SYDDANSK UNIVERSITET

Årsmøde DSKS
Nyborg Strand
12. januar 2019

Sundhedsklynger/ Sundhedsfællesskaber:

Hvad er det (løsningen på)? Ledelse?

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

AALBORG UNIVERSITET

Åbningstalen
2. oktober 2018

….. vi [skal]løse de problemer, vi står med i dag.
Det første er nærhed. I dag skal alt for mange mennesker på hospitalet for at få en relativ ukompliceret kontrol. Det presser både patienter og sygehuse.
Men for eksempel behøver patienter med hjertesygdomme ikke at komme til sygehuset for at få genoptræning. Rehabilitering.

Og hvis der er behov for opfølgende pleje, kan det gå helt i stå.
Det skal vi gøre meget bedre. Det er ikke nok, at behandlingen er god. **Forløbet** skal også føles trygt. Og det slutter først, når patienten har det godt igen.
For det tredje er der for store forskelle i sundhedstilbuddene, alt efter hvor i landet man bor.

Målet er at skabe dén organisering, der bedst muligt kan drive udviklingen af vores sundhedsvæsen fremad. … **Nationalt**, hvor forskellene skal være mindre og kvaliteten større.

Lokalt, hvor **21 nye sundhedsfællesskaber** fremover skal bygge bro mellem sygehuset, kommunen og den praktiserende læge. Hvert sundhedsfællesskab bliver bygget op omkring ét af de nuværende akutsygehuse. De vil **i gennemsnit dække 4-5 kommuner**. Og være en ny drivkraft for, at behandlingen bliver sammenhængende.

Nytårstalen

”Alt for mange må unødigt tage til behandling eller kontrol på sygehuse, som ligger langt fra hjemmet. I stedet for tæt på, hvor de bor – hos egen læge eller på et sundhedscenter henne om hjørnet.

Det er besværligt for den enkelte. Og det presser sygehusene, der er pressede nok i forvejen.
Alt for mange svagelige ældre bliver indlagt igen og igen. Og alt for mange bliver udskrevet til ingenting.

Fordi den ene hånd ikke altid ved, hvad den anden gør. Og fordi der er for lidt tid til at holde i hånd.
….
I det nye år vil jeg fremlægge mit bud på forsvarlige forbedringer. **Med afsæt i 21 nye lokale sundhedsfællesskaber**. Bygget på personalets faglighed. Og hvor vi for alvor sætter patienten før systemet.

Det nære …

Det nære sundhedsvæsen

Består af

- De kommunale sundhedstilbud
- Almen praksis

- Praktiserende speciallæger
- Praktiserende fysioterapeuter m.fl.

Tæt samarbejde mellem alm. praktiserende læger og kommunerne er en afgørende forudsætning for bære-og løfteevnen af det nære sundhedsvæsen

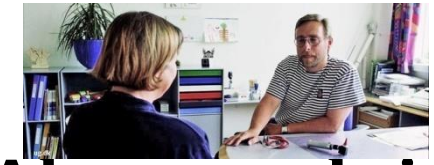
… Sygehusene skal være til det komplicerede.
Hvis det ikke er svært, skal det være nært”

- *Ellen Trane Nørby, Altinget: Magasin nr. 19, oktober 2018*

Inspirationskilden til sundhedsfællesskaber…

Den danske sundhedstrekant: Hænger den godt nok sammen? Er arbejdsdelingen optimal? Hvor meget kan alm. praksis/ kommuner aflaste sygehusene

LEON-princippet:
lavest effektive
omsorgs-og
omkostningsniveau



Almen praksis
Praksissektoren iøvrigt

‘Manglende sammenhæng:
Tilbagevendende klagesang

Sygehusene

Kommunerne

Politiken, marts 2018

En ny struktur i sundhedsvæsenet

Dagens Medicin april '18

debat

SAMMENHÆNG

Samlet ledelse kan skabe sammenhæng

SUNDHEDSPLATFORMEN

SPeranto for begyndere

Politiken oktober 2018

DEBAT

Nedlægger man regionerne, bliver problemerne kun meget større

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, januar '19

Fra siloledelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet

Det er afgørende, at det sundhedsvæsen, der burde hænge sammen, får en fælles ledelse. Forfatterne beskriver her, hvordan kommende klyngeledelser kan opbygges. Af Kjeld...

SUNDHEDSPOLITISK TIDSSK

Hjem | Nyheder | Meninger | Mennesker | Kultur

Om os | Kontakt | Annoncer | Betingelser

Vi skal have fælles ledelse af sundheden

April 2018

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

Kommentar

Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi, SDU

Leif Vestergaard Pedersen, direktør, Kræftens Bekæmpelse

Frede Olsen, professor i almen medicin, Aarhus Universitet

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

Hvem har ansvaret for sundheden for borgerne i et område? Hvem har ansvaret for, at den praktiserende læge, hjemmesygeplejersken og det lokale sygehus har samme principper for f.eks. sårbehandling?

Hvem sikrer, at hjemmesygeplejerske, praktiserende læge og hospitalets udgående team ikke på samme tid behandler patientens sygdomssymptomer? Hvem har overblikket? Hvem har ansvaret for ledelse og faglig udvikling i "det nære sundhedsvæsen"?

Ingen!

På trods af at vi bruger milliarder af kroner på sundhedsvæsenet, er der ingen, der har det samlede ansvar for den vigtigste del af sundhedsvæsenet; det der foregår mellem hjem, praktiserende læge og sygehus, hvor 90 procent af alle sundheds- og sygdomsproblemer skal håndteres, så de ikke bliver et større sygehus-problem.

Tiden er inde til at få etableret en fælles ledelse af det der sker i kommunernes sundhedsvæsen, det den praktiserende læge laver og det der sker på hospitalerne.

Grundide

- Arbejdet med bedre sammenhæng og det nære sundheds-væsen er blevet grebet forkert an!

- Ny model med vægt på **samlet ledelse** af sundheds-væsenets tre hovedaktører: Almen praksis, kommuner og hospitaler
  - en ledelse og organisering præget af ligeværdighed med fokus på populationsansvar
  - Organiseret omkring akutsygehusene
    - Men IKKE med akutsygehuset som omdrejningspunkt

Grundide (fort.)

- Det fungerer ikke, hvis hver kommune, hvert hospital og hver praktiserende læger bestemmer helt selv. Så hænger sundhedsvæsenet ikke sammen.

- Men hvis kommunerne, de praktiserende læger og hospitalet bestemte det sammen ville indsatsen måske hænge bedre sammen."

- **Forslag**: man laver et antal **sundhedsklynger** med ansvar for ledelsen af den samlede sundhedsindsats over for patienterne i klyngens optageområde.

- I **geografisk henseende kunne man tage afsæt i de kommuneklynger,** der flere steder er dannet omkring de lokale sygehuse.

Eksempel på sundhedsklynger

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

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

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

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

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

Aarhusklyngen: Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommune.

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

Grundide (fort.)

- **Selvom (akut)hospitalet og dertil hørende kommuneklynge er det organisatorisk udgangspunkt, er det** ikke omdrejningspunktet.

- Det er afgørende, at fokus for indsatsen og den opgavemæssige tyngde er på hele befolkningens sundhed og sygdom, og **at de fleste og det meste kan og skal behandles i det nære sundhedsvæsen** med vægt på den praktiserende læge med bedre bistand fra hospitalet.

- Populationsansvar

Grundide (fort.)

- **Ledelsen af** sundhedsklyngen er helt central i vores forslag.
  - Uklarhed om præcise beslutningskompetence

- **Ledelsen bør i det mindste bestå af tre personer**: En praktiserende læge udpeget efter forslag fra og blandt de ovenfor nævnte praksisklynger. En faglig stærk hjemmesygeplejerske eller tilsvarende efter forslag fra kommunerne. Og én fra hospitalsledelsen der har indsigt i og overblik over det samlede sundhedsvæsen.

- Det vil på mange måder være optimalt, hvis **den øverste leder** af sundhedsklyngen har erfaringer som praktiserende læge eller tilsvarende.

- Med dagens struktur vil det være naturligt, at klyngeledelsen **refererer til Regionsrådet**

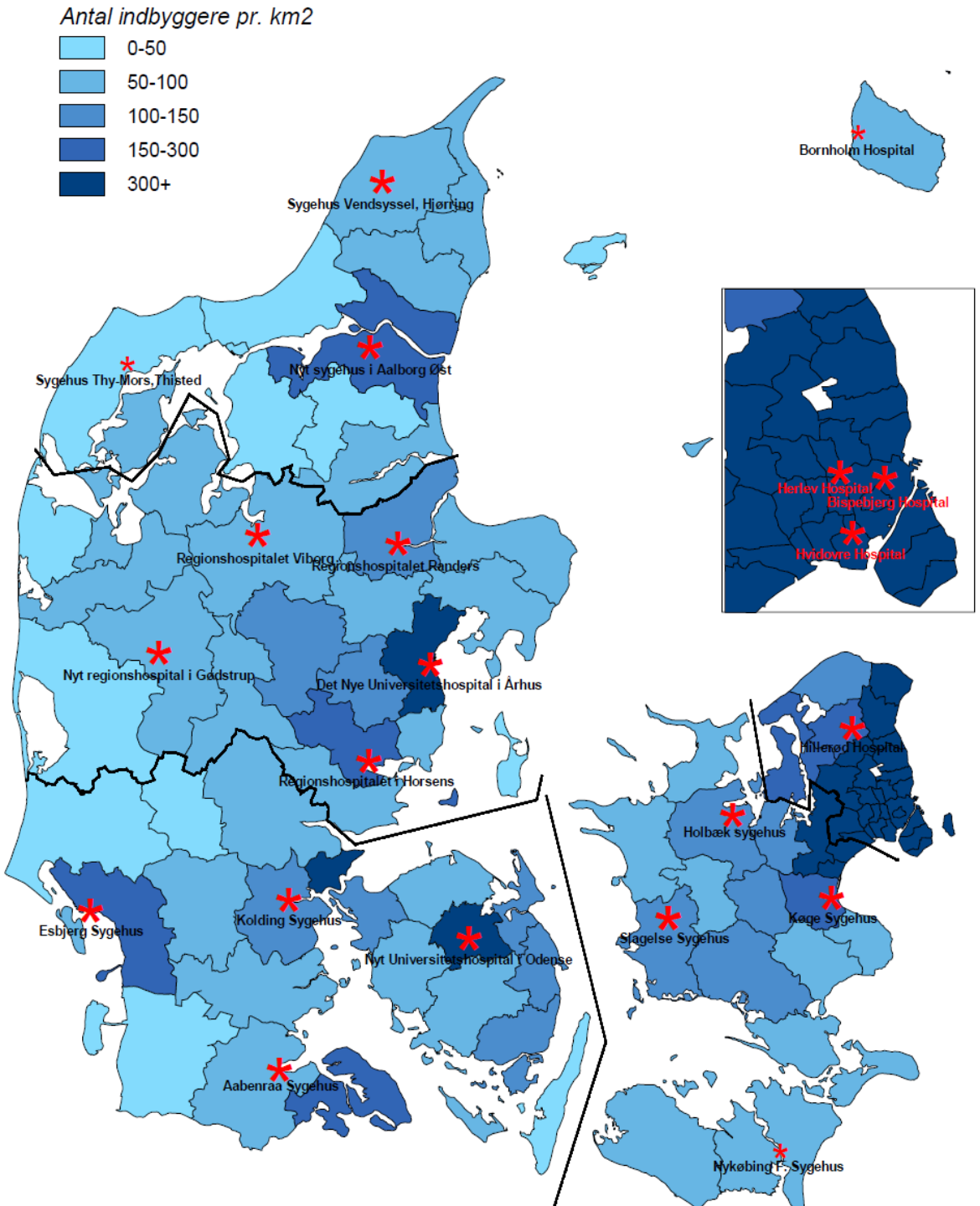
- Konstruktionen indebærer, at **klyngeledelsen i høj grad skal have indflydelse på ledelsen af sundhedsklyngens hospital**.

- Der nedsættes **en kommunal-regional politisk følgegruppe** for klyngeledelsen

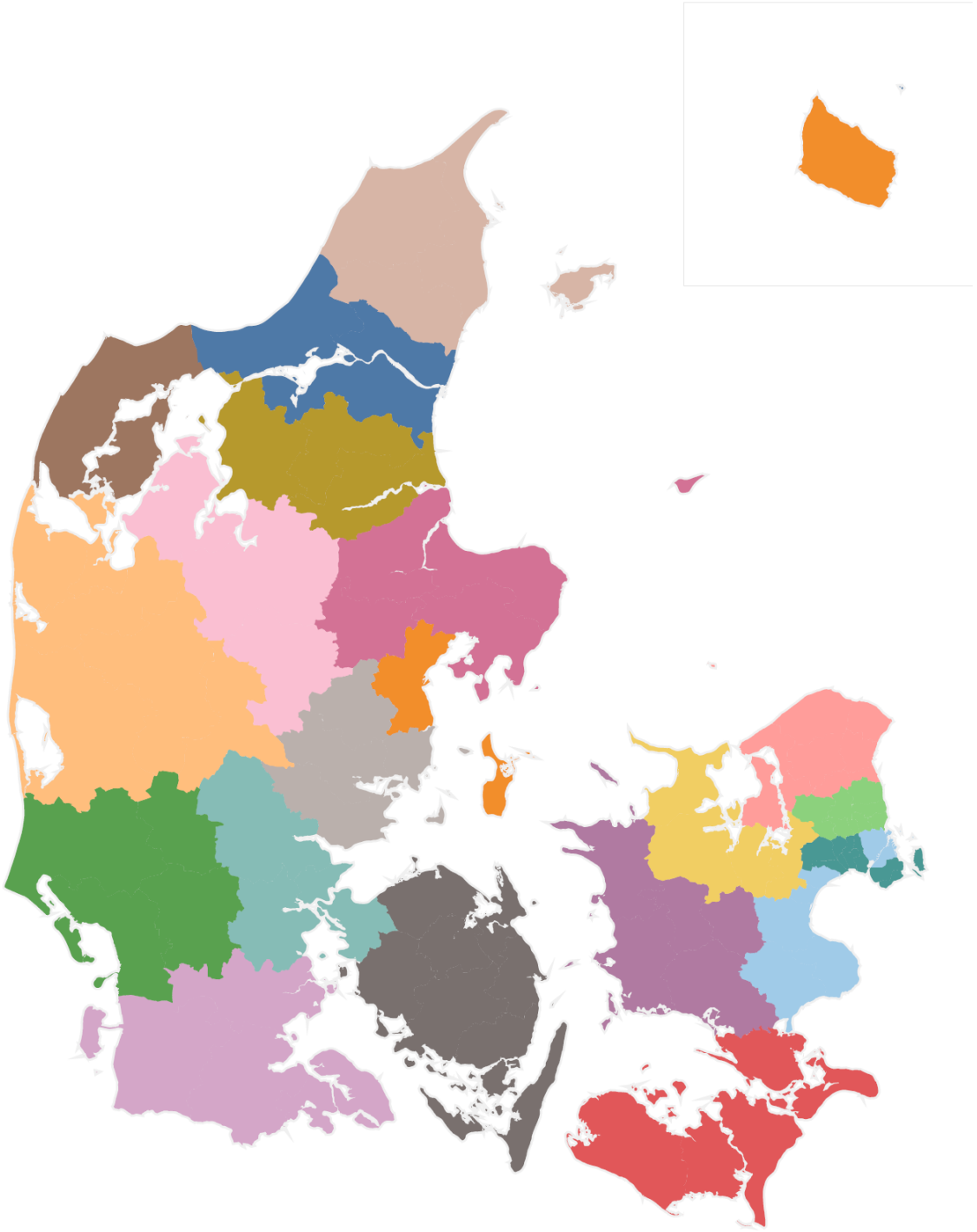
Tre kort …

De 21 akutsygehuse (= akutmodtagelse døgnet rundt)

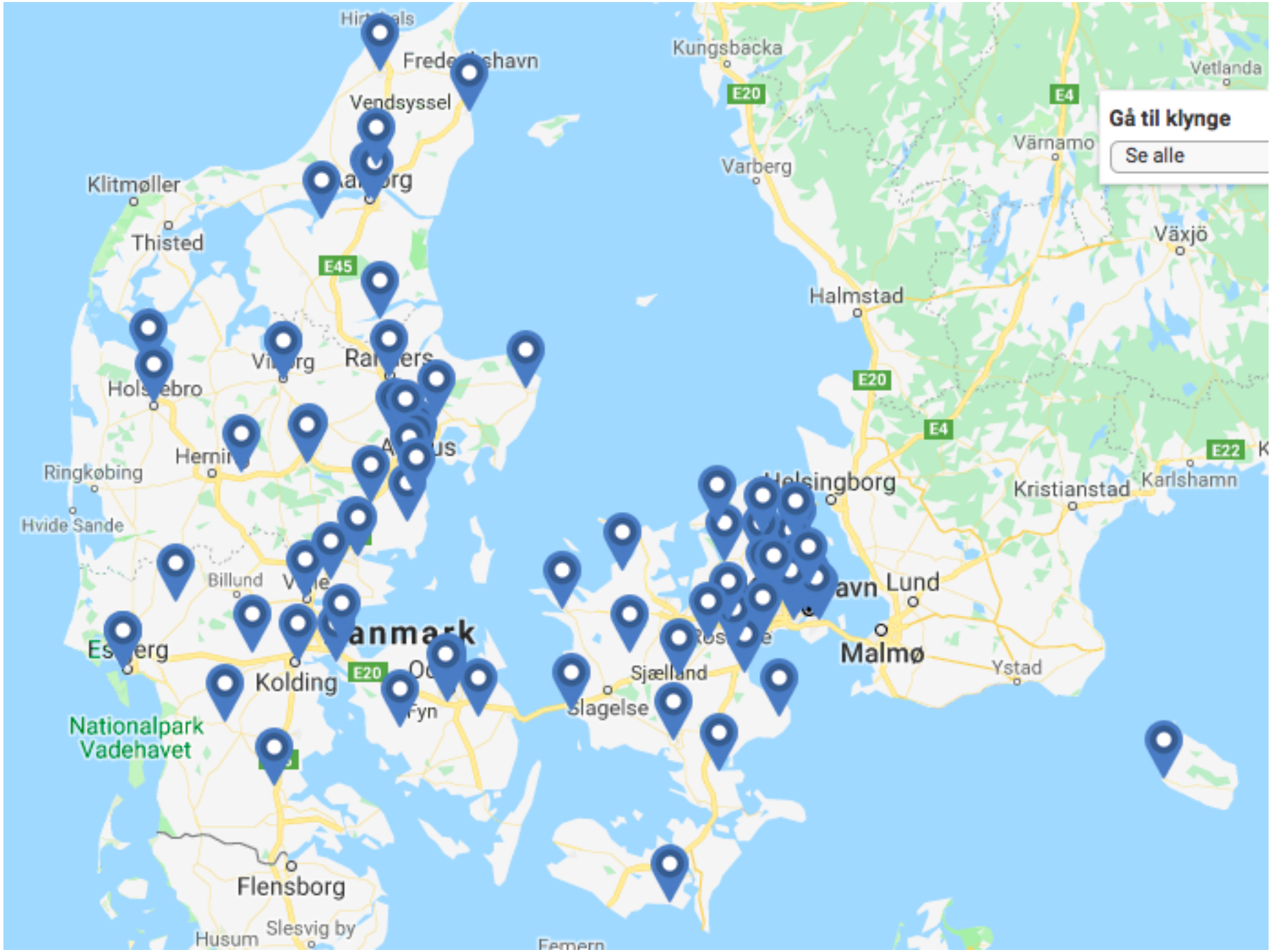
MEN hovedparten arbejder sammen med flere kommune end i den lokale Sundhedsklynge, Fx hvis man har lands-og landsdels-funktioner og region-funktioner



21 eksisterende kommuneklynger omkring akutsygehusene



Praksisklynger
(under opbygning, Indbygget i den seneste PLO-Overenskomst)

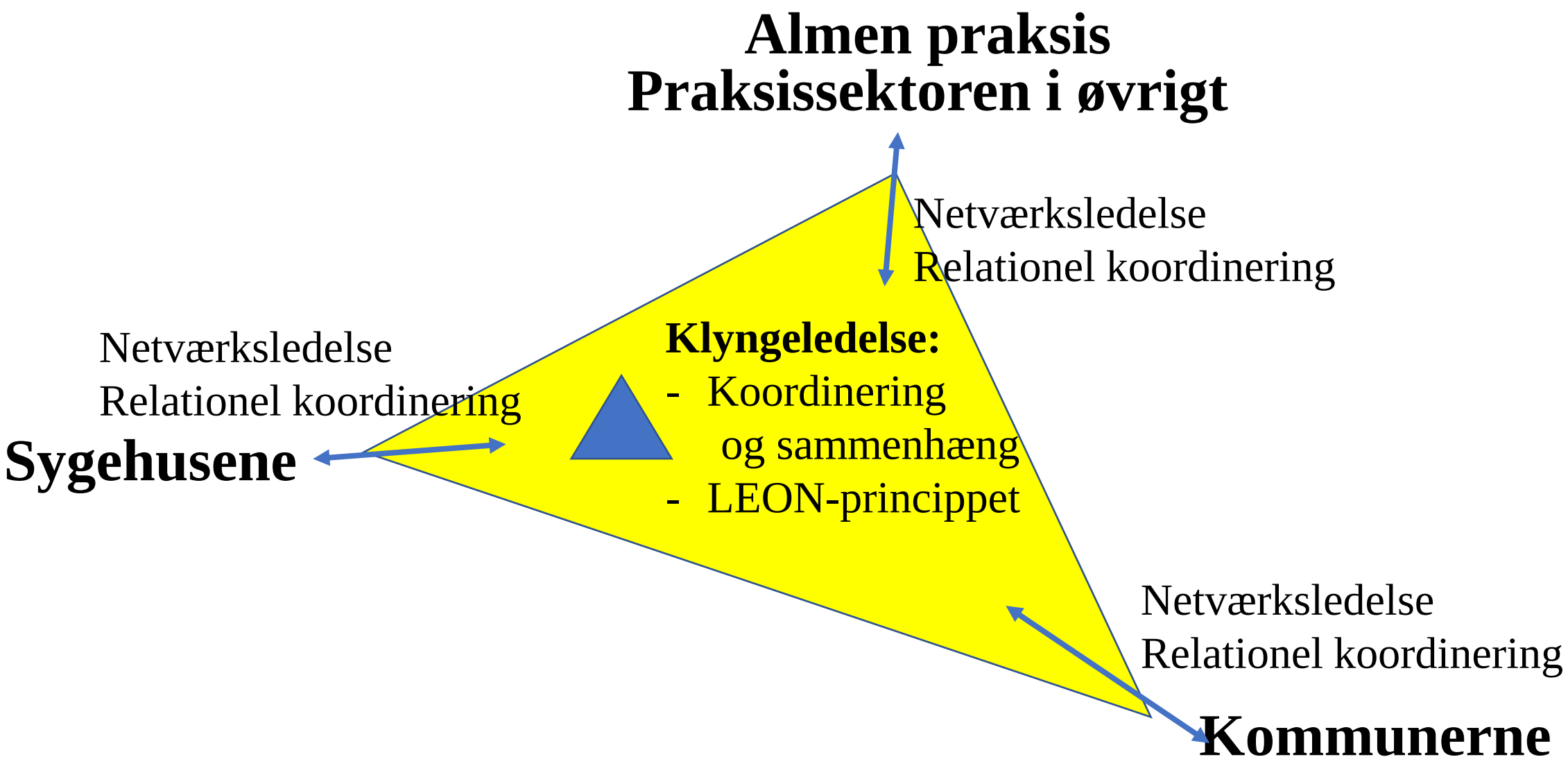


Ledelse af klyngerne

Trojka

Hjemmesygeplejerske - alm prak. læge – sygehusleder med kendskab til hele sundhedsvæsenet

Med klare beslutningsbeføjelser
Reference til regionerne
Uafhængig af ‘udpegende’ instans
Eget (mindre) budget


Almen praksis
Praksissektoren i øvrigt
Netværksledelse
Relationel koordinering
Netværksledelse
Relationel koordinering
Sygehusene
Klyngeledelse:
- Koordinering og sammenhæng
- LEON-princippet
Netværksledelse
Relationel koordinering
Kommunerne

	Samarbejde	Samordning	Samordnet ledelse
Formaliserings grad			
Målprioritering			
Forpligtelser			
Personale-ressourcer			
Autonomi			

Overordnet består ledelsesopgaven af tre indbyrdes afhængige og overlappende komponenter:

1. At se opgaven og forstå behovet for sammenhæng, fordi ingen på forhånd har hele billedet af patienternes forløb.

2. At etablere rammer for samarbejde, fordi der er brug for systematiske, robuste forbindelser mellem arbejdsprocesser, funktioner og enheder.

3At styrke professionelle relationer på tværs, dvs. relationsopbygning, fordi der er brug for klare, professionelle relationer for at kunne opbygge og vedligeholde samarbejde på tværs og reagere agilt afhængig af, hvad situationen fordrer.

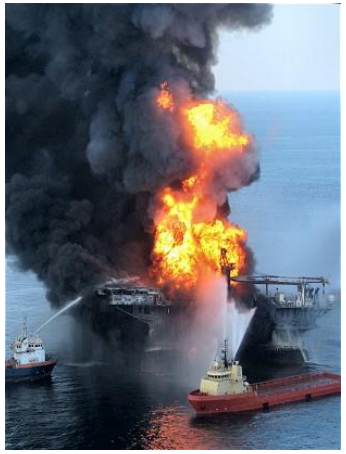
Ledelsen skal have kompetence til at fastlægge fælles lokale standarder og fælles retningslinjer, som alle, der er tilknyttet en sundhedsklynge, skal følge. Det kan f.eks. være retningslinjer omkring sårpleje, akut aflastning, diagnostisk og behandling af KOL - hvem gør hvad, hvornår?

Overordnet spørgsmål

Er der behov for en nærheds-og sammenhængsreform:

- Regionerne har ikke gjort det godt nok?
- Manglende sammenhæng i trekanten:
  - sygehus-almen praksis- kommune
- Forsøg på at skabe indtryk af nærhed i en tid hvor sygehusvæsenet er blevet centraliseret - og dermed 'fjernere'
- Øget vægt på 'det nære sundhedsvæsen' for at håndtere kroniker-og aldringsudfordringen

Men er det en brændende platform



OG hvor meget tror vi på, at sundhedsfælles-skaber m.m. giver et bedre sundhedsvæsen?

Med bedre sammenhæng Og mere nærhed?