

# KL

› DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN  
NOVEMBER 2017

UDSPIL

# STYRK DET NÆRE SUNDHEDS- VÆSEN!

– FREMTIDSSIKRING AF INDSATSEN  
TIL DE ÆLDRE OG BORGERE  
MED KRONISK SYGDOM



**Styrk det nære sundhedsvæsen! – Fremtidssikring af indsatsen til de ældre og borgere med kronisk sygdom**

© KL

1. udgave, 1. oplag 2017

Produktion: Kommuneforlaget A/S

Design: e-Types

Foto: Colourbox

KL


Weidekampsgade 10


2300 København S

Tlf. 3370 3370

kl@kl.dk

www.kl.dk

 @kommunerne

 facebook.com/kommunerne

Produktionsnr. 830285

ISBN 978-87-93365-94-0-pdf

# 01 / FREMTIDENS SUNDHEDS- INDSATSER SKAL SÅ VIDT MULIGT GIVES TÆT PÅ BORGEREN

## Mere skal ske i det nære

Den daværende regering formulerede tilbage i 00'erne en vision for et specialiseret sygehusvæsen. Siden da er der satset massivt på at realisere visionen, og i disse år er den ved at være virkelighed med nye specialiserede sygehuse. Det har været en vigtig og nødvendig udbygning.

Tiden er nu inde til at forankre et langt større ansvar for sundheden i borgerens nærmiljø – i kommuner og almen praksis med tæt samarbejde med specialister på sygehusene.

Kommunerne har en unik mulighed for at have et længerevarende samarbejde med borgeren og derigennem fremme borgerens sundhed og forebygge, at borgerens eventuelle sygdom forværres. Det gør kommunerne gennem veludbyggede tilbud på sundhedsområdet og en bred palette af indsatser på daginstitutionsområdet, folkeskolen, jobcentrene, foreningslivet og i de mange tilbud til ældre. Nærheden til borgeren giver også kommunerne gode forudsætninger for at forebygge ulighed i sundhed.

Vi skal udnytte kommunernes helhedsorienterede syn på borgeren langt bedre end i dag. Og vi skal udnytte kapaciteten i det samlede sundhedsvæsen smartere. For den nye sygehusstruktur er ikke gearret til at håndtere de massive ændringer i sygdomsbilledet hos danskerne, som for alvor slår igennem i de kommende år.

Frem mod 2030 vil der komme langt flere borgere med kronisk sygdom og flere ældre, som vil lægge beslag på sygehuse-nes ressourcer, hvis ikke vi handler nu. Alene til personer med diabetes forventes aktiviteten på landets ambulatorier at blive tredoblet, hvis vi fortsætter uændret.

Det danske sygehusvæsen er – sat på spidsen – indrettet med en tilskyndelse til at holde – også de mindre komplicerede – borgere med kronisk sygdom i behandling på ambulatorierne. Måske derfor foregår en betydelig del af behandlingen af mennesker med kronisk sygdom i Danmark i sygehussektoren. Sammenlignet med andre lande ligger den danske kronikerbehandling på et højere specialiseringsniveau med generelt flere sygehusindlæggelser, herunder flere akutte indlæggelser, genindlæggelser mv.

## Vi har brug for en plan

For at fremtidssikre vores fælles sundhedsvæsen skal et langt større ansvar for sundheden forankres i borgerens nærmiljø. Det skal samtidig sikre, at borgerne oplever en større fleksibilitet i behandlingen og derfor kan leve et liv, hvor sygdommen spiller en mindre rolle.

*Det gør vi bedst ved, at Sundhedsstyrelsen allerede i 2018 laver en plan for udflytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen frem mod 2025.*

- Fra 2020 skal de praktiserende lægers populationsansvar for borgere med type-2 diabetes og KOL understøttes og aflastes af kommunale tilbud, så borgere med de beskrevne sygdomme kan modtage nødvendige kontroller og indsatser i nærmiljøet.
- Frem mod 2025 skal opgaver for borgere med hjerte-kar-sygdomme, muskel-skelet-lidelser og kræft mv. flyttes til det nære sundhedsvæsen, hvor kommunale tilbud tillige understøtter og aflaster almen praksis.

### **Knyt almen praksis tættere til kommunen**

Når vi forankrer et større ansvar i borgernes nærmiljø, skal lægernes ressourcer samtidig anvendes anderledes end i dag. Med den nye opgavefordeling, som KL ønsker, at Sundhedsstyrelsen skal fastlægge, skal kommunerne og de praktiserende læger knyttes tættere sammen og fungere som ligestillede og tæt forbundne parter i det nære sundhedsvæsen.

Almen praksis skal gøre brug af kommunernes tilbud og kommunerne skal have adgang til rådgivning fx gennem en kommunal 'trækningsret' på almen praksis – det har man gode erfaringer med i Norge.

### **Juster styringen af sygehusene**

Samtidig skal den økonomiske styring af sygehusene justeres, så ingen sygehuse har incitament til at øge eller holde på unødigt aktivitet for ældre medicinske patienter og ambulant aktivitet for patienter med kroniske sygdomme. Sygehusene skal tilrettelægge deres rådgivning efter

kommuners og almen praksis' behov.

Det skal ske ved, at kommuner og almen praksis får økonomi til at sikre regional rådgivning efter lokale behov. På den måde styrkes mulighederne for at håndtere borgerne uden for sygehusene i videst muligt omfang.

### **› FRITAGELSE FOR PRODUKTIVITETSKRAVET**

Regeringen og Dansk Folkeparti har aftalt, at sygehusenes produktivitetskrav suspenderes i 2018, indtil en ny og bedre styringsmodel for det danske sundhedsvæsen er klar fra 2019. Den nye styringsmodel fastlægges som led i regeringens sammenhængsreform, hvor KL bør inviteres med i arbejdet.

# 02 / KNÆSÆT NYE PRINCIPPER FOR SUNDHEDSVÆSENET

Vi skal dæmme op for udviklingen i kroniske sygdomme gennem øget forebyggelse og øget fokus på borgere med få ressourcer. Og vi skal undgå, at mennesker behandles på sygehusene, hvis tilstanden kunne forebygges eller håndteres i nærmiljøet.

### **› VI SKAL KNÆSÆTTE NYE PRINCIPPER FOR SUNDHEDSVÆSENET:**

- › Forebyggelsen skal prioriteres anderledes højt end i dag.
- › Borgeren skal mødes med en sundhedsindsats, som hænger sammen med borgerens liv i nærmiljøet. Det har bl.a. som konsekvens, at langt flere patienter skal behandles uden for sygehusene.
- › Borgeren skal opleve, at indsatser i sundhedsvæsenet i langt højere grad er tænkt sammen med indsatser på social- og beskæftigelsesområdet, og hjemme(syge)plejens tætte kontakt til borgeren skal udnyttes bedst muligt.
- › Brug af borgernær teknologi, beslutningsstøtteværktøjer og effektiv og sikker deling af relevante data skal understøtte, effektiv behandling og forebyggelse i nærmiljøet, som er til gavn for borgeren.
- › Lægernes ressourcer skal bruges, hvor det giver mest værdi for samfundet, og incitamenterne i sygehusvæsenet og almen praksis skal understøtte et hensigtsmæssigt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen om fælles patienter.

# 03 / MÅL FOR INDSATSER I NÆRMILJØET ANNO 2025

## Borgeren skal i 2025 som udgangspunkt mødes med sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen

Vi skal have en fundamental anden tilgang til sundhedsvæsenet. Vi skal prioritere forebyggelsen anderledes højt end i dag. Og vi skal sørge for, at borgere, der er blevet syge, kan få den sundhedsfaglige indsats i nærmiljøet i tæt integration med de tilbud, borgeren i forvejen møder dér. Kun på den måde sikrer vi den nødvendige sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen.



*Mål: Udvikling af kronisk sygdom skal nedbringes gennem forebyggelse og tidlig indsats i nærmiljøet*

Der er solid evidens for, at forebyggende og sundhedsfremmende initiativer og indsatser virker, og at det kan betale sig at investere i forebyggelsen. Vi ved, at det er afgørende at etablere sunde vaner allerede i barndommen, da de bringes videre ind i voksenlivet. Forebyggelse af ryggestart blandt børn og unge kan således mindske risikoen for at udvikle kroniske sygdomme senere i livet. Og hensigtsmæssige alkoholvaner i befolkningen vil have betydelige effekter på befolkningens generelle sundhedsstatus. For bare at nævne et par eksempler.

De alment praktiserende læger er jævnligt i kontakt med store dele af den danske befolkning. De har derfor en unik mulighed for at henvise til kommunale forebyggelsestilbud. Derigennem kan de bidrage til at styrke kommunernes forebyggelsesindsats til borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom eller sætte ind med forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Almen praksis skal således henvise relevante patienter til de kommunale forebyggelsestilbud.

## › NY OVERENSKOMST MED ALMEN PRAKSIS

Med den nye overenskomst er der taget et skridt i retning af at udbygge det nære sundhedsvæsen. Et vigtigt næste skridt bliver at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne, særligt på forebyggelsesområdet. Kommunerne har de relevante sundhedsfaglige tilbud – og vi kan arbejde på tværs, når borgeren også har brug for en social- eller beskæftigelsesindsats.

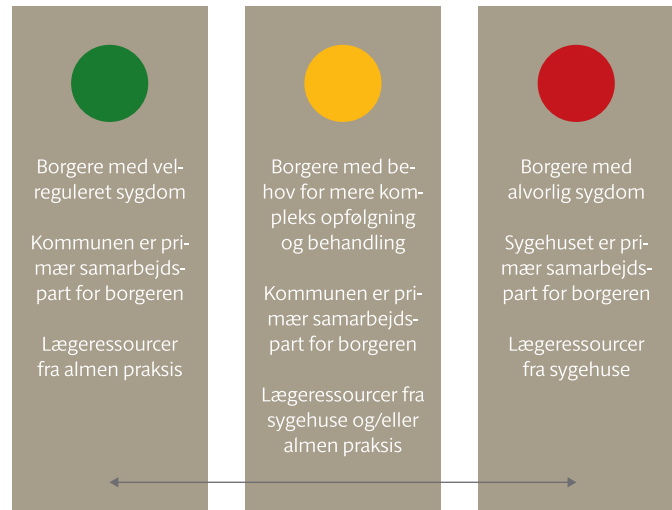
Kommunerne har gode rammer for indsatsen, som vi kan bygge videre på. Således har omkring 90 pct. af kommunerne i dag et sundhedshus, sundhedscenter eller en anden fysisk ramme om forebyggelsesindsatsen til mennesker med/i risiko for kronisk sygdom, og mange af dem har satellitter med målrettede tilbud andre steder i kommunen, fx landom-

råder eller udsatte boligområder. I kommunerne kan borgeren modtage fysisk træning eller hjælp til at kvitte tobakken og gennemføre de livsstilsændringer, der skal til for at mestre sin sygdom samt få råd og vejledning omkring ernæring mv. Det reducerer behovet for kontakt til sygehushæsenet.

## › EKSEMPEL: SUNDHEDS- OG KVARTERSHuset AALBORG ØST

Aalborg Kommune opførte i 2012 et sundheds- og kvartershus i bydelen Aalborg Øst i et samarbejde med Region Nordjylland og Himmerland Boligforening. Et af hovedargumenterne for huset var at reducere ulighed i sundhed. I huset møder borgerne en bred vifte af tilbud, lige fra kommunens forebyggelsestilbud, kronikerindsatser og hjemmesygepleje til en boligsocial indsats. Også læger, speciallæger, psykologer, et ambulatorium mfl. har til huse her. Erfaringerne viser bl.a., at placeringen af tilbud lokalt spiller en helt afgørende rolle for fremmøde, ejerskab og motivationen blandt de borgere, der fx går i et kronikerforløb. Derfor har kommunen nu oprettet endnu et sundhedshus i landområdet Gandrup. Endvidere er der netop startet et tiltag med fremskudt rekruttering til sundhedsindsatser i kommunens jobcentre.

**Mål: Borgere skal modtage deres behandling og rådgivning i nærmiljøet i tæt sammenhæng til andre kommunale indsats, medmindre særlige sundhedsfaglige forhold begrundet tilstedeværelse på et sygehus**



En meget stor gruppe mennesker med velreguleret kronisk sygdom behøver ikke at gøre brug af sygehusenes ambulatorier. I stedet kan de modtage kontroller og indsatser i nærmiljøet, der sigter mod at bremse sygdommens udvikling samt på at genoprette og vedligeholde borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau. Kommunerne kan levere indsatsen i tæt samspil med almen praksis. Det forudsætter mere fleksible rammer, så det kommunale sundhedspersonale kan løse flere opgaver og en national plan, der placerer opgaverne her. Dette vil kunne aflaste almen praksis, ved at sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten i det nære sundhedsvæsen samlet set.

Løsningen af de nye opgaver kan ske inden for rammerne af de veletablerede tilbud, som kommunerne har opbygget

gennem de sidste 10 år. Foruden sundhedshuse og sundhedscentre har ca. 90 pct. af kommunerne oprettet sygeplejeklinikker, hvor borgerne kan modtage fx sår- og kompressionsbehandling, diverse injektioner og vejledning. Hertil kommer, at 60 pct. af kommunerne samarbejder om tilbud på sundhedsområdet.

Digitalisering og teknologi skal styrke oplevelsen af nærhed og indflydelse på egen livssituation. Borgerne skal opleve de digitale services som integrerede i borgerens aktuelle livssituation og behov. Borgerne skal hjemmefra eller i eget lokalområde sikres nem adgang til service og data af høj kvalitet, uanset hvor i landet de bor. Anvendelse af telemedicinske løsninger betyder, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet. Det kan fx ske ved, at borgerne

i hjemmet får udstyr, der kan monitorere sygdommens udvikling, fx det landsdækkende initiativ om telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL. Det kan også ske gennem ibrugtagning af løsninger, som understøtter tidlige og forebyggende indsatser.

Derudover tager udviklingen ift. beslutningsstøtteværktøjer fart i disse år. Sådanne værktøjer kan fx hjælpe til at vurdere, hvilken indsats en borger skal modtage, og hvornår det er nødvendigt at involvere en læge. På den måde kan sygehusene koncentrere sig om de borgere, som har mere alvorlig eller akut sygdom.

Andre grupper har behov for mere kompleks opfølgning og behandling. Det kan skyldes, at sygdommen er mere fremskreden, eller at den i sin natur kræver mere kompleks opfølgning og behandling. Det kan fx handle om mennesker med to eller flere kroniske sygdomme. Disse borgere kan modtage kontroller, behandling og pleje kommunalt, fx i hjemmet, i sygeplejeklinikker eller via de kommunale akutfunktioner, som alle kommuner skal have i 2018. Akutfunktionerne retter sig mod borgere med behov for mere kompleks sygepleje, som ikke kan håndteres inden for rammerne af den almindelige hjemmesygepleje.

#### › EKSEMPEL: KOMMUNALE SAMARBEJDER OM TILBUD TIL KRÆFTPATIENTER

Ni kommuner i Region Hovedstaden tilbyder sammen deres borgere en bred og nuanceret palette af tilbud, hvis de rammes af kræft, fx støtte, træning eller socialt samvær. Formålet med det tværkommunale samarbejde er at sikre, at borgere med kræft i de ni kommuner får tilbudt målrettede rehabiliterende og palliative indsatser af høj faglig kvalitet. De ni kommuner er: Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø og Egedal, Rudersdal, Gentofte og Lyngby-Taarbæk Kommune.

Behandlingen vil skulle foregå i samarbejde mellem de kommunale medarbejdere og en sygehuslæge eller en praktiserende læge alt efter sygdommens kompleksitet. Igen vil en forudsætning være, at der skabes mere fleksible rammer for, at det kommunale sundhedspersonale kan løse opgaverne. Herudover vil adgang i hjemmesygeplejen til en lægetaske med receptpligtig medicin styrke hjemmesygeplejens mulighed for efter en konkret lægelig ordination at agere fleksibelt hos borgere med akutte tilstande og med langt til nærmeste apotek. Dette vil samtidig kunne aflaste almen praksis ved at sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten i det nære sundhedsvæsen samlet set.

Teknologi, beslutningsstøtteværktøjer og datadeling er afgørende i vurderingen af, hvad borgere har behov for, og hvor indsatsen skal leveres. Anvendelse af telesundhed er herudover en fleksibel måde at trække den mere specialiserede viden fra sygehusene og almen praksis tættere på de kommunale medarbejdere, der regelmæssigt kommer i mange borgeres hjem. Det kan kvalificere indsatsen, så indlæggelser og genindlæggelser undgås.

Der er også borgere, som snævert set rent sundhedsfagligt burde være velregulerede, men som har en række andre problemstillinger af fx social og/eller beskæftigelsesmæssig karakter, der gør det vanskeligt også at håndtere kronisk sygdom som fx diabetes, KOL eller hjertesygdom. Den enlige ufaglærte mor med en dårlig økonomi og børn, der har det svært, har ofte vanskeligt ved også at mønstre energi til at tage vare på en kronisk sygdom. Det er helt forståeligt. Vi skal fokusere på sygdommen, men vi må ikke underkende, at alt mulig andet betyder ganske meget for hendes håndtering af sygdommen.

Mens den kommunale sundhedspleje og det pædagogiske personale i dagtilbud og folkeskole hjælper hende med at skabe gode rammer om børnenes opvækst og støtter op om deres trivsel, og

medarbejderen på jobcentret hjælper hende med at få fodfæste på arbejdsmarkedet, så kan kommunens sundhedscenter i samarbejde med almen praksis hjælpe hende med et sundhedstilbud, der reelt gør hende i stand til at mestre egen sygdom og reducere behovet for specialiserede ydelser på sygehus. Det taler for, at kommunerne får en stærkere rolle, naturligtvis i et samarbejde med sygehus og/eller alment praktiserende læge om den konkrete behandling.



Langt størstedelen af borgerne med kronisk og anden sygdom oplever på et tidspunkt, at deres sygdom bliver så alvorlig, at de skal på sygehus. Det kan skyldes en midlertidig forværring i tilstanden, som kortvarigt skal behandles på sygehus. Det kan også skyldes, at sygdommen er så fremskreden, at borgeren er uafvendeligt døende (i den terminale fase). I 2016 var 43 pct. af de danskere, der afgik ved døden, indlagt på et sygehus. Her kunne tilbud i nærmiljøet, fx en styrket palliativ indsats spille en større rolle, så flere får mulighed for at dø i eget hjem. Eksempelvis ønsker 70-80 pct. af danske kræftpatienter at tilbringe den sidste tid i eget hjem.



#### **Mål: Ingen unødige akutte indlæggelser**

Mange borgere – og særligt skrøbelige ældre medicinske patienter – oplever at blive indlagt akut på sygehus for tilstande, der kunne have været forebygget, hvis de var blevet opdaget og behandlet i tide. Det kan fx være urinvejsinfektion, lungebetændelse eller dehydrering. Bl.a. har ældre medicinske patienter på 80 år og derover fem gange flere akutte indlæggelser og fire gange flere forebyggelige indlæggelser end ældre borgere generelt. Det er utrygt for den ældre borger at blive indlagt, og det er dyrt for samfundet.

Gennem en styrket indsats i partnerskab mellem almen praksis og den kommunale hjemme(syge)pleje, der regelmæssigt er til stede i borgernes hjem, kan en stor del af de akutte indlæggelser forebygges. Det skal bl.a. ske gennem en systematisk indsats med tidlig opsporing af begyndende sygdom og med faglig bistand til kommuner og almen praksis fra eksperter på sygehusene, fx via udgående geriatriske teams. Den teknologiske udvikling kan desuden bidrage til, at borgeren i højere grad får mulighed for at følge og måle egen sundhedstilstand og generelle velbefindende, så banale sygdomme kan tages i opløbet. Ligeledes kan beslutningsstøtteværktøjer og rådgivning fra specialister til kommunerne og almen praksis om den enkelte patient bidrage til at undgå unødige indlæggelser.



#### **Mål: Ulighed i sundhed skal reduceres gennem en bred og tværfaglig indsats i nærmiljøet**

Kimten til ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet. Skal vi gøre op med, at sundheden er ulige fordelt, skal vi sætte ind i borgernes nærmiljø, dér, hvor de færdes. Det er i nærmiljøet borgerne lever deres liv og det er hér, den forebyggende indsats er forankret i bl.a. sundhedsplejen, dagtilbud, skole og sundhedscentre.

For borgere, der allerede har fået en sygdom, er det desværre ofte sådan, at sygdommen blot er én af flere udfordringer i hverdagen. Sociale problemer og ensomhed, svag tilknytning til arbejdsmarkedet, boligproblemer, misbrug og psykisk sygdom vejer for mange mennesker tungt. Den type problemer gør det vanskeligt også at håndtere kronisk sygdom som fx diabetes og/eller KOL. Disse borgere har mange kontakter med sygehusene og indlægges ofte akut. Det er ressourcekrævende og ineffektivt for samfundet og ofte også tidskrævende og utrygt for borgeren.

Sådan behøver det ikke være. Hvis vi forankrer et langt større ansvar for sundheden i borgerens nærmiljø, styrker det muligheden for en koordineret indsats med fx social- og beskæftigelsesindsatserne. Vi bliver nødt til at tage skyklapperne af og se ud over sundhedsvæsenets snævre grænser, hvis det skal lykkes, at borgere med mange andre udfordringer skal mestre egen sundhed og sygdom.

Igennem kommunernes brede kontaktflade til borgerne kan vi forebygge en række unødige kontakter til sygehusene, men vi kan også give disse borgere en højere livskvalitet og reducere uligheden i sundhed på længere sigt. Hvis vi deri-

mod bevarer et ensidigt fokus på sygdom alene, risikerer vi at fastholde disse grup-

per – ikke kun i deres sygdom, men også i en fastlåst social situation.

#### › EKSEMPEL: OPSØGENDE SYGEPLEJETEAM I VEJLE KOMMUNE

Vejle Kommune oprettede i 2015 et team med 5 sygeplejersker, der arbejder opsøgende ift. borgere med psykisk sårbarhed, misbrug og handicap. Forskning viser, at over halvdelen af denne gruppe borgere har en eller flere somatiske kroniske sygdomme, som ofte ikke bliver behandlet. Sygeplejeteamet screener borgerne og sørger for, at borgerne kommer videre til egen læge, omsorgstandpleje eller andre kommunale sundhedstilbud. Teamet hjælper ca. 350 borgere om året og ca. 75 pct. har behov for videre behandling for deres somatiske lidelser. Ud over det opsøgende arbejde, bliver alle borgere, der modtager tilbud fra kommunens social-, psykiatri- eller handicapindsats screenet for somatiske lidelser. Kommunen har et godt samarbejde med almen praksis, som ser positivt på, at kommunen opsporer borgerne tidligere end almen praksis selv har mulighed for.

## 04 / KOMMUNERNE ER KLAR

Sundhedsministeren har i august 2017 bebudet, at der skal ske markante ændringer i sundhedsvæsenet. Regeringen vil i dette folketingsår fremlægge et politisk udspil for, hvordan mange tusinde patienter i de kommende år skal behandles enten i eget hjem eller i nærmiljøet. Kommunerne er klar til at påtage sig et udvidet ansvar og flere opgaver ift. borgernes sundhed og sygdom. Det vil vi gøre i tæt sammenhæng med øvrige kommunale indsatser og det resterende sundhedsvæsen.

- *Vi er klar* til at arbejde efter kvalitetsstandarder på kronikerområdet, ligesom det sker ift. akutfunktioner til de ældre medicinske patienter.
- *Vi kan samarbejde* på tværs af kommunale fagområder, med borgeren, lægerne i praksissektoren og på sygehusene samt med civilsamfundet.
- *Vi anvender allerede data og teknologi* i den borgernære indsats og vi vil fortsætte udviklingen mod, at fag-

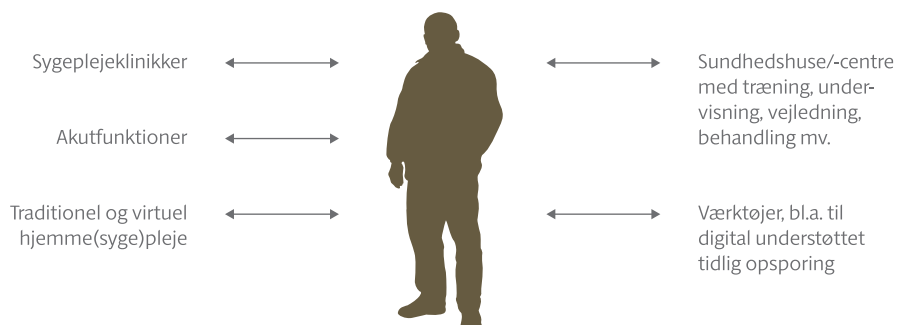
professionel og borger i fællesskab genererer data, og at data følger den selvhjulpne borger.

- *Vi råder over de nødvendige kompetencer og de rette tilbud*, bl.a. sundhedshuse/-centre med satellitter,

sygeplejeklinikker, akutfunktioner og et fintmasket net af medarbejdere i hjemme(syge)plejen mv.

- *Vores nærhed til borgeren* giver os gode forudsætninger for at forebygge ulighed i sundhed.

#### › KOMMUNERNES INDSATSER TIL ÆLDRE OG BORGERE MED KRONISK SYGDOM



I alle kommuner er der kompetencer og tilbud, som man kan bygge videre på. Indsatsen i den enkelte kommune er tilrettelagt, så den passer til lokale forhold som geografi og befolkningsgrundlag, demografi, afstand til sygehus og adgang til praktiserende læger og speciallæger.



# 05 / ... MEN VI MANGLER EN NATIONAL PLAN

Kommunerne er klar til at bidrage til at løse fremtidens efterspørgsel efter sundhedsindsatser i det nære sundhedsvæsen. Men vi er afhængige af vores samarbejdspartnere i almen praksis, på sygehuse og i regioner og stat.

## › KOMMUNERNE FORUDSÆTTER DERFOR, AT:

- › Sundhedsstyrelsen får til opgave i 2018 at tegne linjerne for sundhedsvæsenet frem mod 2025 og definere, hvilke opgaver for hvilke borgergrupper, der skal løses hvor. Sundhedsstyrelsens opdrag skal være, at vi skal undgå dobbeltarbejde og tilrettelægge indsatsen efter LEON-princippet.
- › Udflytning af opgaver vedr. diabetes og KOL-patienter skal ske i 2020, men der er behov for en plan, der også tager stilling til yderligere indsatser frem mod 2025 fx borgere med kræft, hjerte-kar, muskel-skelet-lidelser, den ældre medicinske patient og mor-barnområdet (svangreomsorgen), hvor der også ses et udnyttet potentiale i det nære sundhedsvæsen.
- › Fordelingen af opgaver tager udgangspunkt i et sundhedsfagligt perspektiv. Men vi må ikke glemme det hele menneske, som skal have en hverdag til at hænge sammen uden for sundhedsvæsenet.
- › Lovgivningen sikrer kommunerne bedre mulighed for at varetage indsatser over for borgeren. Det indebærer bl.a. en skærpet adgang i sundhedsloven til rådgivning fra regionerne, mere fleksible rammer for, at det kommunale sundhedspersonale kan løse flere opgaver, samt klarhed om rammer for deling af personoplysninger mellem sektorer og fagområder. Derudover skal der sikres mulighed for, at kommunerne kan opbevare receptpligtig medicin i en lægetaske. Dette vil kunne aflaste almen praksis ved at sikre en bedre udnyttelse af kapaciteten i det nære sundhedsvæsen samlet set.
- › Incitamenterne i sygehusvæsenet understøtter et hensigtsmæssigt samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen om fælles patienter. KL ønsker, at den økonomiske styring af sygehuse, som led i regeringens sammenhængsreform, justeres, så ingen sygehuse har incitament til at øge eller holde på unødigt aktivitet for ældre medicinske patienter og ambulans aktivitet for patienter med kroniske sygdomme. Justeringen skal også sikre, at kommuner og almen praksis får økonomi til at sikre regional rådgivning efter lokale behov. På den måde forankres sygehusenes udadvendte funktioner i tæt sammenhæng til øvrige indsatser i borgernes nærmiljø og mulighederne for at håndtere borgerne uden for sygehuse styrkes.
- › Almen praksis skal knyttes tættere til kommunerne, særligt i relation til forebyggelsen og borgere med mindre komplicerede sundhedsfaglige behov fx via en kommunal trækningsret på almen praksis, som i Norge. Samtidig skal almen praksis henvise relevante patienter til kommunernes tilbud.
- › Når sundhedsvæsenet ændres så fundamentalt, er det afgørende, at midlerne følger opgaven, så den nødvendige kapacitet og kompetencer kan opbygges. Det indebærer bl.a., at kommunerne skal have midler til fx at sikre lægefaglig bistand fra sygehus og almen praksis.

# KL

KL  
Weidekampsgade 10  
2300 København S  
Tlf. 3370 3370  
[kl@kl.dk](mailto:kl@kl.dk)  
[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
 [@kommunerne](https://twitter.com/kommunerne)  
 [facebook.com/kommunerne](https://facebook.com/kommunerne)

Produktionsnr. 830285  
ISBN 978-87-93365-94-0-pdf