker var ansat. For eksempel var der forskel på, hvor lang tid sårhelingen tog.

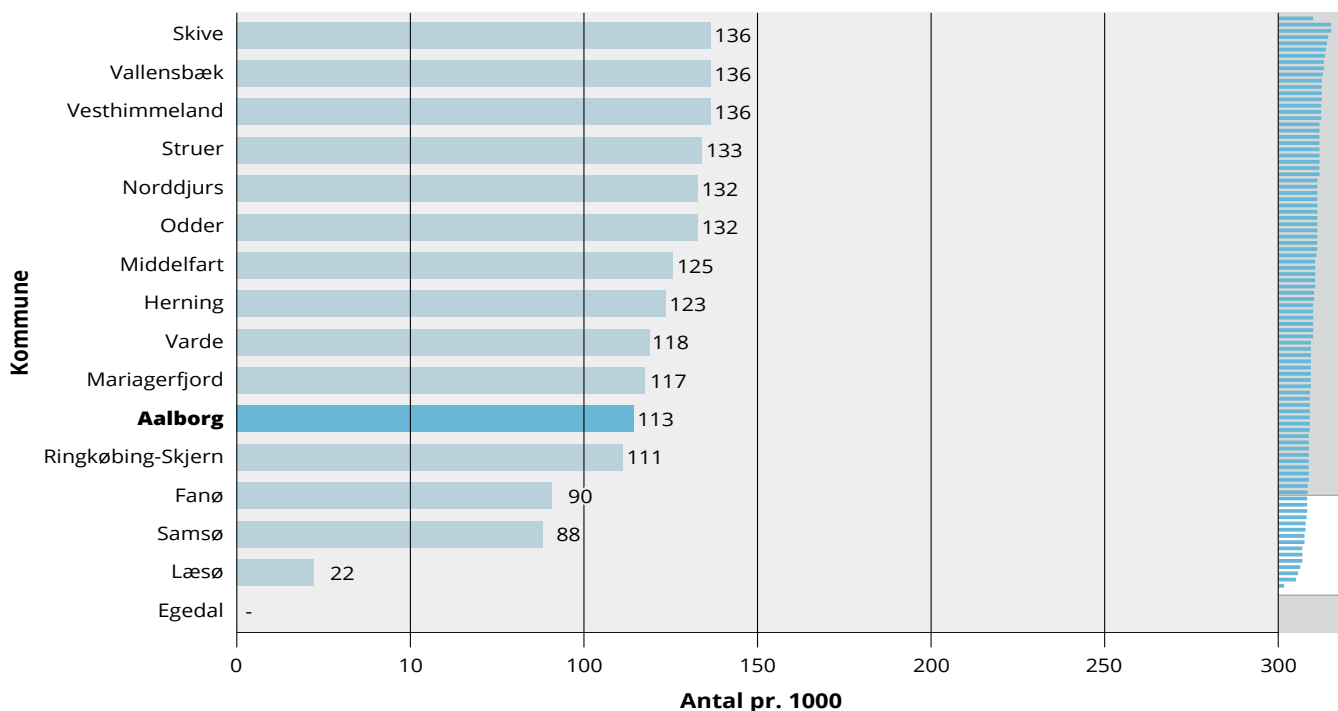
Nu underviser de dygtigste nøglepersoner alle de andre, kvaliteten er ens, og der arbejdes efter retningslinjer, uanset geografisk område. Det har vi altså kunnet opnå. Og vi er nu placeret som en af landets bedste i forhold til at forebygge indlæggelser, der sker på baggrund af forebyggelige diagnoser.

Dette er resultatet af en systematisk og rettidig faglig tilgang til borgerne og er funderet på et tæt samarbejde med de praktiserende læger og på tværs af forskellig faglig ekspertise i kommunen.

## Antal forebyggelige sygehusophold pr. 1.000 fordelt på kommuner

Enhed: Antal pr. 1.000 | År: 2021 | Kommune: Aalborg

Landspatientregisteret pr. 10. marts 2022 og EOJ-data 2021



### Kompetencer og fast struktur

Kvaliteten kan altså højnes og ensrettes.

I Aalborg Kommune vurderes alle borgere i forhold til deres habituelle tilstand initialt og løbende, og dette dokumenteres elektronisk. Borgerne vurderes ved alle besøg, og ved ændringer i borgerens tilstand henvender social- og sundhedshjælperen sig til en social- og sundhedsassistent eller til en sygeplejerske, typisk ved flere og mere alvorlige ændringer.

Medarbejderne mødes på tværs af fagligheder efter en fastlagt mødestruktur. Sygeplejersker mødes således med hjælpere og assistenter i de udekørende grupper og med

medarbejderne ude på plejecentrene til faste ugentlige møder, kaldet triage-møder.

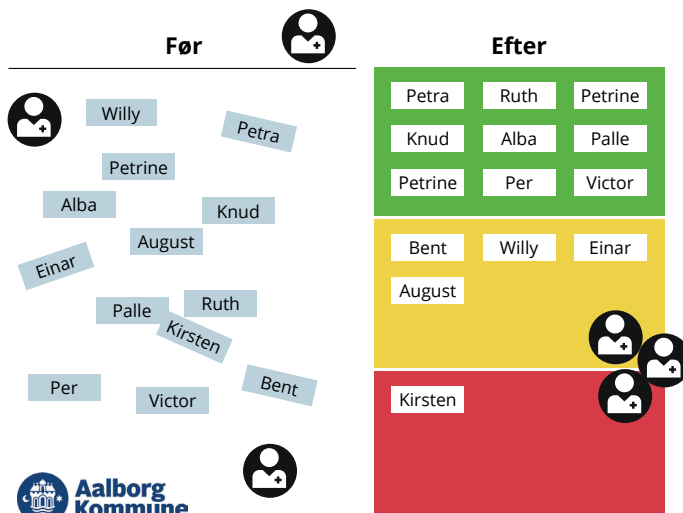
Her drøftes de borgere, der har få ændringer, de 'gule', og de borgere med flere og alvorligere ændringer, de 'røde', med henblik på at udarbejde en samlet plan for indsats for at undgå en indlæggelse. I kommunerne kaldes dette Tidlige Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS).

Alle sygeplejersker i Aalborg Kommune efteruddannes, når de ansættes. Det vil sige, at alle får kursus i akut udekørende sygepleje og kan udføre akutte udredninger (ABCDE) og score borgerne efter denne algoritme.

Kurset er udarbejdet sammen med det regionale Præho-

### Triagemodel

Borgerens tilstand	Handling
• Habitualtilstand	• Kontaktperson beskriver borgerens habitualtilstand i habituelskema
• En eller flere mindre ændringer i habitualtilstanden	• Ved bare én observeret ændring gives der tilbagemelding til social- og sundhedsassistent eller sygeplejerske • Borger seneste inden for 48 timer • Der udarbejdes en plejeplan
• Der er observeret markante ændringer i habitualtilstanden • Hospitalindlæggelse er truende • Aktuel udskrevet fra sygehus	• Ved markante ændringer gives der tilbagemelding til SSA og sygeplejersken • Sygeplejersken tilser borgeren hurtigst muligt og senest inden for 24 timer • Er tilstanden akut, bedes der om et »akut udekørende besøg« • Der udarbejdes en plejeplan



spitale Beredskab, og redskaber til udredningen er opbygget efter samme systematik og metodik, som der anvendes nationalt og internationalt. Det bevirker, at observationer kan overføres direkte fra hjemmesygeplejen og ind i akutmodtagelsen på sygehusene.

Der er et tæt samarbejde med de praktiserende læger. Når en sygeplejerske rekvireres til akut besøg af lægen, får hun samtidigt et mobilnummer direkte til lægen, og der aftales inden for kort tid, hvordan der skal ageres i den enkelte situation.

Vi arbejder kontinuerligt på at styrke samarbejdet ved at tale sammen, så snart der er problemer. Der er indført systematiske auditmøder, hvor et antal akut udekørende besøg gennemgås med henblik på at vurdere, om disse er forløbet efter retningslinjerne og hvilken effekt de har haft.

Vi ser her, at der ved syv ud af 10 borgere forebygges en indlæggelse ved hurtigt at få behandling sat i gang, og i tre ud af 10 tilfælde sker der en relevant indlæggelse.

Alle sygeplejersker kommer på introduktionsmoduler og undervises af uddannede nøglepersoner. Derudover har alle i starten en mentor, som kan gennemføre sidemandsoplæring.

"Det må være alt for dyrt". "Det kan I jo kun gøre, fordi I er en stor kommune". "Det er jo bare, fordi I kan rekruttere sygeplejersker" er nogle af de reaktioner, jeg bliver mødt med, når jeg fortæller om vores praksis i Aalborg kommune.

Jeg lægger øre til meget, men essensen er jo, at det ikke nødvendigvis er dyrt at gøre det rigtige i første forsøg, idet det sparer ressourcer på længere sigt og højner livskvaliteten for de borgere, vi skal hjælpe.

Når vi arbejder med at værne om den enkeltes faglige kompetencer og dermed faglige autonomi, så handler det om, at den enkelte skal have relevant faglig og ajourført viden og samtidig mulighed for at udføre sit arbejde i henhold til dette. Det giver en psykologisk tryghed hos medarbejderne, og det skaber igen trivsel og lavt sygefravær. Det gør så

i sidste ende, at vi kan udføre de opgaver, vi er ansat til at varetage med en ensartet høj kvalitet.

## Skab rum og giv en klar retning

Vi, der er ledere, skal turde værne om den faglige autonomi. Det handler både om at sikre, at den enkelte har viden og færdigheder, men også om at give medarbejderne reel mulighed for at udføre kerneopgaven. Vi skal som ledere og chefer gå forrest og sætte fagligheden først.

At yde omsorg og være tæt på syge mennesker, som lider, kræver noget af os som mennesker, og det kalder på og kræver en nænsom og empatisk ledelse. Den følelsesmæssige intelligens hos os, der er ledere, er altafgørende for, at vi rettidigt får holdt hånden under vores pressede sundhedsvæsen. De fagprofessionelle skal have tid til refleksion og faglig sparring, ellers tørrer de ud.

Jeg er bekymret for den faglige autonomi. Kan du ikke udføre dine opgaver, som du ved, du skal, og tør du ikke spørge, fordi der er travlt, så lagres der over tid psykologisk utryghed i den enkelte.

Psykologisk utryghed bor dør om dør med følelsen af skyld og skam, og lige ved siden heraf bor stressuhvret. Lad os hindre stress og mistroivsel hos medarbejderne ved at reagere rettidigt og værne om et fantastisk fælles sundhedsvæsen med de dedikerede og dygtige medarbejdere, som vi har.

Rettidig omhu er at give medarbejderne klar retning og tydelig ledelse. En ledelse, der stoler på og sikrer rum til faglighed, så den enkeltes faglige autonomi kan holdes intakt, og som sikrer, at ressourcerne anvendes, der hvor der er mest behov.

Vi skal sikre mulighed for, at medarbejderne kan fokusere på at hjælpe de særligt sårbare og tage faglig ledelse på at nedbringe uligheden i sundhed. Det kræver, at dem, der har særligt behov, får en særlig hjælp og garanteres en tovholder ved sin side.

# Forpligtende fællesskaber kan samle sundhedsvæsenet

Manglen på fælles fodslag hæmmer i dag en effektiv opgavedeling og en tydelig sammenhæng. Vejen frem kan være et forpligtende fællesskab – her er der fælles mål, kvalitetsstandarder, bindende aftaler, økonomiske incitamenter og et fælles populationsansvar, skriver Mickael Bech, medlem af Den Anden Kommission.



Af Mickael Bech

I en tid præget af stadigt øget pres og stigende kompleksitet er nødvendigheden af forpligtende fællesskaber mellem aktørerne i sundhedsvæsenet mere påtrængende end nogensinde. Forpligtende fællesskaber handler ikke kun om at nedbryde kendte siloer og ændre i den nuværende organisering, men om at etablere dybtgående og forpligtende samarbejder gennem ledelse på tværs, forpligtende kvalitetsstandarder, hensigtsmæssige økonomiske incitamenter og grundlaget for et reelt fælles populationsansvar. Jeg vil drøfte mulighederne for at samle hospitaler, kommuner og almen praksis i forpligtende fællesskaber uagtet hvilke strukturelle grænsedragninger, der bliver lagt i en eventuelt kommende reform.

Sundhedsstrukturkommissionen skal komme med bud på "...grundlæggende strukturelle forandringer, som er forudsætningen for at skabe fremtidens sundhedsvæsen". De seneste års debat om sundhedsvæsenets udfordringer påpeger med alt tydelighed, at vi har behov for et grundigt servicetjek af de strukturelle rammer, da den nuværende organisering står i vejen for at kunne løfte et fælles populationsansvar og sikre at behandling foretages på lavest effektive omsorgsniveau (LEON).

Et stigende antal ældre, flere kronikere og personer med multisygdom udfordrer den nuværende funktionsopdelte organisering med en høj grad af specialisering. Der mangler sammenhæng i behandlingsforløb, opgaverne løses i nogle tilfælde på et (for) højt specialiseringsniveau, og de mest specialiserede dele af sundhedsvæsenet vinder i kampen om ressourcerne. Vi ved, at strukturer og incitamenter påvirker samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører, men samtidigt er ændringer af disse ikke i sig selv en garanti for at forbedre samarbejdet.

Uagtet behovet for organisatoriske og strukturelle forandringer, så har vi behov for at styrke det forpligtende fællesskab mellem alle sundhedsvæsenet aktører, men hvad indebærer det og hvordan robustgør vi sundhedsvæsenet?

## Hvad kræver et forpligtende fællesskab?

Sundhedsvæsenets aktører bidrager hver især med væsentlige dele af det samlede sundhedstilbud, og i patientforløb er aktørerne gensidigt afhængige af hinanden. Praktiserende lægers ydelser påvirker hospitalerne. Kvaliteten i hjemmeplejen og på plejehjem påvirker kontakten til hospitalerne. Hospitalernes henvisning (eller mangel på samme) til genoptræningsprogrammer påvirker kommunerne.

Der er betydelig risiko for uenighed om, hvem der skal dække omkostningerne i behandlingsforløbet i den nuværende struktur. Dette kommer tydeligst til udtryk, når opgaverne flyttes rundt mellem aktører, eller ved grænsedragning mellem behandlingsredskab og hjælpemiddel.

Aktørerne mangler kendskab til hinandens kompetencer og tilbud, og der er især et dårligt kendskab til kommunale tilbud, som gør at hospitaler og praktiserende læger ikke i tilstrækkelig grad henviser til tilbud i kommunerne. Der er



variation i, hvilke opgaver de enkelte praktiserende læger løser, og hvilke de ikke løser. Dette er blot nogle få eksempler på variationer og mangel på fælles fodslag, som hæmmer en effektiv opgavedeling mellem aktørerne og en tydelig sammenhæng.

I et forpligtende fællesskab er de involverede parter enige om flere vigtige elementer, herunder:

- **Fælles mål:** Parterne arbejder mod de samme overordnede triple aim mål om høj kvalitet i behandling, høj borgeroplevelse kvalitet og lavest mulig omkostning per borger. Målene er oversat for de enkelte parter, og implikationerne heraf er afstemt mellem parterne.
- **Kvalitetsstandarder:** Der fastlægges klare kvalitetsstandarder, der sikrer, at behandlingen lever op til visse minimumsniveauer af kvalitet og sikkerhed. Kendte og efterlevede kvalitetsstandarder muliggør effektiv arbejdsdeling, hvor opgaverne placeres efter LEON-princippet.
- **Bindende aftaler:** Der indgås bindende aftaler om, hvilke opgaver hver part skal udføre, og hvordan samarbejdet skal struktureres. Dette skaber klarhed og ansvarlighed i forhold til hver parts rolle og ansvar.
- **Økonomiske incitamenter:** Designes så de fremmer samarbejde i stedet for konkurrence – eller i værste fald modarbejdelse. Dette kan ske ved at have fælles midler som fordeles ud fra hensynet om at nå fælles mål eller fælles gevinstdeling for effektive opgavefordelinger og -løsninger.
- **Fælles populationsoverblik:** Alle parter har adgang til og deler information om den fælles population, hvilket gør det muligt at identificere behov, risikofaktorer og muligheder for forebyggelse og tidlig intervention.

Sammen skaber disse elementer rammebetingelserne, hvor aktørerne kan samarbejde effektivt, men hvordan adskiller det sig så i den nuværende situation, og hvad skal der til? Lad mig bruge almen praksis, da almen praksis er helt central for sammenhængen i det samlede sundhedsvæsen.

## Forpligtende fællesskaber med almen praksis

Almen praksis er reguleret og styret af overenskomsten mellem PLO og Danske Regioner, som specificerer de grundlæggende præmisser for opgavevaretagelsen i almen praksis. På nogle områder er den nuværende overenskomst forbavsende præcis mht. takster for udspecificerede ydelser, men på en lang række punkter er der forbavsende upræcise krav til, hvilke ydelser en almen praktiserende læge er forpligtet til at levere. Flere af ovenstående elementer mangler derfor.

I forbindelse med Honorarsstrukturrådet for almen praksis' rapport udarbejdede Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) et udkast til en 'common trunk', som klargør opgavevaretagelsen for almen praksis (Honorarsstrukturrådet,

2023). 'Common trunk' er en beskrivelse af standardydelser, som kan leveres af alle alment praktiserende lægehuse, med faglige standarder for undersøgelser, behandlinger og udstyr, samt generelle principper for tilrettelæggelse af arbejdet i almen praksis ud fra hensynet til gode patientforløb og principper for snitfladerne/arbejdsdelingen i forhold til andre aktører i sundhedsvæsenet.

Beskrivelse og håndhævelse af en 'common trunk' for almen praksis vil være et skridt i retning af ensartede kvalitetsstandarder og bindende aftaler om opgaveløsningen, som sikrer at almen praksis er en del af et forpligtende fællesskab med de øvrige parter i sundhedsvæsenet.

På nuværende tidspunkt kan praktiserende læger ud fra den nuværende honorarstruktur vælge at varetage opgaver eller vælge at lade være, hvis de fagligt eller økonomisk ikke ønsker at varetage udvalgte opgaver. Dette indebærer, at der er tvivl om, hvilke opgaver det enkelte lægehus dækker, hvilket er en barriere for at udbygge kapaciteten i almen praksis som sektor.

Man kunne fint bruge samme argument for de privatpraktiserende speciallæger, hvor udbygning med flere privatpraktiserende speciallæger i flere dele af landet kunne være hensigtsmæssigt, men det betinger en tydeligere fælles forpligtende aftale med bindende aftaler om opgaver, så det aflaster og spiller sammen med de øvrige dele af sundhedsvæsenet i et forpligtende fællesskab.

## Forpligtende fællesskaber med kommunerne

På samme måde som almen praksis spiller kommunerne en afgørende rolle i sundhedsvæsenet. Dog er der også områder, hvor den eksisterende struktur og aftalegrundlaget kan blive mere præcist defineret for at styrke forpligtende fællesskaber og samarbejde på tværs af aktører.

Kommunernes ansvarsområde er reguleret gennem hhv. Sundhedsloven og Serviceloven. Disse love specificerer opgaverne og ansvarsfordelingen mellem kommunerne og regionerne. Der er imidlertid betydelige uklarheder eller variation i, hvilke opgaver kommunerne er forpligtede til at udføre, og hvordan samarbejdet mellem kommunerne og andre af sundhedsvæsenets aktører skal være struktureret.

Ligesom i tilfældet med almen praksis kan indførelsen af mere præcise og faglige standarder for kommunernes opgaver og ansvar være afgørende for at opbygge forpligtende fællesskaber i sundhedsvæsenet. En 'common trunk' for kommunerne kunne omfatte klare retningslinjer for, hvilke ydelser der forventes leveret, faglige kvalitetsstandarder for mål og krav, samt principper for samarbejde med andre sundhedsaktører, herunder regioner og praksissektor.

På nuværende tidspunkt kan der være variationer i, hvordan forskellige kommuner løser opgaver og hvilke opgaver de dækker. Dette kan skabe uklarhed om, hvad borgerne kan forvente, og skaber en vis usikkerhed omkring

samarbejde på tværs af sektorer. Derfor er etableringen af kvalitetsstandarder og bindende aftaler om opgaveløsningen et vigtigt skridt i retning af at skabe mere sammenhængende og forpligtende fællesskaber inden for sundhedsvæsenet.

## Revideret opgavedeling kræver kapacitet og kapabilitet

Opgavepresset på alle dele af sundhedsvæsenet er stort og stigende, men presset vil relativt være meget større på kommunerne. Hvis kommunerne skal lykkes med at imødekomme det demografiske pres, så kræver det, at kapaciteten øges. Hvis kommunerne ydermere skal leve op til kvalitetsstandarder, så kræver det en yderligere udbygning af kapabiliteten (Fournaise m.fl. 2023).

Kapacitet handler om at sikre tilstrækkelig kvalificeret personale af en type, som kommunerne har ansat på nuværende tidspunkt. Kapabilitet handler om at have de rette kompetencer til at udfylde ensartede kvalitetsstandarder, hvilket kan udbygges på flere måder, eksempelvis ved:

- Kommunerne opbygger selv kompetencerne inden for egen kommune. Eller en række kommuner går sammen i fælleskommunale løsninger, hvis de ikke fagligt eller økonomisk bæredygtigt selv kan leve op til en kvalitetsstandard.
- Hospitaler og almen praksis stiller – i bindende aftaler – ressourcer til rådighed. Det kunne være i form af læger, specialiserede sygeplejersker eller call-funktioner, som understøtter kommunale enheder. Denne type tilgang kendes delvist fra plejehjemslæger, 72 timers behandlingsansvar, eHospitalet mv. Det kan også være ekspertise på hospitalerne, som stilles til rådighed for de alment praktiserende læger.
- Fælles uddannelses- og træningsprogrammer, som styrker kompetencerne og den gensidige forståelse på tværs af aktørerne.
- Fælles (fysiske) faciliteter med en reel integration af funktioner og opgaveløsning på tværs af aktører.

Disse løsningstilgange bruges delvist allerede nu, men med en betydelig variation og uensartethed. Der savnes en samlet plan og rammebetingelser, som opfylder alle de fem skitserede centrale elementer for et forpligtende fællesskab.

## Fælles populationsansvar og -overblik

Der kan være flere måder at forstå fælles populationsansvar på. Et bud på en definition kunne være følgende:

Fælles populationsansvar indbefatter koordination af indsatser og programmer mellem alle de relevante aktører, som påvirker befolkningsgruppens sundhed og behandling af sygdom ud fra befolkningsgruppernes forskellige behov og risiko for sygdom og sygdomsforværring (Steenkamer m.fl. 2017). Dette forudsætter flere centrale elementer, her-

under deling af data og viden på tværs af enheder, som giver en samlet forståelse af patientpopulationens behov og giver mulighed for at identificere trends, risikofaktorer og sårbare grupper.

Mulighederne for at omsætte populationsansvar og -overblik til konkrete handlinger involverer en række aktiviteter og en analytisk kapacitet, som ikke er til stede på nuværende tidspunkt. Det involverer bl.a. (Steenkamer m.fl. 2017, Struijs m.fl. 2015):

- **Fælles blik på hele populationen.** Fælles overblik over en populations socio-demografi og fordelingen af sygdom og træk på sundhedsydelse inden for hele sundhedsvæsenet på tværs af hospital, almen praksis og kommune.
- **Risikostratificering.** Fælles blik på segmentering af befolkningsgrupper med forskellige typer af behov og identifikation af særlige risikogrupper og grupper med særlige forbedringsmuligheder.
- **Evaluering og monitorering på tværs.** Udvikling af fælles muligheder for løbende at følge og monitorere indsatser og programmer på tværs af aktører.
- **Kvalitetsudvikling og -sikring på tværs.** Udvikling af fælles rammer for kvalitetsudvikling og -sikring af forløb og indsatser på tværs, som giver mulighed for fælles opfølgning og læring.

Vi kunne hente inspiration fra Canada til udmøntning af populationsansvar. Der har de opbygget en analytisk kapacitet i noget, der ligner vores sundhedsklynger, til at give et populationsoverblik og oversætte dette til klinisk relevant viden, så programmer og forebyggende foranstaltninger kan målrettes til populationens behov.

En central tanke i fælles populationsansvar er, at aktører ikke blot tager ansvar for sygdom, men at de også i fællesskab går fra reaktiv behandling til proaktiv forebyggelse af indlæggelser og sundhedsfremme. Ved at dele data og viden om patientpopulationsbehov kan aktørerne samarbejde og målrette indsatser, som forebygger aktivitet i det sekundære sundhedsvæsen efter LEON-princippet og forbedrer befolkningens sundhedstilstand som helhed.

## Ledelse på tværs af enheder

Afslutningsvis vil jeg blot nævne behovet for at styrke ledelseskapabiliteten i sundhedsvæsenet. Uanset hvor gennemtænkt og god en kommende sundhedsstruktur kan indrettes, så vil enhver organisatorisk struktur udfordre med organisatoriske grænseflader. Det er derfor afgørende at styrke tværgående ledelse for at sikre effektivitet og sammenhæng. Ledere skal kunne arbejde på tværs af egne organisatoriske grænser ved at udvise åbenhed, samarbejdsvilje og evne til at forstå og respektere forskellige enheders kulturer og mål.

De skal have evnen til at skabe en fælles vision og mål for hele sundhedsvæsenet, fremme kommunikation og koordinering mellem forskellige enheder samt håndtere

konflikter konstruktivt. Tværgående ledelse kræver også evnen til at navigere i komplekse politiske og økonomiske strukturer og at kunne tilpasse sig hurtigt skiftende forhold for at levere den bedst mulige opgaveløsning på tværs af organisationer.

Ledere på alle organisatoriske niveauer skal have evnen

til at udmønte forpligtende fællesskaber i praksis, hvor de kan tænke strategisk og handle ud over deres egen organisatoriske enhed. Dette vil kræve, at ledere bliver opfordret og understøttet i at tænke ud over egen enhed, samt et nyt ledelsesmæssigt mindset med blik for det samlede sundhedsvæsen.

## REFERENCER

- Fournaise, A., Andersen-Ranberg, K., Lauridsen, J. T., Espersen, K., Gudex, C., & Bech, M. (2023). Conceptual framework for acute community health care services – Illustrated by assessing the development of services in Denmark. *Social Science & Medicine*, 324.
- Honorarstrukturrådet for almen praksis (2023). Forenkling og faglighed med fokus på patienten – Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis.
- Steenkamer, B.M. et al., (2017). Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature. *Population Health Management*, 20(1): 74–85.
- Struijs, J.N. et al., (2015). How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework. *Health Policy*, 119(4): 522–529.

# Civilsamfund og sundhedsvæsen kan sammen skubbe til vilde problemer

Skal vi lykkes med et mere nært og forebyggende sundhedsvæsen, så handler det også om mod og vilje til at arbejde sammen med os i civilsamfundet. Vi er også tæt på mennesker i hverdagen, skriver Charlotte Bach Thomassen, landsformand for DGI.



Af Charlotte Bach Thomassen

Alle taler om forebyggelse, om et bæredygtigt sundhedsvæsen og om vigtigheden af tidlige og rettidige indsatser. Også selvom forebyggelse i sundhedsvæsenet udgør en forsvindende lille del af den samlede økonomi til både sundhed og forskning.

Blikket hos de fleste beslutningstagere bliver fjernt, når samtalen falder på at afsætte flere penge til forebyggende aktiviteter eller mere forpligtende aftaler på tværs af aktører om nye veje for sundhedsvæsenet. Nu er sundhedsstrukturkommissionen nedsat, og stregerne skal sættes administrativt og politisk med afsæt i Sundhedsministerens sigtelinjer. Men civilsamfundet er ikke nævnt i kommissionens sigtelinjer.

Derfor står vi, der arbejder med sundhed og trivsel uden for væsenet, forsigtigt afventende, men vi vil så gerne gøre diskussionen større og bredere.

## Samarbejde stiller krav til ledelse

Vi har den største respekt for de erkendte udfordringer, der nu igen adresseres med sundhedsstrukturkommissionen; blandt andet et fokus på borgerens rejse på tværs af enheder og sektorer. Vi vil ikke skygge for diskussion om borgerens vej gennem systemet til mere sundhed, men vi vil meget gerne bidrage til, at rejsen bliver bedre og også går i retning af aktiviteter uden for systemet.

Skal vi lykkes med et mere nært og forebyggende sundhedsvæsen, så skal dialogen også handle om mod og vilje til at sikre et rum til tværfagligt samarbejde. Ikke kun internt, men også ud af den offentlige sektor og sundhedsvæsenet specifikt.

## Tættere samarbejde er en bunden opgave

Det er en offentlig hemmelighed, at bevægelse, idræt og motion er sjovt og sundt. Samtidig er det veldokumenteret og anerkendt, at deltagelse i lokale foreningsfællesskaber styrker vores fysiske, sociale og mentale sundhed.

I DGI arbejder vi hver dag med at udvikle og forstærke det frivillige foreningsliv og sænke barriererne for at dyrke motion. Vi uddanner årligt flere end 30.000 frivillige trænere og ledere. Det gør vi ofte med afsæt i forskningsbaserede tilgange til, hvordan trænere og instruktører kan fremme kropslige forudsætninger og skabe en kultur i idrætsforeningen, hvor så mange som muligt motiveres til at være aktive.

Flere end nogensinde før er i dag medlem i en idrætsforening. Det betyder, at flere danskere bevæger sig, men forebyggelsespotentialet er endnu større. Vi kan skubbe til vilde problemer, måske endda løse dem, hvis vi i civilsamfundet samarbejder tættere med sundhedsvæsenet om forebyggelse og sundhedsfremme.

## En fælles ledelsestilgang er nødvendig

Vi må skabe en fælles ledelsestilgang mellem civilsamfundet og særligt det nære sundhedsvæsen. Mit ærinde er ikke en ny uddannelse eller mere bureaukrati, men at en leder i det nære sundhedsvæsen har en frihed til med sin faglighed at samarbejde mere med os.

Jeg er her både nysgerrige og søgende på, hvordan vi

kan forstå hinanden bedre. Hvordan offentlige ledelser i sin praksis får en frihed og faglighed til at træffe beslutninger, som med borgeren som omdrejningspunkt bygger en bro til aktiviteter og tilbud i civilsamfundet.

Det oplever vi sker i alt for lille og tilfældigt omfang i dag.

I idrætsforeningerne får vi ikke alle med uden samarbejde og hjælp fra de dygtige og dedikerede fagprofessionelle i sundhedsvæsenet, som har kontakten med netop de borgere, der ikke af sig selv finder vej til den lokale forening. Der er borgere, der vokser op og lever med kendte risikofaktorer og vender tilbage som behandlings- eller plejkrævende igen og igen.

Det er eksempelvis sundhedsplejen, der er i familiernes hjem og kender barnet. Det er fysioterapeuten, der træner borgeren efter en operation, der kender til et sygdomsforløb. Det er også ledelsen, måske en distriktsledelse i kommunen, der kan se, at der i et geografisk område vil være behov for flere stærke og forebyggende foreningstilbud de næste ti år.

Værdien af det samarbejde og hvad jeg kan se, der skal til, kommer jeg ind på.

### **Fritidsaktiviteter og trivsel for overvægtige børn**

Et eksempel på samarbejdende ledelse er indsatsen Jump4fun, der er målrettet børn med overvægt og andre udfordringer. Børn, der oplever stigmatisering, dårlig trivsel og en øget risiko for følgesygdomme. Typisk oplever disse børn også nederlag i skolen. Jump4fun er en hold- og træningsaktivitet i et samarbejde mellem idrætsforeningen, Julemærkehjem, den kommunale sundhedspleje og regionernes overvægtsambulatorier.

Lige nu har vi Jump4fun-samarbejder i 39 kommuner. Opsporingen af børnene er vi fælles om, og det virker. Evalueringer blandt børn og forældre viser, at børnene oplever glæden ved bevægelse og får nye venner i fritiden via den lokale idrætsforening.

Samarbejdet fungerer forbilledligt mange steder, hvor der er ejerskab og en lokal ledelse med rum til at prioritere samarbejdet. Andre steder strander det desværre på grund af mangel på ressourcer og manglende prioritering af et forpligtende samarbejde.

### **Aktive seniorer tager ansvar for hinanden**

Et andet eksempel på samarbejde er inden for senioridræt. Seniorerne bliver flere og flere. De står i forskellige livsfaser fra ny-pensionist, der vil realisere sig selv i nyt livskapitel, til rutineret senior med faste planer i hverdagen. Dertil kommer de seniorer, som har brug for hjemmepleje, hjemmesygepleje og aflastning.

I DGI arbejder vi særligt for stærke motionsfællesskaber for seniorer i de førstnævnte seniorfaser. Vi har specifikke uddannelser til frivillige trænere og instruktører, der for eksempel varetager naturtræning for gigtpatienter eller bevægelsesaktiviteter for borgere med demens. I uddannelsen målrettet gigtpatienter tager Gigtforeningen et stort med-

ansvar og er med til at skabe en bro mellem borgeren som patient i et sundhedssystem og borgeren som deltager i en forening.

Og nu, hvor vi taler om broer, så er netop overgang afgørende for at indfri et uforløst forebyggelsespotential. Hvorfor lader vi ikke en fysioterapeut følge Hr. Jensen ind på et målgruppespecifikt foreningshold, når han er ved at afslutte et kommunal rehabiliteringsforløb? Med fysioterapeuten følger trygheden med, så Hr. Jensen reelt ikke slippes til fordel for sofaen, men i stedet hjælpes over i et aktivt lokalt motionsfællesskab med andre i samme situation. Selve rehabiliteringsforløbet kan også foregå i den lokale idrætsforening, så skiftet fra lokaler og evt. instruktører kan reduceres eller måske helt undgås.

Civilsamfundet og de mange forskellige foreninger henter inspiration i trends og tendenser – også fra sundhedsvæsenet – i udviklingen af vores kerneaktiviteter. Tænkt, hvis også sundhedsvæsenet hentede inspiration i civilsamfundet og det lokale foreningsliv. Det ville være et rigtig godt udgangspunkt for et forpligtende samarbejde.

### **Et bæredygtigt sundhedsvæsen starter udenfor systemet**

Hvis vi vil have et "bæredygtigt og nært sundhedsvæsen, hvor netop borgerne har let adgang til sundhedstilbud og hvor langt flere borgere bliver mødt..." og her stopper jeg sætningen fra sundhedsstrukturkommissionens sigtelinjer for indretning af fremtidens sundhedsvæsen.

Jeg stopper sætningen ved ordene "bliver mødt". For i mødet med mennesker er foreningsdanmark verdensmester. Det gode møde mellem en engageret frivillig instruktør og aktive borgere motiverer og styrker den enkelte, for eksempel til vedligeholdelsestræning i en forening, når sundhedsvæsenet har sluppet borgeren.

Lykkes vi med den type samarbejder, vil vi forlænge og styrke borgerens funktionsevne og værdien af kommunens rehabiliterende indsats og sandsynligvis også den regionale behandling på et sygehus.

I samarbejdet forlænges og forstærkes værdien af offentlig velfærd. Det vigtigste i samarbejdet om rehabilitering er, at vi sammen forebygger, at borgeren igen får brug for behandling og hjælp. Det kan vi gøre ved at sikre aktive fællesskaber tæt på den enkeltes bopæl.

Eksemplet findes faktisk allerede. I eksempelvis Brønderslev, hvor vi med Bevæg Dig For Livet-aktiviteter har god succes. Bevæg Dig For Livet er en fælles vision mellem DGI, Danmarks Idrætsforbund, en række kommuner, foreninger og lokale aktører om flere idrætsaktive danskere. Vi samarbejder med afsæt i strategiske mål og attraktive aktiviteter, der får flere med i fællesskaberne. Det er borgmesteren, der i kommunen sidder for bordenden og sikrer politisk og administrativ ledelse på tværs af fagområder.

### **Grænser for styring eller nye styringsveje**

Diskussionen om, hvordan vi udbreder lokale succeshisto-

rier i en større skala, er langt fra ny. Vi har ikke kliniske retningslinjer eller standardiserede forløb i foreningsregi – og skal ikke have det. I civilsamfundet leverer vi ikke lovbestemte visiterede ydelser, men vi kan samarbejde på tværs af sektorer, bøje os mod hinanden og lave forpligtende aftaler med fælles mål for borgernes sundhed og trivsel.

Vi ved, at det er rigtigt svært for et menneske i sårbare livssituationer selv at opsøge samfundets muligheder. Det gælder også civilsamfundets. Det er derfor vigtigt, at sundhedsvæsenets ledelser og den enkelte medarbejder har et rum til først at slippe en borger, når man har fået en kontakt eller fået præsenteret civilsamfundets muligheder, når dette er muligt og gavnligt.

Vi vil gerne forpligte os til at samarbejde flere steder om fællesskaber og træning for særlige målgrupper – mennesker med funktionsnedsættelse, kronisk lidelse, psykisk sygdom med videre.

Vi vil gerne "forstyrre" sundhedsvæsenet gennem samarbejde, ligesom det nære sundhedsvæsen skal skubbe til os.

Igen er ledelse et nøgleord. Når vi samarbejder strategisk og praktisk om den viden, vi hver især har, data fra undersøgelser og evalueringer, og den infrastruktur vi har, der retter sig mod deltagere og borgere, kan vi skabe stor effekt. I civilsamfundet vil vi ikke være en dårlig kopi af høj faglig kvalitet, der allerede findes i sundhedsvæsenet regionalt og kommunalt. Vi ønsker at samarbejde med afsæt i det, som vi hver især er bedst til og derigennem afsøge nye modeller og metoder.

Og lad os inspirere og bruge de nationale partnerskaber og alliancer, som vi allerede ser ansatser til hos for eksempel Sundhedsstyrelsen, der i programmet "Fælles om Ungelevet" netop ønsker at udbrede fælles tilgange til forebyggelse på tværs af kommuner.

Vi skal bygge flere broer og samarbejde om ledelse. Et bæredygtigt sundhedsvæsen skabes gennem deltagelse, medbestemmelse og ansvar. Potentialer og perspektiver i tættere samarbejde mellem sundhedsvæsen og civilsamfund er store.

# Her er eksperimentet, som jeg som cheflæge godt kunne drømme om at prøve

Sundhedsvæsenet er svinget langt i retning af standardisering, specialisering og centralisering – og nu efterspørges modpolen i form af frisættelse, nærhed og bæredygtighed. Et konkret bud kunne være at etablere tværfaglige, tværregionale teams, som ikke blot skal forholde sig til faglig udvikling og retningslinjer, men også til drift, kapacitet, uddannelse, forskning og det tværsektorielle samarbejde, skriver cheflæge Marie Storkholm, medlem af Den Anden Kommission.



Af Marie Storkholm

Kvaliteten i det danske sundhedsvæsen er løftet over de sidste 20 år, og samtidig er presset på personalet steget markant. Vi kan og vil utrolig meget godt for borgere og patienter. Samtidig tegner der sig et dystert billede af fremtiden med et stigende misforhold mellem behovet for udredning, behandling og pleje og det personale, som skal løfte opgaven. "Vi kan ikke rekruttere os ud af problemet", lyder det i kommissoriet for sundhedsstrukturkommissionen.

Trods reformer, investeringer og modernisering matcher sundhedsvæsenets organisering hverken den rivende udvikling af behandlingsmuligheder, medicinske landvindinger eller befolkningens efterspørgsel. Det er en ubalance, der er

stærkt medvirkende til, at stor andel af personalet i sundhedsvæsenet oplever symptomer på udrændthed. De røde alarmlamper blinker, og der er akut brug for transformation af det danske sundhedsvæsen og en mere bæredygtig organisationskultur.

Politikerne ønsker mere sammenhæng på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, patienten i centrum, høj kvalitet, frie valg og rettigheder – og så skal det være nært og bæredygtigt. De gode løsninger skal udvikles i fællesskab og udbredes hurtigt. Det er gode ambitioner, og der er et kæmpe potentiale i at bringe den opgave i spil blandt vores dygtige medarbejdere.

## Centralisering, specialisering og fragmentering

Siden strukturreformen i 2007 har sundhedsvæsenet været i en rivende udvikling i retning af at blive mere centraliseret, specialiseret og digitaliseret. Vi har fået mere moderne elektroniske patientjournaler og fået faglige retningslinjer, der er tilgængelige på nettet for alle.

Hurtigt og langt mere effektivt kan vi orientere os i patienternes forløb på sygehusene og slå de nyeste og ensrettede faglige retningslinjer op.

Udredning, behandling og pleje er i høj grad blevet standardiseret, og der er sket en stor faglig udvikling. Kvaliteten er steget, og flere overlever f.eks. kræftsygdom, og den gennemsnitlige liggetid på sygehuset er reduceret markant. Succesen er uden tvivl multifaktoriel, og baggrunden for forbedringerne er meget andet end blot de strukturelle ændringer.

Vi har i Danmark 21 akutsygehuse, og på den lægelige side er der 37 specialer med omkring 1.000 specialfunktioner. Specialfunktionerne udgør ca. en tiendedel af alle sygehusopgaverne, de øvrige 90 pct. foregår på hovedfunktionsniveau, det vil sige at de kan varetages af alle speciallæger i Danmark. De fleste specialer har underopdelt sig i mindre subspecialer, og fragmenteringen ses inden for alle lægelige

specialer. Et bærende princip i specialeplanlægningen har været, at "øvelse gør mester" og at der er en (lineær) sammenhæng mellem volumen, robusthed og kompetence.

Subspecialiseringen har medvirket til en forbedret kvalitet, da fokuseret erfaring og fordybet viden kommer patienten til gode, særligt for komplekse og sjældne tilstande. Flexibiliteten i opgaveløsningen for den brede population risikerer dog at falde. Fokus kan blive for snævert og blikket for hele patientens tilstand og situation tabes potentielt. Som når den multisyge bliver katebold mellem forskellige specialambulatorier, eller når patienten med en basal problematik udredes på et unødvendigt højt specialistaniveau. Det tager lang tid at uddanne en subspecialist, og ulige adgang til specialistviden kan opstå i dele af landet, som har svært ved at rekruttere.

Effektivisering gennem såkaldte stordriftsfordele (fusioner) og styring, som er funderet i det økonomiske fagområde, har dannet basis for en lang række strukturelle ændringer siden 2007.

Det er velkendt, at effektivisering og fusioner er psykologisk slidssomme for personalet, arbejdspresset opleves som stigende, og sygefravær og graden af symptomer på udbrændthed stiger.

Standardiseringen og ensretningen af udredning, behandling og pleje har øget kvaliteten, men har desværre også været medvirkende til en del spild af ressourcer. Frygten for at begå fejl har ført den defensive medicin med sig. Hellere en undersøgelse for meget end at skønne forkert, afvige fra retningslinjen og risikere en klagesag.

Vælg Klogt-initiativet beskriver, at vi i de vestlige lande bruger mange ressourcer på overflødige undersøgelser og behandlinger, f.eks. dyre MR-scanninger, der ikke har klinisk konsekvens for patienter med lænderygsmærter. I Danmark er ca. 20 pct. af det, vi bruger ressourcer på, i bedste fald overflødigt og i værste fald skadeligt for patienterne.

## Hvor starter vi?

Mens vi kan glædes over alle forbedringerne i kvalitet og effektive, strømlinede patientforløb, må vi samtidig se virkeligheden i øjnene. Vi har på sygehusene svært ved at imødekomme de forventninger, som patienter og politikere stiller til os. Servicemålene, udredningsret, behandlingsgaranti, kræft- og hjertepakker er vanskelige at overholde på grund af personalemangel og en stram økonomisk ramme. En del af målene er tillige fagligt omdiskuterede og anses ikke af alle fagprofessionelle som fornuftige.

Forskningen viser, at effektivisering og centralisering gennem f.eks. fusioner af afdelinger og sygehuse sjældent resulterer i de effektiviserings- og økonomiske gevinster, som var tiltænkt. Stress og udbrændthed er en del af hverdagen i det danske sundhedsvæsen, ca. 30-40 pct. af personalet har belastningssymptomer. Pendulet er svinget langt i retning af standardisering, specialisering og centralisering og nu efterspørges modpolen i form af frisættelse, nærhed og bæredygtighed.

Vi har akut brug for iltmasken og at frisætte det potentiale, som findes i at bringe engagerede fagprofessionelle tæt ind i maskinrummet omkring fremtidens sundhedsvæsen.

Her skal vi have fat i noget andet end økonomisk teori, nemlig teorier om arbejdsglæde, motivation, adfærdsendring og organisatorisk læring. Strukturelle ændringer kan ikke stå alene uden et motiveret personale og en bæredygtig kultur. Kulturen i sundhedsvæsenet skal sikre, at ledere og medarbejdere trives. Autonomi og involvering, kompetenceudvikling, mening og fællesskaber er kerneområder at fokusere på, hvis vi skal lykkes i nye strukturer.

## Druknet i ventelister

Netop disse kerneområder er aktuelt nødlidende, måske som en utilsigtet "bivirkning" til de seneste 20 års udvikling. Jeg bruger her en case fra mit eget fag til at illustrere problemstillingen.

I Region Midtjylland har vi årligt ca. 8.000 ambulante besøg og ca. 1.200 operationer inden for det uro-gynækologisk subspeciale, hvor vi typisk undersøger og behandler kvinder med inkontinens og nedsynkning af bækkenorganerne. Patienterne fordeles via en fælles visitation-enhed inden for 30 dages udredningsret og ses på fem sygehuse. Udredning, behandling og kontrol varetages af subspecialister, fire på Aarhus Universitetshospital (AUH) og to på hver af de øvrige akutsygehuse.

Sammen med læger under uddannelse ser disse 12 læger alle patienter henvist fra vores population, og derudover passer de vagter og opererer. Lægerne ser også patienter uden for deres subspeciale, varetager uddannelse af studerende og kommende kollegaer samt forskning og kvalitetsudvikling. En tilsvarende organisering findes inden for en lang række subspecialer i det danske sundhedsvæsen.

Organiseringen er sårbar. For hvad sker der, når en eller to af de 12 specialister bliver langtidssygmeldte, rejser til en anden region, tager ud i det private eller går på pension det samme år? Ja, så bliver der ventetid, og det er de andre læger, som alene skal trække et større læs. Tiden går typisk fra kvalitetsudvikling og forskning – netop den tid, som skulle bruges på at tilpasse patientforløb til det nære og kloge sundhedsvæsen.

Subspecialisten står potentielt meget alene med et fagområde og en rødglødende venteliste, og ansvaret er stort og tungt. Ofte løber den enkelte stærkere, og en negativ spiral kan begynde. Det kortsigtede behov for at håndtere patienterne på ventelisten overskygger det langsigtede behov for at transformere og sikre, at vi vælger klogt og udreder og behandler nært, og personalet oplever sig pressede – i værste fald som ansatte ved et samlebånd, og kommer i risiko for at brænde ud.

I Region Midtjylland findes ellers en visionær, tværsektorielt udarbejdet forløbsbeskrivelse fra 2021, som angiver at den primære basale udredning og behandling af uro-gynækologiske problemstillinger bør foregå i primær praksis, hos praktiserende gynækolog eller i kommunalt regi.



De kommunale inkontinensklivikker varetager udredning og basal behandling i samarbejde med almen praksis. Det er nært, klogt og bæredygtigt, men samarbejdet er desværre ikke særlig veletableret. Transformationen sker ikke af sig selv, selvom den gode forløbsbeskrivelse findes. Der skal ændres vaner og adfærd.

Lignende eksempel findes inden for de fleste specialer, og tendensen til at løbe stærkere på den korte bane ses i alle personalegrupper og afkroge af sundhedsvæsenet. Områder der oplagt kan transformeres, kloge valg som kan sættes i system og svære samtaler som kan tages – der er et potentiale at forløse. Løsningerne udvikles aktuelt ofte i siloer af ildsjæle og engagerede team. Som bekendt er spredningen typisk langsom, og det kan tage år, før den gode løsning fra en afdeling tilpasses og bliver hverdag for de fleste.

### **Tværgående teams med populationsansvar?**

For at vi kan transformere det danske sundhedsvæsen til en bæredygtig fremtid har vi brug for at få det lange lys på. Når man er udfordret på en afdeling eller i et subspecialer, som casen illustrerer, er der en lang række barrierer, f.eks. overholdelse af servicemål og afdelingens budgetter, som kan opleves nærmest som et catch 22-scenarie for selv den mest kompetente afdelingsledelse.

Fremtidens innovative løsninger skal udvikles og spredes i et højere tempo, og klinikerne skal bringes mere aktivt i spil. Vi brug for en bevægelse væk fra nutidens sårbare og fragmenterede organisering. En bevægelse, der skaber motivation og bygger på autonomi, involvering, kompetenceudvikling og meningsfuldhed.

Vi har erfaringer at trække på. På det akutte område, f.eks. fødeområdet, har vi længe hjulpet hinanden på tværs af Region Midtjylland. Når et fødested er fyldt, ringes der rundt og arrangeres fødsel på en anden matrikel. Lignende så vi under Covid-19, hvor vi fordelte akutte og intensive patienter – alle tiltag som blev iværksat uden økonomiske mellemregninger, med patients bedste for øje. Det krævede tillid, pragmatiske aftaler og tværgående kapacitetsmøder. Her er et potentiale, som også kunne bringes i spil også i forhold til planlagte aktiviteter. Tænk hvis vi var organiseret og blev honoreret for at løfte vores populationsansvar på tværs af en region. På tværs af almen praksis, kommune og sygehus.

Vil en organisering som understøtter tværgående samarbejde skabe mere resiliens og robusthed? Vil den subspecialiserede, men aktuelt pressede speciallæge, som med sin lokale ledelse har ansvaret for en uoverskuelig opgave, finde arbejdsglæden, hvis byrden var delt med kolleger og ledelser på andre matrikler – med fælles kurs, koordinering og *commitment*? Hvis vi ikke skulle afregne og måles individuelt,

men løfte vores populationsansvar bedst muligt på tværs og i fællesskab.

### **Tværgående udviklingskultur og mulighed for frie eksperimenter**

Et konkret bud kunne være at etablere tværfaglige, tværregionale teams, som ikke blot skal forholde sig til faglig udvikling og retningslinjer, men også til drift, kapacitet, uddannelse, forskning og det tværsektorielle samarbejde. Det eksperiment kunne jeg som cheflæge godt drømme om at prøve.

I min egen afdeling har vi rigtig gode erfaringer med, at vores tværfaglige uro-gynækologiske team er ansvarlig for hele paletten. Siden de fik bolden, har vi set en 26 pct. stigning i den ambulante aktivitet – og er det så transformation?

Ja, for der kommer flere henvisninger inden for subspecialer, og andre teams har samtidig "valgt klogt" og reduceret aktiviteten inden for deres subspecialer. Så vi har tilpasset kapaciteten til efterspørgslen. Men vi er langt fra i mål. Næste skridt er at forbedre samarbejdet med de kommunale tilbud således, at vi kan realisere potentialet i forløbsbeskrivelsen fra 2021.

Ovennævnte er ikke kun resultatet af en strukturel ændring, hvor vi har etableret tværfaglige teams. Vi begyndte med et fokus på at skabe en udviklingskultur, som har til formål at frisætte det potentiale, som findes i at involvere dygtige fagfolk. Teamet fik et råderum og øvebaner, hvor de kunne træne det tværgående samarbejde og løse de udfordringer, de ser hver dag, samtidig med at de laver årlige strategiplaner. Som ledelse sætter vi rammer, prioriterer tiden, sikrer kompetenceudvikling, sparrer, sætter fri – og så har vi tillid til, at de medarbejdere, som er de mest kompetente inden for et fagligt felt, kan finde de gode løsninger.

Nøglen er kulturarbejdet, som hviler på principper om ligeværd, psykologisk tryghed og samarbejdskompetencer og træning i at forstå egne og andres perspektiver. Det er bestemt ikke uden gnidninger, men indsatsen forebygger, at der opstår små isolerede kongedømmer uden blik for helheden.

Nye strukturer kan være hjælpsomme, men det vigtigste er, at vi lykkes med at skabe det engagement og den trivsel, den nødvendige bæredygtige udviklingskultur, der er hele fundamentet for succes i nye strukturer. Transformation af sundhedsvæsenet fordrer, at vi lykkes med dette.

Opgaven er et vildt problem, som bekendt bedst løses gennem inddragelse og eksperimenter. Og den eksperimenterende fase håber jeg prioriteres, i stedet for at vi skal allokere al vores ledelseskraft til at fokusere på gennemgribende strukturelle ændringer. For "kultur æder struktur til morgenmad" (let omskrevet fra Peter Drucker).

# Sundhedsvæsenet har behov for en ny leverancemodel

At trække mekanismer som serviceforståelse, kundefokus og valgmuligheder fra det frie marked ind i sundhedssektoren kræver mod, vilje og også naturlig skepsis, skriver Klaus Larsen, medlem af Den Anden Kommission. Men det er en nødvendig omstilling med et enormt potentiale.



Af Klaus Larsen

I et "struktureløst" sundhedsvæsen fokuseres på borgerne, deres individuelle behov og de nyeste teknologiske muligheder. Dette er nøglen til at skabe et tilgængeligt sundhedsvæsen, der kan tilbyde borgerne sundhedsydelser på distancen, når det er praktisk – og lokalt, når det er nødvendigt.

Det danske sundhedsvæsen står over for en række velkendte udfordringer med øget aktivitets- og kapacitetspres som følge af den demografiske udvikling med flere ældre og flere borgere med multisygdom. Løsningen på den stigende efterspørgsel på sundhedsydelser er ikke længere flere hænder, men et paradigmeskifte.

Robusthedskommissionen og Sundhedsstrukturkommissionen blev nedsat som led i en bredere indsats for at beskrive udfordringer og komme med forslag til løsninger. Forslagene fra begge kommissioner er afgørende i lyset af det vedvarende pres, der påvirker sundhedsvæsenet og

sundhedsvæsenets ikke altid tilstrækkelige kapacitet til at levere sundhedsydelser til borgerne i Danmark.

En af anbefalingerne fra Robusthedskommissionen lyder: "Prioritering skal styrkes gennem fælles beslutningstagen, differentierede tilbud og øget egenomsorg". Differentierede indsatser vil bidrage til mere lighed i sundhed med afsæt i, at vi som borgere har forskellige behov og muligheder.

Og med anbefalingen "Digitalt og teknologisk først" peges på, at digitalisering og teknologi muliggør grundlæggende ændrede rammer for og forventninger til sundhedsvæsenets leverancemodel. Digitale løsninger er blandt de vigtigste redskaber til at frisætte tilgængeligheden til den samlede sundhedsfaglige arbejdskraft – hvor fysisk fremmøde ikke er en fast præmis – og dermed aflaste de nuværende flaskehalse samtidig med, at der fortsat sikres behandling af højeste kvalitet til alle borgere.

## Udbud og efterspørgsel i et teknologisk perspektiv

På det frie marked – det marked, vi som forbrugere i et moderne, vestligt samfund kender – finder udbud og efterspørgsel hinanden. Det er et marked, som indretter sig efter kundens efterspørgsel og behov. Er det ikke tid til, at sundhedsvæsenet agerer på samme vis – som en serviceorganisation?

I forbrugs- og serviceorienterede brancher ser vi forretningskoncepter indrettet til at imødekomme kundens præferencer for, hvilken ydelse der ønskes, og hvornår og hvordan den skal leveres. Det bør vi lære af på sundhedsområdet og i langt højere grad end tidligere betragte os selv som en serviceudbyder med høj tilgængelighed, kundefokus og valgmuligheder, som vi kender det fra connected retail og connected services, for indkøb af tøj, ferier, bolig og transport.

Som forbruger af hverdagsydelser kan jeg i de fleste tilfælde få en service eller vare med kort varsel, når jeg har brug for det, og i det design jeg ønsker. Og med en oplevelse af personalisering, hvor udbyderen har indrettet sin forretning med mine behov for øje, og hvor jeg som forbruger ikke behøver forholde mig til udbyderens bagland som f.eks. leverandører, systemer og åbningstider.

Skal vi have en konceptuel model for *connected health*, hvor medicinske enheder, sundhedsydelser og teknologi bli-

ver kombineret og leveret på en mere integreret og borgercentreret måde? Det kan vi gøre ved at bruge teknologi til at facilitere kommunikation, datadeling og samarbejde mellem borgere, sundhedspersonale og andre involverede parter.

## Sundhedsvæsenet vil fremstå som ét samlet væsen

I dette koncept vil sundhedsvæsenet ikke fremstå som en eller flere organisationer, men som ét sundhedsvæsen, der samlet har ressourcer og kompetencer, der kan skabe balance mellem udbud og efterspørgsel på tværs af landet og af politiske og organisatoriske strukturer.

Den virtuelle understøttelse skal vi se som helheden, der sikrer nærheden. Digitale løsninger øger sundhedsvæsenets tilgængelighed for patienten, og de fysiske rammer – stadig bundet sammen af teknologi – vil fortsat være til stede, når der er brug for en mere kompleks afklaring og behandling, der vil kræve fysisk fremmøde.

Sundhedsvæsenets kapacitet øges, dels gennem bredere adgang til de rette faglige ressourcer og dels gennem smidigere afvikling af behandlingsforløb, f.eks. ved afholdelse af virtuelle møder frem for fysisk fremmøde på hospitalet.

Når den virtuelle understøttelse er udgangspunktet, kan kapacitet udbydes, hvor den er ledig, og tilgås af borgere med behovet i stedet for, at borgere hver gang skal møde op og sundhedsfaglige medarbejdere skal flytte/pendle grundet krav om ansættelse med fysisk fremmøde.

Vi opnår på den måde et mere ensartet tilbud til borgerne samt mere fleksibilitet i forhold til rekruttering og medarbejderkapacitet. Sidst, men ikke mindst, får vi bedre mulighed for at sætte fokus på folkesundheden, forebyggelse og borgernes sundhedsforståelse qua den nemmere og hurtigere adgang til sundhedsvæsenet, som muliggør en tidligere indsats, når symptomerne er milde, frem for når symptomer er fremskredne.

## Teknologien er allerede til rådighed – lad os bruge den

Struktur kan være godt, også på sundhedsområdet. Vi forbinder det med organisering, kategorisering, styring og orden. Men når strukturer bliver for rigide, kan de blive en hæmsko i forhold til den altid omskiftelige virkelighed, hvor der er behov for omstilling til aktuelle udfordringer.

Danmark er et af de lande, der har været først og hurtigst til at investere i digitalisering og de muligheder, som teknologi åbner for. Det forspring skal vi udnytte og sikre, at digitaliseringen i endnu højere grad kommer borgere og sundhedsvæsenet til gavn.

Digitale løsninger skal gøre hverdagen lettere for både borgere og sundhedsvæsenets medarbejdere. Borgere skal opleve, at de tilbydes en gnidningsfri hjælp med udgangspunkt i borgerens konkrete ressourcer og behov, og som medarbejder skal du opleve, at digitale løsninger ved at lette og effektivisere dine opgaver giver større arbejdsglæde og tilfredshed i hverdagen.

Med sundhed i et digitalt perspektiv kan vi bringe sundhedsydelser tættere på borgeren – der hvor det giver mening, og vi skal arbejde innovativt med at redesigne tilbud inden for og på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, ligesom samarbejdet med leverandører og andre relevante parter på sundhedsområdet bør gentænkes, så vi får den rigtige synergi og dynamik ud af samarbejdet.

Der er også brug for, at sundhedsvæsenet forandrer sig fra et behandlingsparadigme over mod et mere forebyggelsesbaseret paradigme – fra et sygdomsvæsen til et sundhedsvæsen, og allerhelst til et e-sundhedsvæsen båret af digitalisering og teknologi.

Med forebyggelse som mål kan data i fremtiden få større effekt på folkesundheden end medicin, for med en innovativ udnyttelse af data kan vi forudse sygdomme og lidelser. For at få gavn af de mange værdifulde data, som sundheds-

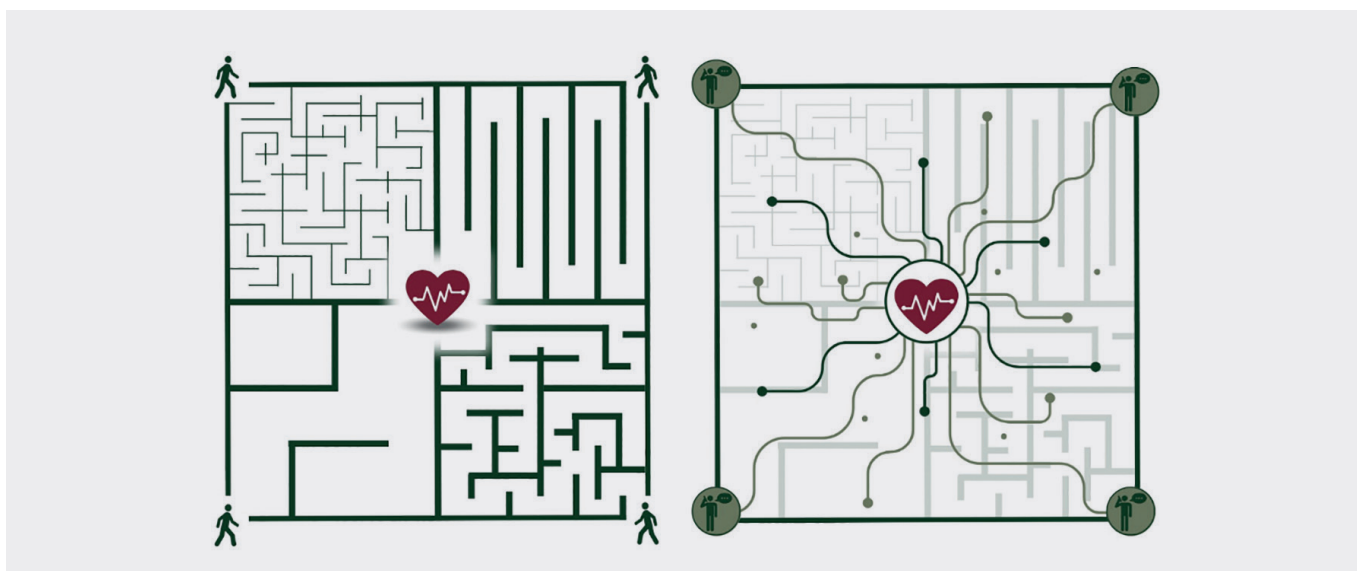


Fig. 1 Borgere har forskellige behov og veje ind i sundhedsvæsenet. Teknologi bygger bro mellem borger og sektor, og er nøglen til at skabe et tilgængeligt sundhedsvæsen for alle.

væsenet råder over, skal vi skærpe opmærksomheden på at bruge data til at pege fremad for på den måde at give en hurtigere og mere sikker kurs for patienterne.

Med andre ord kan historiske data anvendes til at skabe viden og dermed forstå og forudsige sygdomsforløb. Digitale løsninger genererer flere og bedre forbundne data, der skal løfte vidensniveauet i sundhedsvæsenet.

En lang række af velafprøvede, digitale løsninger bidrager på hver sin måde til en "digital først" kontakt til sundhedsvæsenet. De skal gøre op med, at vi som borgere kun har mulighed for at anvende lokale tilbud, hvor vi aktuelt er bosat, frem for at få behovsbaseret adgang til sundhedsvæsenets samlede ressourcer på landsplan.

Ikke alle har adgang til moderne teknologi eller har færdigheder til at anvende den. Dette kan føre til, at nogle befolkningsgrupper får gavn af teknologiske fremskridt, mens andre sakker bagud. Selvom en teknologisk løsning kan være omkostningseffektiv på langt sigt, kan investeringen i løsningen være en barriere for nogle organisationer og borgere.

Men sundhedsvæsenet, som vi kender det i dag, har også sine begrænsninger i forhold til lighed, f.eks. når der er krav om fysisk fremmøde, og når kontakten til i forvejen underbehandlede lokale sundhedstilbud er besværlig.

Implementering af teknologi skal give mening og bør ske med en inkluderende tilgang, der tager hensyn til borgernes forskellighed, og i et tempo, der giver plads til tilvænnning og tilegnelse af nye færdigheder.

Teknologierne skal binde os mere sammen – vi kan meget på tværs af sektorer i dag, men ikke alt. Fremadrettet bør der for borgeren kun være en indgang, og en samlet journal, hvor borgerens sundhedsdata skal være tilgængelige som viden for både borgeren selv og behandlere, uagtet hvor data oprindeligt blev registreret. En indgang, hvor tilbud og ydelser samles, og hvor det ikke er nødvendigt for borgeren at forholde sig til, hvordan og hvorfor tilbud og ydelser kommer. Det vil stille nye krav til vores sundheds-it, som skal udvikles og videreudvikles i samme takt som sundhedsvæsenet.

## Borgernes frie anvendelse af sundhedstilbud

Med sundhedsydelser centreret om borgeren er det ikke længere borgeren, der indretter sig efter sundhedsvæsenet, men omvendt. I det "struktureløse" sundhedsvæsen har borgeren en række fordele og muligheder for at være selvhjulpent og proaktiv med digital hjælp, og behandling kan i højere grad ske behovsstyret fremfor kalenderstyret – borgerne kommer ikke til behandling, når de har en tid, men når de har behov.

Der vil være store forventninger til, at ressourcestærke borgere tager aktivt ansvar for egen sundhed og behandling. Og det vil for mange borgere være naturligt at tage ansvar.

Sårbare og mindre stærke borgere kan med daglig monitoring i hjemmet frem for intervallkontroller på hospitalet føle sig mere trygge, og den ressourcetsvage borger kan un-

derstøttes gennem hyppigere og mere målrettede interaktioner med sundhedsvæsenet.

Den teknologidrevne behandling muliggør individuelt tilpassede behandlingsforløb. Her er tre tænkte eksempler:

1. Primærsektoren (det lokale lægehus), som frem for at ringe eller bestille tid hos det tilknyttede lægehus, suppleres med digital adgang til en landsdækkende, døgnåben online service. Her afklares alle henvendelser, der ikke kræver fysisk fremmøde, virtuelt og gerne fuldautomatisk f.eks. receptfornyelse, og der aftales en tid hos det lægehus, som er tættest på borgeren og som har ledig tid. Dette vil balancere udbud og efterspørgsel, men også skabe bedre balance mellem lægehuse og de områder, hvor der er ubalance mellem borgerne og praksis. Dette kan med fordel etableres som en national lægevagt.
2. Kronikerne, der med teknologi understøtter egen mestring, som vi kender det i dag, både for KOL og hjertesvigt, og i høj grad for diabetes. Potentialet for bedre behandling inden for kroniske sygdomme er meget stort. Udviklingen på dette område går fra, at vi alene ser på data over tid til, at vi understøtter dialog med sundhedsprofessionelle, til automatisk dosering af medicin til at modsvare konkrete individuelle målinger uden involvering af sundhedsvæsenet.
3. Hospitalerne, der via lokal opsamling af diagnostisk materiale (målinger, billeder, biopsier mv.) sammen med den øgede digitalisering vil kunne distribuere arbejdsopgaver på tværs af sundhedsvæsenet efter behov, f.eks. på det billeddiagnostiske og det patologiske område.

Digitaliseringen af sundhedsområdet kan afføde bekymringer om en stigende individualisering, hvor personlig interaktion og menneskelig omsorg kan gå tabt. Bekymringen er væsentlig og er samtidigt et værdifuldt bidrag til digitaliseringen, så vi sikrer opmærksomhed og naturlig skepsis.

Med digitale værktøjer får borgerne, hvor det giver mening, mulighed for at være tættere på eget helbred og egen sundhed. Så når digitaliseringen bringer forandringer, kan vi potentielt styrke relationen mellem borger og sundhedspersonale snarere end at svække den.

## Forventninger til et digitaliseret sundhedsvæsen

Automatisering og kunstig intelligens gør, at sundhedspersonalet kan fokusere mere på kerneopgaven (borgeren og plejen) og særtilfælde og mindre på rutineopgaver og administration, og monitorering kan uddelegeres til virtuelle assistenter. Med effektive, virtuelle sundhedsydelser får personalet mere tid, som de f.eks. kan bruge på ressourcetsvage borgere, og tværsektorielt samarbejde om borgerne via teknologi sikrer bedre sparring.

Behandlinger bør skræddersyes som virtuelle forløb. F.eks. kan borgere, der er i ambulante behandlingsforløb, tilbydes monitorering i eget hjem og rådgivning og træning via

digitale kanaler og platforme. Omstillingen sker med andre ord ved, at sundhedspersonalet lærer også at levere kerneopgaven digitalt.

Sådanne omstillinger stiller store krav til ledelsesopgaven – her forventes digital forestillingskraft og et blik for potentialerne i ny teknologi. Evnen til hurtig omstilling bliver central for ledelsen, der samtidig skal være risikovillig og have mod til at gøre op med gamle strukturer.

Det vil skubbe til de enkelte faggruppers autonomi, når organisatoriske, geografiske og faglige siloer skal gentænkes. Forandringsledelse bliver derfor en væsentlig ledelsesmæssig kompetence.

### **En kompleks og vigtig omstilling**

Et "struktureløst" sundhedsvæsen handler i grunden mindre om teknologi og mere om mennesker og forandringsprocesser.

At trække mekanismer som serviceforståelse, kundefokus og valgmuligheder fra det frie marked ind i sundhedssektoren kræver mod, vilje og også naturlig skepsis. Men det er ikke bare en nødvendig omstilling, men også en indsats med enormt potentiale. For med sundhed i en digital og teknologisk kontekst understøttes et samlet sundhedsvæsen i at sikre tilgængelighed, sammenhæng, nærhed og lighed, også i fremtiden. Hvor digitaliseringen vil bære sundhedssektoren hen, er der ingen, der ved. Og det er måske den største udfordring: At acceptere, at vi ikke ved, hvad der kommer til at ske. Man skal forstå, hvad digitalisering er, og hvor der kan opnås gevinster og hvor der ikke kan opnås gevinster endnu. Digitalisering er et andet paradigme end den fysiske verden, og der er derfor brug for, at vi er nysgerrige efter at udforske, hvad vi kan udrette med digitaliseringen, og hvor vi med fordel kan tænke og handle anderledes.

# Psykiatrien i Danmark – fra grim ælling til en smuk svane

Opbygningen af et stærkt, nært sundhedstilbud til borgere med psykiske vanskeligheder er betinget af støtte fra en stærk behandlingspsykiatri. En stærk behandlingspsykiatri er betinget af et velfungerende nært sundhedsvæsen for ikke at blive overvældet, skriver Kresten Dørup, medlem af Den Anden Kommission.



Af Kresten Dørup

*“Det er kønne børn, moder har!” sagde den gamle and med kluden om benet, “Alle sammen kønne, på den ene nær, den er ikke lykkedes! Jeg ville ønske, hun kunne gøre den om igen!”*

H.C. Andersens berømte eventyr udkom her i november for præcis 180 år siden. Historien om den aparte unge i flokken, der ser anderledes ud, ikke passer ind og lever lidt på kanten er ikke ulig den skæbne, den psykiatriske behandling historisk har indtaget i det danske sundhedsvæsen.

Og heller ikke ulig de beretninger, som mennesker med psykisk sygdom kan fortælle om deres møde med det offentlige. Det er ikke kun i psykiatrien, men også i socialsektoren, på arbejdsmarkedet, i uddannelsessystemet og på de somatiske sygehuse – bare for at nævne nogle.

Vi har i Danmark designet mange fine tilbud, der hver især

fungerer relativt godt. Men når der er huller i eller mellem systemerne, er det borgere med psykiatriske vanskeligheder, der risikerer at falde igennem og ud af reden. Det kan vi gøre bedre, og det skal behandlingspsykiatrien hjælpe med.

Det har aldrig været snorlige at få psykiatrien passet ind i den danske sundhedsstruktur. Reformen er kommet og gået, og behandlingspsykiatrien har levet en omtumlet tilværelse. Nogle gange organiseret sammen med socialområdet, andre gange organiseret sammen med de somatiske specialer.

Det har været omskifteligt, og udviklingen af den psykiatriske behandling har lidt under det. Først indenfor de seneste 10 år er der opstået en konsensus på tværs af regionerne om, at psykiatrien skal organiseres som et selvstændigt sygehus på samme måde som de somatiske sygehuse, med egen ledelse og fuld fokus på at levere udredning og behandling indenfor de to specialer – psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

Derfor står vi på tærsklen til en ny strukturreform med fem psykiatriske sygehuse i Danmark og med en monumental opgave foran os. Krav og forventninger er nemlig tårnhøje og de kommer fra borgere, politikere og patientforeninger.

Skitsen til det tiltrængte løft er nedfældet i den grundige og glimrende 10-årsplan for psykiatriens udvikling, som støttes af et bredt flertal i Folketinget og bakkes op af en finansieringsplan på 4,3 mia. kr. frem mod 2030. Nu skal vi “bare” finde den struktur, der bedst gør psykiatrien i stand til at indfri ambitionerne.

Tonerne fra sundhedsstrukturkommissionen lyder, at psykiatrien ikke blot skal indpasses som en eftertanke i en struktur, der primært er designet til at løse udfordringerne med et stigende antal ældre medicinske patienter. Der er elementer i det nuværende system, der skal værnes om, og andre elementer, der skal forbedres betydeligt.

## En stærk behandlingspsykiatri er en forudsætning

Vi skal værne om og videreudbygge en stærk og samlet behandlingspsykiatri i Danmark. Det burde være en selvfølge, at en kompetent og specialiseret psykiatri er et gode, som vi skal passe på. Regionerne har kæmpet målrettet for det siden kommunalreformen i 2007 og der er taget svimleskridt i den rigtige retning.

Kvalitet og evidens i behandlingen er styrket, og langt flere får en god behandling i dag end for bare 20 år siden. Det er sket særligt ved en markant opbygning af den ambulante psykiatri, som nu er udgående og fleksibel og kan håndtere borgere med endog meget komplekse lidelser, uden de behøver indlægges. Kapacitetsudvidelsen i den ambulante psykiatri er en hjørnesten i 10-årsplanen.

Psykiatrien kom imidlertid sent i gang med sin specialisering og halter fortsat efter somatikken. Vi mangler mere viden om, hvad der virker for hvem, hvornår og hvorfor. Det vil være en katastrofe for faglighed og fokus at opsplitte eller atomisere psykiatrierne i utallige nye klynger eller små psykiatriske afdelinger på store somatiske sygehuse i en jagt på øget nærhed. Nærhed skal bygges ind i selve måden psykiatrien arbejder på, og den bevægelse bør fortsætte i hvert fald i 10-årsplanens periode ud.

En samlet og specialiseret psykiatri er ikke en psykiatri, der lukker sig om sig selv. Støtte til og samarbejde med primærsektoren bør blive en veldefineret kerneopgave for psykiatrien, på linje med udredning og behandling.

Psykiatrien kan uddanne, supervisere og sparre med kommuner og almen praksis, så psykiatriens viden kommer primærsektor til gode, og så alle borgere føler, at der er en rolig og kompetent hånd på deres sag i begge sektorer.

Der findes gode eksempler lige nu, hvor et veldefineret men delt ansvar skaber helt nye tilbud til borgerne. Se bare på indsatsen Individuelt Planlagt job eller uddannelse med Støtte (IPS), der er en evidensbaseret beskæftigelsesindsats målrettet mennesker med en psykisk lidelse. Eller STIME, som er et ligeværdigt samarbejde mellem psykiatri og kommuner om at tilbyde tidlig behandling til børn og unge i psykisk mistrivsel, så deres udfordringer ikke udvikler sig yderligere.

## Opbygning af et kommunalt sundhedstilbud af høj kvalitet

Mange borgere, hvis mentale helbred begynder at svigte, venter alt for længe på den rette hjælp. Samtidig har patienternes ret til hurtigt udredning gjort den specialiserede behandlingspsykiatriske indsats til første effektive hjælpeinstans, og rettigheden fungerer dermed som katalysator for den øgede søgning til behandlingspsykiatrien. Det er helt afgørende, at den udvikling vendes – både for borgernes og sundhedsvæsenets skyld.

Der er hårdt brug for et velfungerende nært sundhedsvæsen, der støtter børn, unge og voksne i psykisk mistrivsel og med psykisk sygdom. Et nært sundhedsvæsen, der er tilgængeligt og ensartet, der er robust, kompetent og som har tid og plads.

Husk på, at 70-80 pct. af befolkningen oplever psykisk sygdom på et tidspunkt i løbet af deres liv. Det er kun en meget lille del af os, der har brug for at komme på sygehuset af den grund – og det kunne være endnu færre, hvis hjælpen var tilgængelig og effektiv, der hvor vi først får behov for den. Det gælder særligt for børn og unge, hvor vi ser den kraftigste stigning i søgningen til psykiatrien.

I en ny struktur bør den kommunale indsats samles og styrkes markant, og der bør oprettes enheder for almen psykisk sundhed i alle kommuner. De nye kommunale enheder kan drive de nære indsatser til alle borgere med psykiske vanskeligheder og fungere som én indgang for borgere, behandlingspsykiatri og praksissektoren. De kan få ansvar for opsporing, forebyggelse, tidlig behandling til borgere i mistrivsel og for arbejdsmarkedsindsatser, særlige skoletilbud, boligindsatser, støttekontaktordninger, rehabilitering og forskellige former for forsørgelse.

Enhederne kan opbygge kompetencer til at yde evidensbaseret psykologbehandling med udgangspunkt i anerkendte metoder til bl.a. milde til moderate former for angst, depression, selvskade, usunde spisemønstre mv. De kan tillige varetage samarbejdet med de privatpraktiserende psykologer og få ansvar for at sikre overblik over kapacitet og kvalitet på psykologområdet.

Opbygningen af et nyt tilbud i alle kommuner kræver ny lovgivning, klare krav, flere ressourcer (fra 10-årsplanen) og faglig støtte. Behandlingspsykiatrien skal have til opgave at uddanne, supervisere og sparre med psykologerne og andre fagfolk i kommunerne, for at udvikle kvaliteten. I det nye samarbejde bør lovgrundlag, kvalitetsstandarder og rettigheder harmoniseres mellem sektorerne for at skabe bedre mulighed for gode patientforløb på tværs.

Det bliver et stort arbejde, men det er umagen værd, hvis vi kan lykkes med at løfte borgernes rettigheder og tilgængeligheden af et nært og effektivt sundhedstilbud.

## Almen praksis tilbage i kampen

Almen praksis spiller en nøglerolle i det danske sundhedsvæsen. Desværre er de praktiserende lægers rolle i forhold til borgere med psykisk sygdom ikke tilstrækkelig klar. De praktiserende læger giver udtryk for, at de mangler tid og kompetencer til at hjælpe patienter med psykiske lidelser, og at deres mulighed for viderehenvielse er begrænset til behandlingspsykiatrien, hvor henvisningen risikerer at blive afvist.

Almen praksis bør få direkte adgang til at henvise borgere med milde til moderate symptomer til de kommunale enheder på samme måde, som de i dag kan henvise behandlingspsykiatrien.

Almen praksis skal understøttes i at løfte en række af de oftest forekommende opgaver i forhold til opsporing og behandling af borgere med psykiske symptomer samt udføre medicinkontroller og somatiske undersøgelser for en bredere vifte af borgere med psykiske lidelser. Det skal sikres, at almen praksis altid kan søge rådgivning i behandlingspsykiatrien.

Psykiatrien udskriver for ofte patienter til egen læge, hvor denne ikke har tid nok eller tilstrækkeligt overblik over borgers samlede situation til at kunne følge tæt nok op. Psykiatrien skal have mulighed for at udskrive til kommunen, som kan tage over, i koordination med den fortsatte ambulante behandling og eventuel opfølgning i almen praksis.

## Digital transformation og indbygget forskning

Der er brug for nytænkning for at imødekomme det stigende behov for professionel støtte til mennesker i psykisk mistrivsel. Det er ikke godt nok, at man skal vente i måneder på at få en række samtaler med en privat praktiserede psykolog.

Der er behov for et paradigmeskifte for tidlige psykolog-baserede indsatser, hvor en ny tilbudsvifte skal bygges op efter *digital first*-princippet, så alle danskere enten direkte fra egen sofa eller via egen læge, får adgang til digital selvhjælp eller en virksom, internetbaseret behandling. Vi har allerede stor viden og en afprøvet infrastruktur opbygget flere steder i landet – ikke mindst i Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark.

Digital psykiatri er mere end digitale samtaler. Det kan også være innovativ udnyttelse af virtual reality direkte i behandlingen. Eller brugen af Artificial Intelligence i psykiatrien til diagnosticering og beslutningsstøtte til klinikerne. En klar national strategi og en målrettet investering skal udbygge og skalere internetbaseret behandling og digital psykiatri til mange flere.

De nye digitale løsninger, de tilbud der udvikles i primærsektor samt kvaliteten af behandlingen i psykiatrien, skal bygges på et solidt vidensgrundlag og med en ambition om at tænke forskning ind fra starten. I et land hvor vi har gode data, er der potentiale til at bringe os helt i front internati-

onalt. Det vil være naturligt, at forsknings- og kvalitetsudviklingsforpligtelsen i den kommende struktur forankres i behandlingspsykiatrien, hvor der er en stærk forskningstradition og et ophæng til universiteterne.

## En psykiatri, der bliver voksen

Opbygningen af et stærkt nært sundhedstilbud til borgere med psykiske vanskeligheder er betinget af støtte fra en stærk behandlingspsykiatri. En stærk behandlingspsykiatri er betinget af et velfungerende nært sundhedsvæsen for ikke at blive overvældet. Jeg håber, at beslutningen om en sundhedsstrukturreform erkender og anerkender denne kæde og skaber de bedste forudsætninger for, at samspillet lykkes.

Den grimme ælling måtte gå grueligt meget igennem, før den blev en smuk svane. Psykiatrien i Danmark skal ikke "gøres om igen", sådan som den gamle and i eventyret ønsker. Psykiatrien er måske nok en lidt usikker teenager, men med mod på livet og med stort potentiale. Hvis borgere og politikere skal have den psykiatri, de drømmer om, er der brug for ro på de grundlæggende strukturer og fuld fart frem på udviklingen af roller, ansvar, kvalitet og sammenhæng.

*Det er ganske vist.*



# 1.600 multisyge fylder mere end 1.600 raske studerende

Derfor skal praktiserende læger i områder med stor sygdomsbyrde have færre patienter. De skal også have færre opgaver, så de kan bruge tid på de syge i samarbejde med civilsamfundets fællesskaber. Og så skal vi lade de raske være raske. Nøgleordet er trivsel – for både patienter og behandlere, skriver Christina Svanholm, medlem af Den Anden Kommission.



Af Christina Svanholm

Sundhedsstrukturkommissionens opdrag er at gentænke sundhedsvæsenet fordomsfrit. Alle dele af organisationen er i spil og der skal tænkes ud af boksen.

Det lyder på en gang velment og vanskeligt, for vi har en tendens til at tage udgangspunkt i de strukturer, vi kender. Det har vi vidst siden 1970'erne, hvor den amerikanske psykolog J.P. Guilford introducerede begrebet "at tænke ud af boksen" og samtidig viste, at kun 20 pct. af os er i stand til det.

Jeg mener, at vi begår en fejl ved at rammesætte sundhedsvæsenet udelukkende ud fra de dele, det består af i dag. Trivsel for borgere og behandlere er en forudsætning for et bæredygtigt sundhedsvæsen. Det kræver, at vi tør inddrage civilsamfundet og med nysgerrig refleksion prioritere og fordele sundhedsvæsenets opgaver og ressourcer derhen, hvor det kan mærkes.

## Behov for trivsel og sammenhæng

Som praktiserende læge i et af Danmarks vandkantsområder ser jeg et sundhedsvæsen, der er smurt tyndt ud. Et sundhedsvæsen, hvor afstandene til behandling konkurrerer i længde med ventetiderne. Hvor fagprofessionelle kæmper med at få sundhedsloven og serviceloven til at spille hinanden gode. Hvor der er sat fokus på, hvad der kan måles, frem for hvad der kan mærkes, og på produktivitet frem for kontinuitet.

Men jeg ser også et civilsamfund, hvor fællesskab og lyst til at hjælpe hinanden bygger broer over de lange afstande og manglen på kontinuitet. Som en usynlig lim, der skaber trivsel og ikke sjældent lykkes med at få helheden til at blive større end summen af delene.

Trivsel er en forudsætning for sundhed. Risikoen for at dø tidligere er dobbelt så stor hos kvinder i alderen 45-64 år og hos mænd i alderen 25-64 år, hvis de trives dårligt. Dette endda selvom man ser bort fra øvrige risikofaktorer. OSVB<sup>1</sup> har udregnet, at et trin op ad livstilfredshedsskalaen har en værdi for samfundet på op mod 186.000 kr. pr. borger pr år.

Som Charlotte Bach Thomassen fra DGI formulerer det i sin kronik,<sup>2</sup> er det således samarbejdet med civilsamfundet, vi skal tilskynde og nære, hvis vi vil øge trivslen og dermed sundheden for de sårbare og dem med størst behov.

Det understøttes i nyere populationsstudier (eksempelvis Frome<sup>3</sup> og Bromley By Bow<sup>4</sup>), hvor netop lokale ambassadører fra civilsamfundet hjælper sårbare og ensomme borgere med at bevæge sig ud i foreningslivet eller ind i sundhedsvæsenet. Dette har vist sig i sidste ende at forebygge indlæggelser. Flere steder i Danmark tester vi allerede lignende koncepter, der går under navnet *social prescribing*<sup>5</sup> med lovende resultater.

Så selvom kausaliteten ikke er entydig, ser trivsel ud til at være et væsentligt grundlag for sundhed, og så er det tilmed pengene værd.

Et eksempel er Birthe, som jeg så i min konsultation for et par uger siden. Jeg kender hende særdeles godt. Hun bor alene fordi hun mistede sin mand for et par år siden. For at tilskynde hendes trivsel har jeg som led i behandlingen af hendes depression, kroniske smerter og KOL tilbudt hende

at være med i vores gå-gruppekonsultationer, hvor lokale frivillige to gange om ugen går og efterfølgende spiser med en gruppe sårbare borgere. Desværre tør hun ikke deltage, fordi hun har svært ved at styre sin vandladning.

Urologerne har tilbudt at indoperere en stimulator, der kan hjælpe med at styre blæren, men hun har takket nej, fordi hun er bange for ikke at kunne klare sig derhjemme bagefter.

I papirerne har hun læst, at hun skal sove på maven og ikke selv må købe ind. Hendes KOL, overvægt og manglende netværk gør det umuligt. Jeg ringer til kommunen og får en sød visitator i røret, der venligt forklarer mig, at kommunen først kan tilbyde besøg i hjemmet efter operationen, for at se hvor meget hun kan klare selv. En aflastningsplads er ikke en mulighed.

Da jeg lægger på, ser jeg resignationen i hendes øjne. Hun har givet op. Trivsel er noget for de andre.

## Incitamentstrukturen spænder ben

Sundhedsvæsenet er et komplekst system og vi skal anerkende dets afhængighed af det øvrige samfunds aktører, herunder civilsamfundets fællesskaber.

For at gøre det, bliver vi nødt til at se på incitamentsstrukturer i hele samfundet. Hvis det, der er godt for patienten, også er godt for samfundet, har vi en større chance for at understøtte patientens trivsel og dermed sundhed. Pengene bør følge patienten – det er faktisk et forslag med temmelig mange år på bagen, og tillige nyligt bakket op af sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, Vive og Sundhedsstrukturkommissionen, der mener at sundhedsressourcerne bør følge sundhedsproblemerne.

Når sygehusene udskriver patienterne, skal det sikres, at alle kommer hjem til et sikkerhedsnet spundet ud af et samarbejde mellem kommune, egen læge og civilsamfundets fællesskaber. Skulle der være behov for specialiseret ambulans behandling bør dette foregå så borgernært som muligt, f.eks. i indbyrdes forpligtende fællesskaber, hvor egen læge med personale er tovholderen.

For at tilskynde forandringerne bør vi ikke måle kvaliteten og akkord aflønne efter antal ydelser. Kvalitet og værdisætning bør ses i relation til laveste effektive omsorgsniveau (LEON).

Et absurd eksempel fra den nuværende ydelsesbaserede afregning er, at det koster samfundet 468 kr. at en praktiserende læge fjerner et hudelement, mens samme hudelement fjernet hos dermatolog koster samfundet 1.300 kr. En spiralantlæggelse i almen praksis (uden kontraindikationer) koster 363 kr., mens eksakt samme procedure koster 1.268 kr. hos en gynækolog.

## Sundhedsprofessionelle er også mennesker

En anden vigtig pointe er de sundhedsprofessionelles trivsel. Det er afgørende, at vi værner om de enkelte faggruppers kompetencer og ansvarsområder ved at sikre tid og ressourcer til de opgaver, der kan mærkes for borgeren og samtidig fjerner de opgaver, der ikke skaber værdi. Øges

trivsel hos de sundhedsprofessionelle, skabes bedre forudsætninger for håndtering af komplekse opgaver og omsorgsfagene bliver mere attraktive.

Vores nuværende struktur øger risikoen for relationstræthed. Manglende tid og ressourcer gør, at de sårbare ikke får den omsorg, de har brug for, og samtidig påvirkes arbejdsglæden negativt hos de sundhedsprofessionelle, hvilket øger risikoen for sygefravær og flugt fra uddannelserne.

Trivsel er altså et nøgleord for både borgere og behandlere.

Hvis kommunen kunne tilbyde Birthe en aflastningsplads et par dage, ville hun måske takke ja til operationen, hvilket ville øge hendes chance for igen at bevæge sig ud i fællesskaber, der kunne øge hendes trivsel og potentielt reducere hendes sygelighed.

Som en bonus ville det desuden give arbejdsglæde hos de sundhedsprofessionelle, der ville opleve reelt at kunne hjælpe Birthe.

## Vælg klogt eller vent og se

Egentlig er sundhedsvæsenet en succes – vi drukner i opgaver. Jo før jo bedre, jo mere jo bedre. Vi ønsker os fri og lige adgang til et højt kvalificeret, empatisk, fleksibelt og nærværende sundhedsvæsen. Allerhelst her og nu, nat og dag. Men øget tilgængelighed er ikke det bedste i alle henseender, ej heller digitalt. Den bedste medicin i almen praksis er ofte "vent og se". Det er faktisk en af hemmelighederne, når praktiserende læger løser og afslutter 90 pct. af henvendelserne til sundhedsvæsenet. Det er ofte bedre at unklade behandling, at unklade MR-scanning eller at unklade videre henvisning.

Desværre tager et nej længere tid end et ja, og det kræver større faglig ballast, som igen tager tid at vedligeholde.

Det vil kræve et paradigmeskift, at den offentlige sygesikring kun varetager udredning og behandling af sygdom, der med rimelighed kan antages at gavne det enkelte menneske. Her har Vælg Klogt-bevægelsen og den voksende diskussion om overdiagnostik og overforbrug i sundhedsvæsenet kastet lys over, hvad vi med fordel kan holde op med at gøre og dermed spare tid og ressourcer.

Vi kan også hente hjælp hos Minna Johansson (halvtids praktiserende læge, halvtids tilknyttet Cochrane Sweden, red.) et al., der nyligt har publiceret et redskab til at vurdere tidsforbruget versus effekten af diverse vejledninger og behandlinger. Redskabet har de kaldt TNT, Time Needed to Treat.<sup>6</sup>

## Fordel efter sygdomsbyrde og fjern opgaver der ligger bedre andre steder

Man kan møde flere fordomme om almen praksis i det politiske selskab, herunder at vi kun går op i ydelser og at vi ikke er til at trække ud af de store byer.

I alle dele af samfundet findes mennesker, for hvem økonomi repræsenterer en kerneværdi. Men når Lægeforeningen og PLO laver medlemsundersøgelser, vægter work-li-

fe-balance, høj arbejdsglæde, høj faglighed og god kollegial sparring højere end økonomi. Her er det igen akkordafø- ningssystemet, der skaber forkerte incitamenter. Hvis den enkelte læge blev aflønnet ud fra populationens sygdoms- byrde, ville det frigive tid til dem med størst behov.

Når læger er svære at trække til områder med mange komplekst multisyge, handler det ofte om en frygt for at ende alene med alt for lidt tid til de mange komplekse pro- blemstillinger uden kollegial faglig opbakning og uden et velfungerende samarbejde med det omgivende sundheds- væsen, herunder civilsamfundet.

Nedenstående er konkrete forslag til ændringer, der kan gøre almen praksis til et attraktivt sted at arbejde i alle dele af Danmark.

- Praktiserende læger i områder med stor sygdomsbyrde bør have færre patienter end læger i områder med lille sygdomsbyrde. Ikke som nu, hvor 1.600 raske studerende sidestilles med 1.600 multisyge. Et menneske med multi- sygdom er i kontakt med sin praktiserende læge i gennem- snit 25 gange årligt, mens befolkningen i gennemsnit kun bruger lægen 7,6 gange årligt.

- Fjern opgaver fra almen praksis.
  - Direkte adgang til fysioterapeut: Fysioterapeuter er ud- dannede til at skelne sygdomme i bevægeapparatet fra andre lidelser.
  - Private forsikringer: Forsikrings-selskabet må vurdere om der er indikation for eksempelvis MR-scanning og i givet fald betale for den.
  - Kommunale attester: Reducer antallet, overlad dem til arbejdsmedicinere, med mulighed for tilføjelser fra prak- tiserende læge.
- Teamarbejde i praksis hvor det er muligt – flere faglighe- der i praksis, herunder jordemødre, sundhedsplejersker, fysioterapeuter og psykoterapeuter, kan frigive tid til det komplekse. Teamet vil sikre kontinuiteten og kendskabet til familierne, så vi opdager de sårbare og kan gribe ind, hvor der er behov. Det kan gælde både børneundersøgel- ser og graviditetsundersøgelser.
- Forenkling af det fælles medicinsystem – lad apoteket håndtere restordre, dosisdispenseringer, pakningsstørrel- ser, smagsvarianter, etc.

Så jeg gentager: Lad os styrke vores sundhedsvæsen ved at indtænke civilsamfundets fællesskaber. Lad os ændre de uhensigtsmæssige økonomiske incitamentsstrukturer og fri os fra det unødvendige og det direkte skadelige. Sæt fokus på tid, trivsel og arbejdsglæde og lad os bevare kontinuite- ten hos de praktiserende læger, så vi finder de syge og lader de raske være raske.

## REFERENCER

- 1 [www.opensocialvaluebank.com](https://www.opensocialvaluebank.com). (n.d.). Eksempel – OSVB. [online] Available at: [https://www.opensocialvaluebank.com/examples#- section-examples-tabs](https://www.opensocialvaluebank.com/examples#-section-examples-tabs) [Accessed 27 Oct. 2023].
- 2 Thomassen, C.B. (2023). Civilsamfund og sundhedsvæsen kan sammen skubbe til vilde problemer. [online] Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet. Available at: <https://dssnet.dk/civilsamfund-og-sundhedsvaesen-kan-sammen-skubbe-til-vilde-problemer/> [Ac- cessed 27 Oct. 2023].
- 3 Abel, J. (2018). Compassionate Frome. *BMJ*, p.k4299. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.k4299>.
- 4 Andersen, LL 2016, Multimetodisk social intervention: Bromley by Bow. in J Krøjer & K Dupret (eds), *Social intervention: Meningsfuld indgriben i menneskers liv*. Frydenlund Academic, Frederiksberg, pp. 185-200.
- 5 Ugeskriftet.dk. (n.d.). Social prescribing i bekæmpelse af ensomhed og understøttelse af fysisk aktivitet. [online] Available at: [https:// ugeskriftet.dk/videnskab/social-prescribing-i-bekaempelse-af-ensomhed-og-understottelse-af-fysisk-aktivitet](https://ugeskriftet.dk/videnskab/social-prescribing-i-bekaempelse-af-ensomhed-og-understottelse-af-fysisk-aktivitet) [Accessed 27 Oct. 2023].
- 6 Johansson, M., Guyatt, G. and Montori, V.M. (2023). Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*, pp.e072953– e072953. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072953>.

# Der skal være plads til både styring og ledelse i sundhedsvæsenet

Store nationale ambitioner for sundhedsvæsenet giver et meget lille ledelsesrum til at prioritere en urealistisk stor opgavemængde. Det er derfor vigtigt at understøtte og skabe plads til ledelse og sikre sammenhæng i ledelseskæderne, skriver Christian Bøtcher Jacobsen, medlem af Den Anden Kommission.



Af Christian Bøtcher Jacobsen

Det danske sundhedsvæsen står over for væsentlige organisatoriske forandringer, men hvordan ser sundhedsvæsenet mon ud på den anden side?

Med udgangspunkt i velkendte udfordringer fra øget efterspørgsel, rekrutteringsudfordringer og manglende sammenhæng lægger kommissionen for Sundhedsstrukturkommissionen op til organisatoriske reformer.

Kommissionen er blevet bedt om at udarbejde et beslutningsgrundlag, der »skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed og som er mere nært og bæredygtigt«. Det er svært at være uenig i, men selvom den nuværende organisation kaldes »utidssvarende«, er det mindre klart, hvordan alternative modeller kan skabe bedre rammer for styring og ledelse, der kan bidrage til de ønskede resultater.

## Faglighed og politik

Kommissionens opgave er ikke nem, for sundhedsvæsenets organisering er præget af mange og ofte konfliktende vilkår og interesser. Inden jeg diskuterer tre centrale udfordringer for styring og ledelse i sundhedsvæsenet, vil jeg opholde mig ved to grundlæggende vilkår.

For det første er sundhedsvæsenet et fagligt system præget af mange professioner. Sundhedsvæsenet består af en lang række faggrupper, som på baggrund af faglig viden og normer leverer ofte specialiserede og forskelligartede ydelser på tværs af matrikler og organisationer til mere eller mindre alle borgere i Danmark. Selv om der er brug for endnu mere samarbejde mellem faggrupperne, kan sundhedsvæsenet ikke organiseres simpelt eller ensartet. Sundhedsvæsenets dele stiller meget forskellige krav, og det kalder på organisering og styring, der giver fleksibilitet og rum til lokal ledelse.

Det hænger også sammen med det andet grundlæggende vilkår, som er, at sundhedsvæsenet er politisk og endda på tre niveauer: Stat, regioner og kommuner. Politisk styring er et vilkår på sundhedsområdet, men spørgsmålet er, hvordan det politiske ansvar fordeles. Debatten peger på, at mange kunne forestille sig en reduktion af det politiske ansvar til to niveauer.

Det kan lyde fornuftigt, for den regionale politiske struktur er ikke uden problemer. Erfaringerne fra andre lande viser imidlertid, at der ligeledes er udfordringer ved alternativerne. Centralisering af ansvaret til staten har vist sig vanskeligt i både England og Norge, hvor man med bestyrelseslignende modeller kæmper med at skabe politisk responsivitet og effektiv drift, og Finland har netop afskaffet fælleskommunal drift af hospitalerne til fordel for politisk styrede amter.

Det kan være nemt at pege på regionerne som problemet, men spørgsmålet er, om ikke den egentlige udfordring er det bagvedliggende behov for at samstemme styring og ledelse på forskellige specialiseringsniveauer. Udfordringen med at samstemme de mange niveauer og dele forsvinder ikke bare, fordi man fjerner det regionale led. Opgaven er derfor at samordne politisk ansvar og styring fra forskellige niveauer, så der både er anstød og rum til ledelse på alle niveauer.

Sundhedsstrukturkommissionen består af praktikere og eksperter, som har forudsætninger for at bidrage med viden,

faglig indsigt og måske endda en vis legitimitet til de foreslåede modeller. Det kan være en styrke, for der er behov for kendskab til sundhedssektorens særlige vilkår og forudsætninger.

Det er samtidig vigtigt at holde sig for øje, at valget af model i sidste ende træffes af regeringen og Folketinget. Opgaven for kommissionen er derfor at finde modeller, som både er fagligt brugbare og (nationalt) politisk gangbare.

I forhold til at forene hensynene er det centralt, at de foreslåede modeller tager højde for, at styring og ledelse lige nu er udfordret på i hvert fald tre centrale aspekter: 1) prioritering og ledelsesrum, 2) sammenhæng i ledelseskæderne og 3) understøttelse af ledelse.

## Prioritering og ledelsesrum

En grundlæggende udfordring i den nuværende model er, at den statslige styring ofte stiller begrænsende krav til den daglige drift af sundhedsvæsenet. Det gælder krav til resultater og aktivitet, og det gælder de mange proceskrav, som af mange opleves som fagligt begrænsende, administrativ tung og udtryk for kontrol frem for faglig støtte.

Kravene afspejler, at der er meget store nationale, politiske ambitioner for sundhedsvæsenet, som dog efterlader et begrænset ledelsesrum med meget lille mulighed for at prioritere en urealistisk stor opgavemængde.

Det gælder på alle ledelsesniveauer og i særdeleshed i regionerne, hvor der er meget begrænsede muligheder for at prioritere opgaver op, ned eller helt væk.

Udrednings- og behandlingsretten og de bindende kliniske retningslinjer er eksempler på tiltag, som på mange måder har været med til at løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet, men som samtidig er så bindende, at det lokale skøn ofte sættes ud af kraft.

I kommunerne er frihedsgraderne generelt større, men også her er den statslige styring på flere områder øget i de senere år. På det politiske niveau er kommunernes økonomiske dispositioner strammet ind af budgetloven, og i forhold til driften stiller lovgivningen krav til dokumentation og proces.

Styringen af økonomi, resultater og processer er i en vis udstrækning nødvendige, men forskningen viser, at bagsiden af den generelt stigende styring ofte er reduceret motivation og trivsel blandt ledere og medarbejdere (Andersen m.fl., 2017). Når kravene kommer udefra, og oplevelsen er, at man ikke fagligt kan mestre opgaverne, forsvinder gejsten for arbejdet nemt.

Selv om ambitionen med den øgede statslige styring er at håndtere udfordringerne, bliver konsekvensen en manglende prioritering af sundhedsvæsenets begrænsede ressourcer. Resultatet er mismatch mellem politiske ambitioner og driftsmæssige realiteter og skuffede ansatte og borgere.

Forholdet mellem politiske og faglige ambitioner er derfor en balancegang. Inden for denne balancegang kan der ligeledes skabes bedre rum for et kombineret ledelsesmæs-

sigt og professionelt skøn, hvor borgernes ønsker stadig er helt centrale.

En løsning kan være en stærkere og mere sammenhængende prioritering, som i sidste ende er politisk, af, hvad sundhedsvæsenet reelt kan og skal levere. Herunder kan det være gavnligt at få større opmærksomhed på, hvor detaljeret prioriteringer kan foregå på forskellige niveauer i to henseender.

For det første i forhold til hvad der er hensigtsmæssigt at prioritere politisk på det nationale niveau, og hvad rummet kan være for politiske prioriteringer lokalt og regionalt. For det andet hvor detaljeret de politiske prioriteringer skal være, og hvornår det er hensigtsmæssigt at sundhedsprofessionelle kan prioritere med udgangspunkt i deres faglighed og i hensynet til den enkelte borgers ressourcer og behov.

En væsentlig del af prioriteringen handler om de midler, der bidrager til at opnå målsætningerne.

Robusthedskommissionen pegede på prioritering som det afgørende udgangspunkt for et bæredygtigt sundhedsvæsen. På mange måder er det Sundhedsstrukturkommissionen, som kan pege på det politiske og organisatoriske ophæng til denne prioritering. Her skal hensynet til værdiskabelsen både for den enkelte borger og for grupper af borgere stå meget stærkt.

F.eks. skal der være netop det antal ledere, der sikrer motiverede medarbejdere og gode resultater for borgerne. Dette hensyn skal kobles med en styring, der skal være så fleksibel, at den ikke fratager de professionelle ledere og medarbejdere handlerummet. Samtidig har de lokale ledere en vigtig opgave med at oversætte og gå i dialog med de professionelle medarbejdere for at understøtte accepten af de politiske prioriteringer.

## Decentralt ansvar fordrer sammenhæng i ledelseskæderne

En tilstødende ledelsesproblematik, som ligger i forlængelse af Ledelseskommisionens rapport fra 2018, er den manglende sammenhæng i ledelseskæderne. Den gælder både internt i kommuner og regioner og mellem myndighedsniveauerne.

Hvis sundhedsvæsenet skal leve op til ambitionen om sammenhæng, skal der være dialog begge veje i såvel de "myndighedsinterne" ledelseskæder, f.eks. mellem regionsråd, hospitaler, afdelingsledelser, funktionsledere og medarbejdere, og mellem myndighedsniveauerne, f.eks. mellem kommuner og regioner. Her er særligt trekanten mellem kommune, hospital og praktiserende læge central.

Konfliktende styring på det nationale, regionale og lokale niveau skaber uklarhed for ledere og medarbejdere. Det er afgørende, at der er et tydeligt, professionelt handlerum for de professionelle, samtidig med at dette er inden for den politiske retning og skaber konkret værdi for den enkelte borger.

Indsigterne fra driften skal også kommunikeres klart vi-

dere til beslutningstagerne. Det er helt nødvendigt at udvikle større forståelse mellem niveauerne gennem dialog og fælles styringsfora rettet mod fælles målsætninger.

Her er der en væsentlig balance at ramme. På den ene side er det nødvendigt, at man oppefra insisterer på klare målsætninger. Det skaber rammer og grundlag for den prioritering, som jeg netop har fremhævet. Omvendt skal der være råderum for alle dem, der udøver ledelse – herunder også de medarbejdere, der bidrager til løsning af ledelsesopgaverne. Det understøtter ledelse, der passer til den konkrete opgave.

Hvis der skal overlades decentralt ansvar, så skal personer med personaleledelse til gengæld også påtage sig ledelsesansvaret. Det hviler især på, at de har en klar lederidentitet. På sundhedsområdet må den meget gerne være koblet med en stærk faglig identitet, men det afgørende er, at der er mod til at påtage sig ledelsesansvaret.

Det gælder også for arbejdet i ledelsesteams, hvor forskelligheden mellem lederne i endnu højere grad skal gøres til en styrke. God ledelse i sundhedsvæsenet handler grundlæggende om samarbejde på tværs af fagligheder, organisatoriske grænser og hierarkiske niveauer. Det kræver udvikling af nye ledelsesforståelser hos både politiske, administrative og faglige ledere såvel som blandt medarbejdere og borgere, der også bliver bedt om at påtage sig et større ledelsesansvar. Det hviler i sidste ende på, at ledere på alle niveauer har fokus på værdiskabelsen for borgere og samfundet som det centrale omdrejningspunkt.

En særskilt problematik vedrørende styring og ledelse gælder praksissektoren. Praksissektoren er primært kendetegnet ved styring af økonomi og aktiviteter, mens det er mere uklart, hvordan ledelse kan spille en rolle både i og af praksissektoren. Det er i stigende grad tydeligt, at der er behov for ledelse i praksissektoren, for praksis er en central medspiller for at få de sammenhængende patientforløb til at fungere.

Dertil kommer, at der bliver flere personaler og faggrupper i de fleste praksis, og det stiller i sig selv nye krav til ledelse. Der lader til at være en stor interesse for ledelse i praksissektoren, men lige nu har vi meget lidt kendskab og få håndtag til rent faktisk at gøre noget ved det.

## Ledelse skal understøttes

Endelig er der en tredje udfordring, som er afgørende for forhåbningen om at høste fordele af en mere decentral ledelse. Lige nu står både regionale og kommunale ledere – især helt tæt på borgerne – med et stort driftspres, som gør det svært at afse tid til udvikling af ledelseskompetencer.

Forskningen viser, at prioritering af ledelsesudvikling er vigtig, fordi ledelseskvaliteten falder, hvis ledere i længere tid ikke har mulighed for at træne deres ledelse gennem kobling mellem viden, refleksion og handling på en måde, der passer til deres egne ledelsesopgaver (Jacobsen m.fl., 2022).

Relevant ledelsesudvikling er både vigtig for, at man kan lede sine egne medarbejdere og for at kunne skabe værdi sammen med andre på tværs og opad i organisationen.

Det indebærer, at bedre ledelse i sundhedsvæsenet hviler på en systematisk prioritering af ledelsesudvikling, som skal gøres mere fælles på tværs af områder. Ledelsesudviklingen skal være evidensbaseret og rette sig mod at lykkes med såvel egne ledelsesopgaver som den tværgående værdiskabelse til gavn for borgerne. En indsats omkring fælles ledelsesudvikling kan med fordel tage udgangspunkt i en fælles, anerkendt kompetenceprofil for ledelse, som det er kendt fra lande som Storbritannien, Holland og Canada.

Det gælder både for før-leder-udvikling for at styrke lederrekrutteringen og fortsat ledelsestræning for ledere, der har behov for at udvikle kompetencer i takt med nye ledelsesopgaver og organisatorisk udvikling.

En særlig udfordring omkring prioriteringen handler om tilbøjeligheden til at spare på ledelse. Ledelsesspændene er gennemsnitligt nogenlunde dobbelt så store i den offentlige sektor som i den private sektor, og det udtynder ledelsens potentiale. Forskningen viser, at effekten af ledelse falder, når man har ledelsesansvar for mange medarbejdere (Jacobsen, Hansen & Pedersen, 2023), og denne grænse overskrides ofte i sundhedsvæsenet, hvilket Robusthedskommisionen ligeledes har argumenteret for. At prioritere tid til ledelse indebærer ikke en nedprioritering af de borgernære opgaver. Det er tværtimod en anerkendelse af, at langt de fleste opgaver i sundhedsvæsenet kræver forberedelse, koordinering og opfølgning og dermed en ledelsesmæssig opmærksomhed.

## REFERENCER

- Andersen, L. B., A. Bøllingtoft, T. M. Eriksen, A.L. Holten, C. B. Jacobsen, U. T. Jensen, L. Ladegaard, J. Ladenburg, P. Nielsen, H. H. Salomonsen, N. Westergård-Nielsen, A. Würtz (2017). *Ledelse i Offentlige og private organisationer*, København: Hans Reitzel.
- Jacobsen, C. B., A. K. L. Hansen- & L. D. Pedersen (2023). Not Too Narrow, Not Too Broad: Linking Span of Control, Leadership Behavior, and Employee Job Satisfaction in Public Organizations, *Public Administration Review*, 83 (4): 775-792.
- Jacobsen, C. B., L. B. Andersen, A. Bøllingtoft & T. Eriksen (2021). Can Leadership Training Improve Organizational Effectiveness? Evidence from a Randomized Field Experiment on Transformational and Transactional Leadership, *Public Administration Review*, 82 (1): 117-131.

# De teknologiske løsninger ligger for fødderne af os

Hvorfor vente på hjælp til støttestrømperne, hvis teknologien kan gøre arbejdet, lige når det bedst passer borgeren? Der ligger teknologiske løsninger for fødderne af os, som kan skaleres til hele landet og i den grad bidrage til at løfte vores sundhedssektor. Hvad venter vi på? Vi bør hurtigst muligt udarbejde teknologiske nationale strategier for udvalgte velfærdsydelser, skriver Rolf Dalsgaard Johansen, medlem af Den Anden Kommission.



Af Rolf Dalsgaard Johansen

Forestil dig en fremtid hvor alle omsorgs- og sundhedstilbud til borgerne i udgangspunktet er digitale. En fremtid, hvor den nye normal er, at sundhedsmedarbejderen arbejder hjemmefra. En ny normal, hvor den enkelte borger med stor tilfredshed kan klare sig selv i en meget høj alder takket være teknologi. En ny normal, hvor ledelse handler om at forstå teknologiens muligheder og begrænsninger og hele tiden sikre retning og rammer, så medarbejderne kan arbejde så autonomt som overhovedet muligt.

Med andre ord en fremtid, hvor teknologien er førstevalg til løsning af alle sundhedsopgaver, og hvor mennesket med dwe sundhedsfaglige kompetencer har tid og overskud til at være lige netop der, hvor teknologien kommer til kort. En fremtid, hvor vi ikke spørger, hvad teknologien kan løse, men hvor vi insisterer på at definere, hvad teknologien skal løse.

## Drevet af tal og realisme – ikke blind teknologibegejstring

Min lille fremtidsfortælling bundet ikke i romantiske digitale fantasier. Nej, den er resultatet af 15 års ledelseerfaring fra omsorgs- og sundhedssektoren. Jeg har gennem årene fulgt udviklingen af vores velfærdssamfund fra første parket, og jeg kender de fleste tal og statistikker for området.

Og tallenes tale er, at uanset hvordan vi vender og drejer virkelighed, så kommer vi aldrig, jeg gentager aldrig, til at kunne rekruttere nok sundheds- og omsorgsmedarbejdere i fremtiden, med den måde vi arbejder på i dag. Vi mangler allerede nu både social- og sundhedsassistenter over hele landet. Og bare inden for de næste otte år stiger antallet af +80-årige hos os med knap 50 pct., og de vil dermed alt andet lige optage op mod 40 pct. af den samlede kapacitet på hospitalerne og kræve i tusindvis af flere medarbejdere i sektoren.

Udfordringerne til trods oplever jeg, at der er en stærk fælles ambition om at udbygge og bevare det velfærdssamfund, vi har i dag. Hvis det skal lykkes, er vi nødt til at arbejde langt mere målrettet og strukturelt med at gennemdigitalisere vores sundheds- og omsorgssektor. Robusthedskommissionen kom for et par måneder siden med 20 forskellige anbefalinger til at styrke sundhedssektoren. Anbefaling nr. 6 er et fælles princip om "digitalt og teknologisk først". Og det skal være min påstand, at hvis vi griber det rigtigt an, så vil det samtidig skabe mere velfærd og større tilfredshed blandt borgerne. Lad mig komme med nogle konkrete eksempler.

## En national strategi for støttestrømper

En analyse fra Vive har identificeret fire sygeplejeindsatser, der tager langt over 50 pct. af den samlede sygeplejetid på landsplan. Det drejer sig om følgende fire indsatser:

- Hjælp til at putte de rigtige piller i pilleæsker,
- hjælp til at tage medicinen på de rigtige tidspunkter,
- hjælp til at tage støttestrømper af og på, og
- hjælp til sårbehandling.

Vi har i dag maskiner, der bedre end mennesker kan tælle

og dosere medicin. Vi har teknologi, der kan servere de rigtige piller på de rigtige tidspunkter for borgeren med et lille "beep", og der findes lavteknologiske redskaber, som langt de fleste borgere selv kan bruge til at få støttestrømper af og på med. Kun en af top-fire-indsatserne, nemlig sårbehandling, kræver behandling af et menneske med sundhedsfaglige kompetencer. Sidsel Vinge har på fornemste vis beskrevet dette i SundhedsMonitor.

Der ligger altså løsninger for fødderne af os, som kan skales til hele landet og i den grad bidrage til at løfte vores sundhedssektor. Hvad venter vi på? Vi bør hurtigst muligt udarbejde teknologiske nationale strategier for udvalgte velfærdssydelse.

Selvfølgelig vil der altid være undtagelser. Der er altid borgere, der af en eller anden grund har brug for ekstra støtte fra varme hænder. Men hvis vi bruger teknologien til at hjælpe flertallet, så vil det netop være muligt at prioritere de mest trængende.

## Teknologien gør det muligt for den enkelte at genvinde sin frihed

Jeg kan allerede høre indvendingerne om ensomme gamle, der sidder bag skærmen uden menneskelig kontakt. Og ja, ensomhed er en udfordring, vi også skal have fokus på. Men vi bør stille os selv det spørgsmål, om vi reelt tror på, at det offentlige system kan gøre mennesker mindre ensomme, eller om civilsamfundets meningsfulde fællesskaber i højere grad tilbyder løsninger på denne åbenlyse samfundsudfordring.

Når vi diskuterer f.eks. plejen af vores ældre medborgere, så oplever jeg et udtalt ønske hos langt de fleste om at kunne klare sig selv længst muligt. Med til det hører friheden til selv at bestemme, hvornår man vil stå op, hvornår man vil spise, hvornår man vil gå på toilettet. Mange, der i dag modtager kommunernes fremragende service fra dygtige medarbejdere, bruger en del af deres tid på at vente.

Hvorfor vente på hjælp til støttestrømperne, hvis teknologien kan gøre arbejdet, lige når det bedst passer borgeren? Hvorfor vente på sygeplejersken med pillerne, hvis maskinen kan sortere og dispensere? Hvorfor vente, hvis man rent faktisk kan selv med hjælp fra teknologien?

Vi kan tage argumentationen et skridt videre og spørge: Hvorfor blive indlagt på et hospital, hvis man kan blive behandlet hjemme? Eller hvorfor flytte på plejehjem, hvis man med hjælp fra teknologien kan leve trygt i eget hjem?

Patienter kan ses i to grupper. Dem som har behov for uventet hjælp her og nu som for eksempel ambulancebistand og akutmodtagelse, og dem som har brug for hjælp som kan planlægges som for eksempel ambulante kontrolforløb og indlæggelser. For den sidste gruppe gælder, at langt de fleste foretrækker at være hjemme i de velkendte og trygge rammer, hvor man kan holde fast i egne rutiner og ikke bliver udsat for unødigt smitte fra andre.

## Hospital og plejehjem i eget hjem

Jeg ser muligheder i, at vi om fem-ti år ikke længere flytter borgere på plejehjem og til hospitalerne, men at stort set al behandling kan foregå der, hvor de er. Det skal være sådan, at sengepladser på hospitalerne alene skal anvendes ved operationer og til de mest komplekse forløb. Målet må være færrest mulige dage på selve sygehuset. Ilt, drop, måleudstyr og monitorering skal være mobilt og kunne køres ud i patientens eget hjem. Kommunale medarbejdere skal kunne få virtuel sparring fra relevante afdelinger på hospitalerne.

Jeg ser for mig, at borgeren, frem for at møde op på ambulatoriet eller i almen praksis kan måle sit blodtryk, infektionstal eller vægt derhjemme og sender resultaterne til lægen, som derved kan monitorere borgerens tilstand og vurdere behovet for yderligere behandling. Lægen kan desuden virtuelt rådgive borgeren om, hvad borgeren selv kan gøre ved eventuelle forværringer eller udsving i tallene. Denne forandring vil udover tekniske kompetencer også stille nye krav til sundhedspersonale i forhold til at kunne danne digitale relationer.

Det kan for nogle i den nuværende generation af ældre borgere være vanskeligt at vænne sig til brug af skærmopkald. Men lige om lidt kommer næste generation, som er vant til at tale med deres børnebørn på facetime, og efter dem kommer en generation, som har været digitale i deres professionelle arbejde i mange år.

## Der skal investeres milliarder

Det vil kræve yderst velfungerende digitale løsninger, hvis vi skal lykkes med at skalere velfærdssydelse på tværs af kommunerne. Digitale løsninger som sømløst giver borgeren en god brugeroplevelse, en tryk hverdag og samtidig behandler følsomme persondata på en etisk forsvarlig måde.

Jeg tør næsten ikke sige det, men der er brug for fælles it-systemer, som ikke findes i dag. Der er derfor behov for, at der bliver skruet markant op for indsatsen, med milliardersatsninger i at udvikle den digitale infrastruktur. En investering som på den lange bane vil sikre vores velfærdssamfund.

Mange vil nok indvende, at der allerede er postet enorme summer i vores sundhedssektor i de senere år. Der er også rigtigt. Udfordringen er bare, at udviklingsmidlerne er gået til sygehusene, og sundhedssektoren har tre ben, der er lige vigtige: Almen praksis, hospitalerne og kommunerne. Kun hvis der investeres i alle tre, vil vi lykkes med at give borgerne helhedsorienteret omsorg og service.

Derfor er der brug for en national investeringsfond til e-samfundet. En fond til at bygge en fælles national digital infrastruktur, som alle kan koble enkeltstående digitale løsninger op på. Både almen praksis, kommuner og sygehuse. Sker det, vil det være muligt at konstruere den hele borgerrejse eller sundhedsrejse på tværs af sektoren.

Og ja, vi taler milliarder, men vi taler om langsigtede milliarder, som reelt vil kunne forbedre, styrke og effektivisere vores velfærdssamfund. Ikke stoppe-huller-milliarder, der ikke giver noget til eftertiden.



## Den mentale portal til e-distriktet

Men, det er vigtigt at understrege, at penge ikke løser problemerne alene. Hvis vi for alvor skal tage livtag med udviklingen og transformationen af vores sundheds- og omsorgssektor, så handler det i den grad også om, hvordan vi tænker, og hvordan vi organiserer os. Det gælder både på tværs af sektorer og inden for den enkelte sektor.

Der er således brug for en national debat om balancen mellem landsdækkende standarder og lokal handlefrihed, og der er brug for, at fremtidige sundhedsaftaler i højere grad reelt understøtter udbredelsen af ressourcebesparende teknologier i stor skala.

Og når debatten om kommunernes medfinansiering af sundhedsvæsnets, som har været fastfrosset de seneste år, genåbnes, så bliver det afgørende, at økonomiske incitamenter ikke kun understøtter forebyggelse og effektive behandling, men også skaber incitament til, at alle bidrager til laveste effektive ressourceniveau på tværs af hele patientforløbet.

På det konkrete plan skal vi åbne den kollektive mentale portal til e-sundhedsdistriktet. Skabe en bevidsthedsinfrastruktur, hvor teknologien hele tiden ses og overvejes som et strukturelt instrument til at aflaste eller gavne mennesket. En slags digital motorvej, der understøtter og hjælper, hvor det giver mening. Vi skal med andre ord uddanne os til at sætte "E-" foran alt.

E-distriktet i Haderslevs hjemmepleje er tænkt sådan. Her arbejder vi ikke med omlægning af traditionel hjemmepleje, eller summen af enkeltstående teknologier. Nej, vi arbejder på at tænke digitalt først og være ekstremt opmærksomme på, hvor teknologiske løsninger giver mere værdi og mere frihed til den enkelte. Vi træner vores medarbejdere i som det første at overveje: Er der en e-løsning, der vil være bedre for borgeren, end hvis jeg løser opgaven, som jeg plejer?

En vigtig pointe her er, at vi skal holde op med at tale om "omlægning" af ydelserne, idet det kan give indtryk af, at det hele handler om at tage samme opgave, løse den på samme måde, men blot flytte den et andet sted hen. Jeg vil i stedet kalde det "omtænkning". Den samme person skal tænke servicen til borgeren på en ny og bedre måde ved hjælp af teknologi.

## Hvad betyder alt dette for os som ledere?

Vi bliver også udfordret som ledere og stillet over for helt nye krav. Vi skal først og fremmest forstå borgernes behov og derfra være med til at definere, hvad teknologien skal kunne. Vi skal væk fra, at forskellige teknologiske løsninger er små pilotprojekter, som vi eksperimenterer med hver især rundt omkring i landets 98 kommuner. Teknologien skal være med til at drive den udvikling, vi ønsker, og løse de problemer vi

står overfor. Initiativer, vi ved virker, skal skaleres og være landsdækkende.

Og der er håb. På bare to år er andelen af kommuner, der er i gang med at implementere, eller har implementeret skærmbesøg i hjemme- eller sygeplejen, næsten fordoblet fra 33 pct. i 2020 til 63 pct. i 2022 (Momentum 2023). Vores opgave som ledere er at sikre, at de nye teknologiske tilbud ikke blot bliver et supplement til allerede eksisterende tilbud, men reelt bliver en erstatning, hvor det giver mening både for borger og sundhedspersonale.

Dernæst skal vi være meget bedre til at samarbejde på tværs af faglige siloer, på tværs af kommunerne, regionerne og staten.

Vi har brug for at tænke i større koncepter, og løsninger skal kunne anvendes af alle kommuner, regioner og almen praksis. Som ledere skal vi stå sammen om at skalere gode teknologiske velfærdsydelser på tværs af hele Danmark.

Vi skal også sørge for at kompetenceudvikle os selv, så vi forstår teknologiens betydning og muligheder. Vi skal passe på, at vi ikke får skabt et ledelsesmæssigt glasloft for den digitale udvikling i sundhedssektoren. Forstået sådan, at vi som ledere ikke ubevidst kommer til at skabe barrierer for indførelsen af ny teknologi, ganske enkelt fordi vi ikke ved bedre eller ikke helt forstår potentialet. Og vi skal forstå, hvilken form for videre- og efteruddannelse medarbejderne skal have for at kunne føle sig både trygge og kompetente i spændingsfeltet mellem den digitale kommunikation på distancen og de varme hænders nærkontakt.

Vi skal turde at centralisere og decentralisere på samme tid. Digitale systemer og velafprøvede metoder skal være fælles. Vi skal være enige om den strategiske retning, den taktiske værktøjskasse, og kommunikere dette klart og tydeligt. Og så skal vi give medarbejderne mest mulig frihed og autonomi til at løse hverdagens opgaver på bedst mulig måde.

Sidst men ikke mindst skal vi som ledere stå op for vores medarbejdere, når der sker fejl. For der vil ske fejl, når vi har med mennesker at gøre. Vi skal rette fejl, når de sker, men bekæmpe trangten til detailregulering og kontroltyranni. Det æder kun værdifuld tid, som kan bruges til omsorgsfuld pleje.

## Teknologi først så mennesker

Jeg argumenterer i tråd med Robusthedskommissionen for, at vi skal sige teknologi først, når vi ser på, hvordan vi bedst kan løse fremtidens velfærdsudfordringer. Men jeg vil gerne understrege, at det ikke er teknologi for teknologiens skyld. Nej, det er teknologi der, hvor løsningen kan give mere og bedre værdi til borgeren i en tid, hvor mennesker er blevet en knap ressource.

# På vej mod en giftig cocktail: Uddannelsesreformer og praksisnær forskning er afgørende

Uddannelsesreformer, mere praksisnær forskning og samarbejde er nødvendigt for at uddanne, tiltrække og fastholde dygtige medarbejdere og sikre kvaliteten, skriver Camilla Wang, medlem af Den Anden Kommission.



Af Camilla Wang

Det danske sundhedsvæsen står foran enorme udfordringer. Antallet af ældre borgere vil stige markant over de næste 30 år, og f.eks. forventes cirka hver tredje dansker i 2040 at være over 60 år, mens omkring hver tiende dansker i 2050 forventes at være over 80 år. Således forventes antallet af ældre over 80 år i 2050 at være godt 300.000 flere end i dag.

Samtidig står sundheds- og ældreområdet i en situation med personalemangel og betydelige rekrutteringsudfordringer. Ifølge Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) mislykkedes omkring hvert femte forsøg på at rekruttere social- og sundhedsassistenter samt sygeplejersker i løbet af de første fem måneder af 2023.

Oveni de betydelige rekrutteringsudfordringer er søgningen mod seks ud af otte sundhedsuddannelser på professionshøjskolerne faldet. På en af de største uddannelser

på sundhedsområdet, nemlig sygeplejerskeuddannelsen, er søgningen faldet med ikke mindre end 37 pct. siden 2015. Således var der i 2023 for første gang i mange år ledige pladser på sygeplejerskeuddannelserne stort set over hele landet.

Knap hver fjerde sygeplejerskestuderende falder fra i løbet af uddannelsen, og kun 55 pct. af de studerende svarer ifølge en undersøgelse fra Danmarks Evalueringsinstitut ja til, at de forventer at arbejde inden for deres profession om fem år. Også andre professionsuddannelser på sundheds- og ældreområdet oplever faldende interesse i disse år. F.eks. er søgningen til fysioterapeutuddannelsen faldet med 42 pct. siden 2015, mens søgningen til ergoterapeutuddannelsen er faldet med 40 pct. i samme periode.

Udviklingen er naturligvis kompleks. Men hvis jeg set fra et uddannelsespolitisk perspektiv skal koge det ned til noget, der kan handles på, så kan jeg ikke lade være med at pege på det forhold, at valget af en professionsrettet sundhedsuddannelse og -karriere ikke længere er så attraktivt, som det har været. Ifølge en undersøgelse fra Danmarks Evalueringsinstitut foretrækker studerende med de højeste karakterer og som overvejede sygeplejerskeuddannelsen, i stedet en lang sundhedsvidenskabelig uddannelse på universitetet.

Undersøgelsen viser også, at de unges opfattelse af dårlige arbejdsvilkår er en udslagsgivende faktor for fravalget af sygeplejerskeuddannelsen. F.eks. pegede 73 pct. af dem, der overvejede, men fravalgte uddannelsen, at bekymringer for arbejdsvilkår var afgørende for deres fravalg.

## Giftig cocktail venter forude

Ifølge Robusthedskommissionen vil det stigende antal ældre alt andet lige betyde, at vi ser ind i væsentlige rekrutteringsudfordringer i fremtiden. Og det konkluderes også, at medmindre der tænkes nyt, vil den geografiske og sociale ulighed i tilbud og ydelser risikere at forværres yderligere, hvilket kan skabe en ond cirkel med svigtende tillid til de offentlige tilbud på sundheds- og ældreområdet både hos borgere og medarbejdere.

Det er altså en giftig cocktail, der venter os forude: Flere

ældre borgere og behov for udbygning af et stærkt og borgernært kommunalt sundhedsvæsen blandet med færre unge, der ønsker at være sygeplejerske eller fysioterapeut og betydelige udfordringer med at tiltrække og fastholde nok dygtige sygeplejersker i store dele af landet. En cocktail, der betyder, at vi ikke bare kan fortsætte med det, vi plejer at gøre. Der er brug for at tænke i helt nye baner.

I min verden, er der to veje at forfølge:

For det første skal vi gøre det langt mere attraktivt at vælge en uddannelse og karriere som sygeplejerske, bioanalytiker eller fysioterapeut til, så vi fremover kan tiltrække og fastholde flere dygtige fagprofessionelle i sundhedsvæsenet og ældreplejen.

For det andet skal vi i langt højere grad, end det er tilfældet i dag, prioritere den praksisnære forskning i det nære sundhedsvæsen i kommunerne, så vi bringer os selv i en situation, hvor vi på baggrund af evidens og viden kan udvikle kliniske retningslinjer og nationale standarder, der styrker kvaliteten i plejen og behandlingen i alle landets kommuner.

## Behov for ambitiøse reformer af sundhedsuddannelserne

Nok dygtige sundhedsuddannede er og bliver en afgørende ressource for et stærkt og robust sundhedsvæsen i hele Danmark. Og derfor er der behov for ambitiøse reformer, der styrker uddannelserne, og gør dem mere attraktive og fleksible at vælge til for både unge og voksne, som ønsker at skifte spor senere i arbejdslivet.

Attraktive sundhedsuddannelser og professioner var da også i fokus hos Robusthedskommissionen, som et middel til at tiltrække studerende og medarbejdere til sundhedsområdet. I Danske Professionshøjskoler er vi på rigtig mange stræk på linje med både analysen og anbefalingerne fra Robusthedskommissionen, som fokuserer på behovene for uddannelse og kompetencer i fremtidens sundhedsvæsen og ældrepleje.

Der er flere uddannelsespolitiske tiltag, der adresserer tiltrækning og fastholdelse, og som både er et ærinde for professionshøjskolerne og for hospitaler, psykiatrien og kommunerne, som spiller en vigtig rolle som meduddannere af fremtidens sundhedsprofessionelle.

De studerende er f.eks. på sygeplejerskeuddannelsen i praktik næsten halvdelen af deres studietid, hvor de i deres første møde med "virkeligheden" på hospitalet eller i ældreplejen gerne skal opnå en oplevelse af tilhørsforhold og samhørighed, så de motiveres til at engagere sig både fagligt og socialt.

Men også senere i arbejdslivet, når de som uddannede fagprofessionelle gerne skal have lyst til at blive i faget og i arbejdet tæt på patienter og borgere enten ved at dygtiggøre eller omskole sig gennem specialisering og videreuddannelse.

Lad mig her nøjes med at fremhæve to potentielle reformelementer i sundhedsuddannelserne, som er relevante i

denne sammenhæng, og som bør tænkes ind i de kommende reformer af de erhvervs- og professionsrettede uddannelser.

## Bedre kobling mellem uddannelse og job

For det første skal der i sundhedsuddannelserne være en langt bedre kobling mellem uddannelse og job, da alt for mange nyuddannede oplever et praksis- og ansvarschok, når de møder hverdagen på hospitaler og i kommuner.

Det kan ske gennem styrkede praktikforløb og bedre muligheder for at træne og øve under uddannelsen. F.eks. i simulationsmiljøer på sundhedsuddannelserne, hvor de studerende bl.a. ved hjælp af dukker har mulighed for at øve og træne akutte scenarier, tage blodprøver og håndtere medicin, inden de møder rigtige patienter på en travl hverdag på et hospital eller i en kommune.

I den forbindelse vil vi på professionshøjskolerne gerne indgå i samarbejde med regioner og kommuner om at styrke sammenhængen mellem undervisningen på professionshøjskolerne og praktikforløb på hospitaler, sundhedshuse og ældrepleje.

F.eks. ved at sikre høj kvalitet i vejledningen af de studerende, etablere eksemplariske uddannelsesafdelinger på hospitaler og bedre muligheder for kombinationsstillinger mellem sundhedsvæsenet og professionshøjskolernes sundhedsuddannelser, så konkrete erfaringer fra den kliniske praksis tages med ind i den teoretiske undervisning på sundhedsuddannelserne – til gavn for de studerende.

## Fleksible og sammenhængende uddannelser

For det andet er der behov for at gøre sundhedsuddannelserne mere sammenhængende og fleksible. Det handler bl.a. om mere fælles indhold på tværs af de enkelte sundhedsuddannelser i form af flere fælleselementer, f.eks. i anatomi eller fysiologi, på tværs af de professionsrettede sundhedsuddannelser.

I forhold til at sikre mere fleksibilitet skal der være bedre muligheder for merit og at tilrettelægge uddannelserne på deltid, så det er nemmere for den enkelte at skifte uddannelsesspor undervejs i sit uddannelsesforløb eller efter nogle år i job.

Det mener jeg også har et stort potentiale. Det vil f.eks. betyde, at det bliver nemmere at tiltrække nye målgrupper til uddannelserne, at de studerende lettere kan skifte spor uden at skulle starte forfra, f.eks. hvis en jordemoder ønsker at skifte profession senere i livet til f.eks. sygeplejerske. Mere fælles indhold betyder ikke, at man skal gå på kompromis med kernefagligheden, og der er ikke tale om at udviske den fagprofessionelle identitet, som er vigtig at holde fast i.

Derimod kan mere fælles indhold på tværs i mine øjne bidrage positivt til en mere fleksibel arbejdsstyrke. Det vil stille nye og andre ledelsesmæssige krav til organiseringen af arbejdet end i dag, når de forskellige faggrupper både bliver i stand til at arbejde bedre sammen på tværs og bedre til at

fungere som et team, der hjælpes ad med at løse opgaverne omkring en borger, der hvor det er fagligt meningsfyldt.

Et eksempel kunne være en fysioterapeut, som i arbejdet med rehabilitering af en borger i eget hjem, også hjælper borgeren i bad.

## Tydeligere karriereveje og mere livslang læring

Et andet reformtema, som har store ledelsesmæssige implikationer, og som også Robusthedskommissionen pegede på, er behovet for at skabe tydeligere karriereveje og livslang læring, som er rettet mod praksis og det sundhedsfaglige arbejde tæt på borgere og patienter.

Tydelige og praksisrettede karriereveje kan både bidrage til at fastholde flere i professionen, f.eks. som faglige fyrtårne, at nogle professioner kan påtage sig nye opgaver, som kan aflaste andre og endelig være med til at øge sundhedsuddannelsernes attraktivitet i det hele taget.

En nylig undersøgelse fra VIVE konkluderer dog, at der i dag er et stort og ofte vidtforgrenet udbud af efter- og videreuddannelser på sundhedsområdet, som medarbejderne har svært ved at overskue. F.eks. er der 175 efter- og videreuddannelses tilbud til sygeplejersker på tværs af regioner og professionshøjskoler. Det er indlysende, at så mange tilbud gør det vanskeligt for den enkelte at danne sig et overblik over attraktive karriereveje, men det hæmmer også systemets muligheder for at imødekomme de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor.

Jeg er meget enig i, at der er behov for at rydde op i, forenkle og skabe større sammenhæng i videreuddannelserne, som udbydes på tværs af regioner, kommuner og professionshøjskoler.

Det skal sikre, at den enkelte ikke skal starte forfra i videreuddannelsessystemet, hvis man ønsker mere uddannelse, men i stedet kan bygge ovenpå. Herudover er der behov for, at videreuddannelses- og karrierevejene bliver tydeligere og mere praksisnære, hvilket vil gøre det mere attraktivt for de uddannelsessøgende at vælge sundhedsprofessionsvejen til og på længere sigt i højere grad fastholde dem i professionen.

Målet må være, bl.a. gennem et strategisk ledelsesmæssigt fokus på hospitaler og i kommunerne, at sikre at medarbejderne hele tiden har de kompetencer, som der skal til for at løse opgaverne. Her kan professionshøjskolerne spille en vigtig rolle i forhold til at skabe en bedre sammenhæng mellem de sundhedsfaglige grunduddannelser og videreuddannelser på det professionsrettede område, så det bliver tydeligere og mere attraktivt at dygtiggøre sig inden for professionen.

## Et stærkt nært sundhedsvæsen kræver mere praksisnær forskning

Der er også et stort behov for at styrke den praksisnære forskning tæt på borgere og patienter i de kommende år. I disse år sker der en udbygning og udvikling af det nære

sundhedsvæsen i landets kommuner, hvor flere og flere opgaver rykker fra de højtspecialiserede sygehuse tættere på borgerne.

Det gælder f.eks. den ældre borger, som efter en hospital-sindlægelse skal have hjælp til sårpleje af den kommunale sygeplejerske. Eller borgeren med KOL, som via telemedicin, løbende får sygeplejefaglig hjælp til at måle sin lungefunktion, så genindlæggelse så vidt muligt undgås.

På den måde aflastes sygehusene, mens der for den enkelte ældre bliver større tryghed og bedre mulighed for at fortsætte sit vante hverdagsliv trods sygdom.

En stor udfordring er, at der i dag er stor forskel på kvaliteten i de ydelser, man som borger får i det danske sundhedsvæsen. På et sygehus eller i almen praksis kan man forvente behandling af høj kvalitet baseret på evidens og nationale standarder, mens den kommunale pleje og behandling i højere grad er baseret på lokal praksis.

En af de vigtigste årsager til kvalitetsforskellene er, at mens der er solide traditioner for at forske på landets hospitaler, er det samme langt fra tilfældet, når det kommer til kommunernes praksis. Det på trods af, at knap 40 pct. af landets sundhedsmedarbejdere i 2021 var ansat i kommunerne. Det har bl.a. den konsekvens, at de kommunale sundhedsarbejdere ikke kan tilrettelægge deres arbejde efter kliniske retningslinjer, der er baseret på nyeste forskningsviden, ligesom man kan på sygehusene, hvor man har en lang tradition for at forske.

Derfor er der behov for tydeligere prioritering af mere praksisnær og anvendelsesorienteret forskning i det nære sundhedsvæsen. F.eks. inden for temaerne klinisk kvalitet og hvordan ældre med kroniske sygdomme kan modtage kommunal pleje efter høje nationale standarder, tværprofessionelt samarbejde om ældre borgeres sundhed og endelig forskning i, hvordan ældre kan modtage kommunal pleje og behandling, som er tilrettelagt specifikt til den enkeltes behov.

Forskningen kan med fordel placeres på professionshøjskolerne, som udover at have erfaring med praksisnær og anvendelsesorienteret forskning også kan sikre, at den nye viden bringes direkte ind i undervisningen på de sundhedsfaglige grunduddannelser, så fremtidens dimittender vil være i stand til at matche kravene om at arbejde på et mere evidensbaseret grundlag, end det sker i dag.

Kommunerne skal naturligvis være tæt involveret i både udviklingen og implementeringen af forskningsprojekterne, ligesom også bl.a. borgere og patientforeninger vil blive involveret, så den viden der genereres, er relevant og brugbar for målgruppen og aftagerne.

Sundhedsstyrelsen konkluderede sidste år i sin nationale forskningsstrategi for det primære sundhedsvæsen fra 2022, at hvis Danmark skal lykkes med at udvikle et nært sundhedsvæsen, som er kendetegnet af høj kvalitet, er det afgørende, at der arbejdes målrettet med at styrke forskningen i de kommunale sundhedsopgaver. Og skal strategien have den nødvendige effekt, er der både behov for en ambi-

tiøs økonomisk ramme til at løfte forskningsindsatsen i det nære sundhedsvæsen, og at nogle påtager sig ansvaret for at løfte opgaven.

## **Reformer og stærkt samarbejde kan vende udviklingen**

Ingen kan være i tvivl om, at der venter store og komplekse udfordringer forude, samt at der er behov for at tænke i nye løsninger.

I Danske Professionshøjskoler har vi med stor tilfredshed noteret os, at regeringen er på vej med reformer, som bl.a. skal gøre valget af de professionsrettede uddannelser mere attraktive.

Ligeledes har uddannelses- og forskningsminister Christina Egelund (M) i forbindelse med fordelingen af forskningsreserven for 2024 slået fast, at den praksisnære forskning

hidtil har været underprioriteret, og at rammerne for udmøntning af praksisnære forsknings- og formidlingsaktiviteter derfor nu skal belyses nærmere.

Men politiske reformer gør det ikke alene. Hvis det skal lykkes at skabe et stærkt og robust dansk sundhedsvæsen, kommer vi ikke i mål uden et tæt samarbejde og fælles ledelsesmæssigt fokus – på tværs af professionshøjskoler, regioner og kommuner – rettet mod tiltrækning og fastholdelse af nok, dygtige fagprofessionelle samt udvikling af solid praksisnær forskning, som kan styrke kvaliteten ikke mindst i det nære sundhedsvæsen i kommunerne.

I Danske Professionshøjskoler er vi klar til at samarbejde og bidrage konkret, så vi i fremtiden får et robust sundhedsvæsen, hvor alle borgere i hele landet har lige adgang til den samme høje kvalitet.





Dansk Selskab for ledelse  
i Sundhedsvæsenet

## Om DSS

Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet – forkortet DSS – er et tværfagligt netværk og inspirationsforum for aktører i det danske sundhedsvæsen med interesse for strategisk og operationel ledelse. Selskabet har fundament i Foreningen af Sygehusadministratorer i Danmark, der blev stiftet i 1912. Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet ønsker at præge udviklingen i det danske sundhedsvæsen. Det sker først og fremmest ved formidling af viden og holdninger til ledelserne i sundhedsvæsenet.

### Bestyrelse

- Forperson: Lægefaglig vicedirektør Kirsten Wisborg, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Næstforperson: Vicedirektør Dorthe Juul, Psykiatrien Region Sjælland
- Ass. partner Peter Mandrup Jensen, 'not a box'
- Udviklingschef Michael Møller, Niras A/S
- Chefsygeplejerske Maria Brinck Krog, Hospitalsenhed Midt
- Cheflæge Mette Warming Jørgensen, Sygehus Lillebælt
- Sygeplejerfaglig direktør Charlotte Fuglesang, Regionshospitalet Nordjylland
- Cheflæge Birgitte Klindt Poulsen, Aalborg Universitetshospital
- Administrerende direktør, Per Bennetsen, Københavns Kommune Sundheds- og omsorgsforvaltning

### Suppleanter til bestyrelsen

- Chefsygeplejerske Ann Fredborg, Aarhus Universitetshospital
- Chefbioanalytiker Lene Sofia Sørensen, Nuklearmedicin og PET, Aarhus Universitetshospital

### Henvendelse

lun@niras.dk

## Den Anden Kommission

Sundhedsvæsenet står foran den måske største forandring i moderne tid og alle gode tanker må inddrages. Derfor har DSS bedt tolv dygtige og engagerede ledere, forskere og praktikere om deres bud på en fremtidssikring af denne hjørnesteen i velfærdssamfundet.

Kronikørerne kommer fra vidt forskellige dele af samfundet og sundhedssektoren og går på banen med deres meningers mod. Tilsammen kalder vi dem Den Anden Kommission, og med denne udgivelse vil vi gerne give mod- og medspil til det vigtige arbejde i Sundhedsstrukturkommissionen og den politiske indsats efterfølgende.



Dansk Selskab for ledelse  
i Sundhedsvæsenet