

Region Midtjylland

Kvalitetsreform for den offentlige sektor

Bilag

til Regionsrådets
møde den 10. januar 2007

Punkt nr. 10



PÅ VEJ MOD EN KVALITETSREFORM

- DEBATPJECE OM UDFORDRINGERNE



| Indhold |

Kvalitetsreform - med mennesker i centrum	s. 5
Udgangspunkt: Veludbygget offentlig service	s. 13
Fremtidens udfordring: Mere kvalitet for pengene	s. 19
Brede kredse skal med i arbejdet	s. 25

På vej mod en kvalitetsreform

- debatpiece om udfordringerne

Publikationen kan bestilles hos:

Schultz Information

Herstedvang 12

DK-2620 Albertslund

Telefon: 43 63 23 00

E-mail: Schultz@schultz.dk

Publikationen kan hentes på hjemmesiden

www.kvalitetsreform.dk

Publikationen kan også hentes på ministeriernes hjemmesider

Statsministeriet www.stm.dk

Økonomi- og Erhvervsministeriet www.oem.dk

Finansministeriet www.fm.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet www.im.dk

Socialministeriet www.social.dk

Familie- og Forbrugerministeriet www.minff.dk

Oplag: 8.000

Pris: Gratis

ISBN 87-7862-240-9

ISBN Elektronisk udgave 87-7862-241-7

Design: Datagraf AS

Trykt i Danmark, november 2006

Datagraf AS

Regeringen vil i sommeren 2007 fremlægge en strategi for en kvalitetsreform. En reform, som skal sikre fortsat fornyelse og udvikling af det danske velfærdssamfund.

Denne pjece fortæller om de udfordringer, som den offentlige service står over for i de næste årtier, og som reformen skal være med til at give svar på. Pjecen rejser en række spørgsmål om forskellige valg, vi skal træffe, og veje, vi kan gå.

Regeringen vil indbyde brede kredse til at deltage i udarbejdelsen af strategien for kvalitetsreformen – brugere og pårørende, medarbejdere og ledere, repræsentanter for kommuner og regioner, centrale organisationsfolk og personer med særlig indsigt.

Nytænkning og fokus på mennesker

Den offentlige sektor i Danmark fungerer godt og effektivt. Vi har en veludbygget offentlig sektor, der afspejler, at vi er et rigt samfund. De offentligt ansatte er motiverede og dygtige. Og 8 ud af 10 brugere er tilfredse med den offentlige service.

Men den offentlige sektor står til stadighed over for forandringer.

Borgernes forventninger til den offentlige service stiger i takt med, at vi bliver mere velstående. Vi ønsker at få opfyldt individuelle og forskelligartede behov. Teknologiske fremskridt skaber nye muligheder. Antallet af ældre vil stige. Flere ældre vil sandsynligvis have et godt helbred, men behovet for ældrepleje vil også blive større. Store årgange i den offentlige sektor er på vej på pension og skal afløses af medarbejdere fra små ungdomsårgange.

Den offentlige service skal derfor hele tiden tilpasse sig nye krav og udnytte nye muligheder for at løse opgaverne bedre. Det er ikke nok med "mere af det samme".

Høj kvalitet i den offentlige service kræver, at vi tænker nyt og indretter den offentlige sektor, så den bliver dynamisk og sætter mennesker i centrum.

Fra 1. januar 2007 har kommunalreformen skabt nye rammer for landets kommuner og regioner. Vi får større og mere bæredygtige enheder, som har bedre muligheder for at sikre offentlig service af høj kvalitet.

Regeringen vil nu indlede en ny fase i udviklingen af den offentlige service. Fokus skal rettes mod kvaliteten for den enkelte borger. Hvordan sikrer vi service af højeste faglige

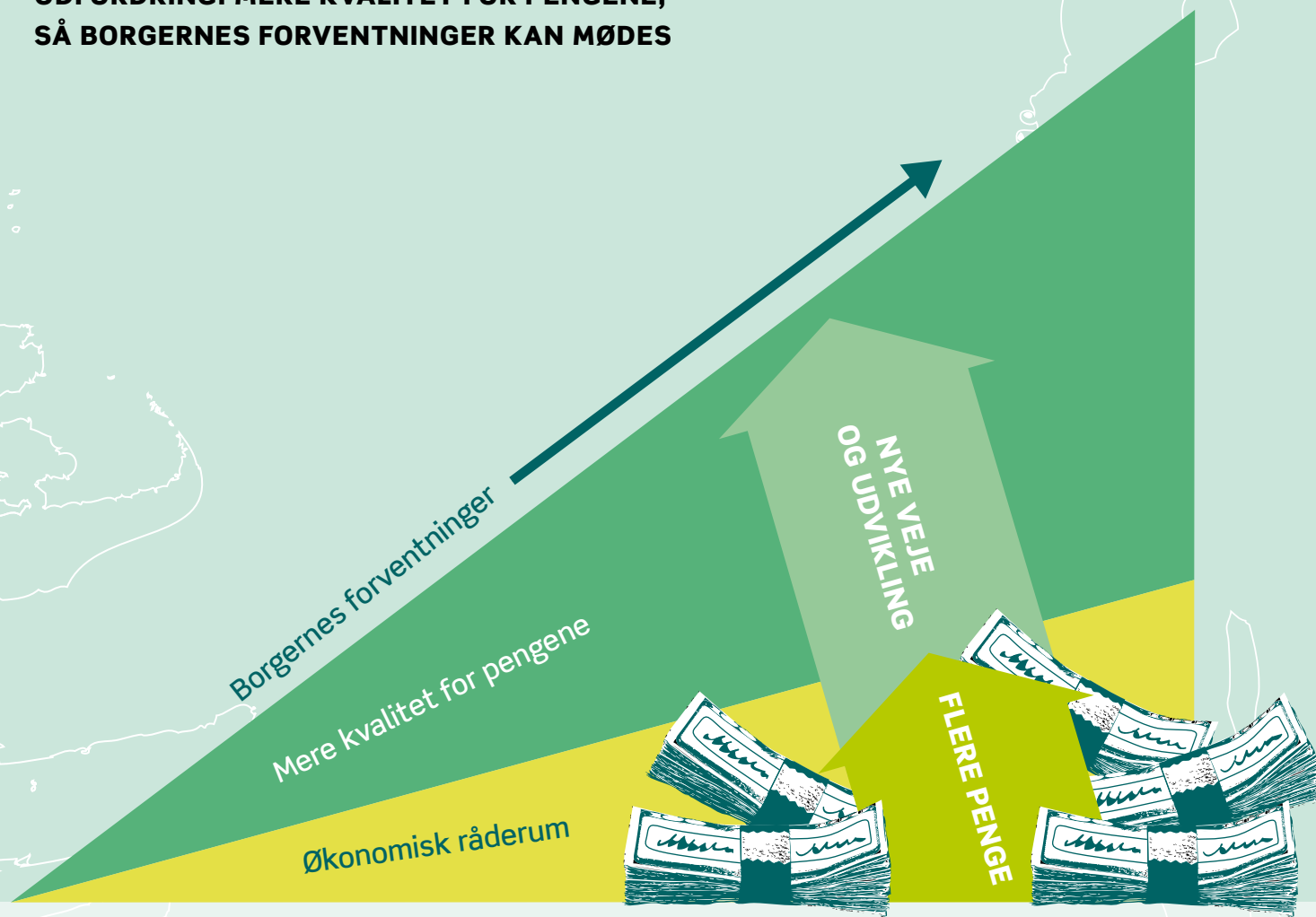
kvalitet? Hvordan sikrer vi en offentlig sektor, der lytter til borgernes behov? Hvordan får vi den bedste service for pengene? Og hvordan respekterer og fastholder vi den enkelte borgers frihed og ansvar?

KVALITET I DEN OFFENTLIGE SERVICE - REGERINGENS MÅL

Den offentlige service skal give alle danskere et solidt fundament for den enkeltes frie udfoldelsesmuligheder, for familier og for vores fælles samfundsliv. Den skal fremme den enkelte borgers trivsel og evne til at tage del i samfundet. Og de offentlige tilbud skal skabe tryk ved at være der, når der er brug for hjælp. Men de offentlige tilbud må ikke fratage os ansvaret for vores eget liv og vores familie.

Den offentlige service skal derfor være af høj faglig kvalitet, være lydhør over for borgernes behov, leveres effektivt og værne om personlig frihed og ansvar.

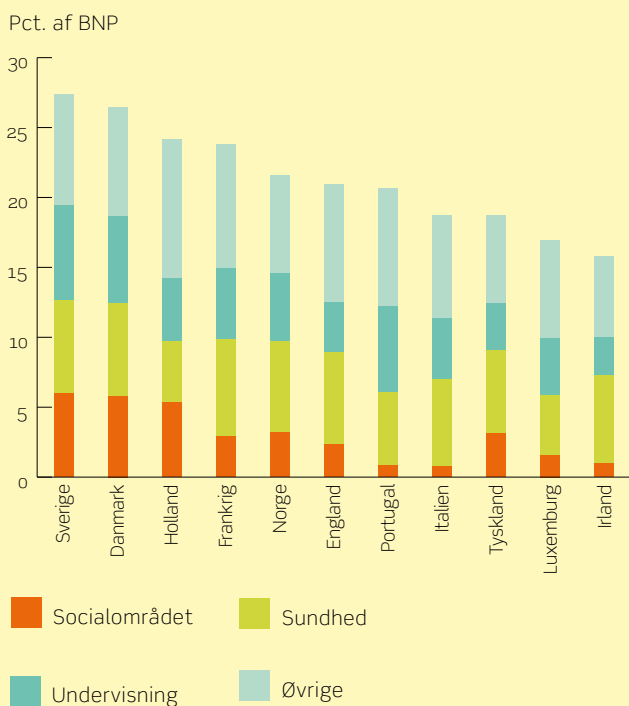
**UDFORDRING: MERE KVALITET FOR PENGENE,
SÅ BORGERNES FORVENTNINGER KAN MØDES**



Kvalitet for pengene

Den offentlige sektor kan vokse lidt hvert år, uden at vi sætter den holdbare samfundsøkonomi over styr. Men høj kvalitet kan ikke alene sikres ved at sætte flere penge af til service. Danmark er i forvejen et af de lande, som bruger allerflest offentlige penge på service til borgerne. Det danske skattetryk er blandt verdens højeste.

HØJE OFFENTLIGE SERVICEUDGIFTER I DANMARK



Derfor er det ikke nok at give flere penge til velfærd. Vi skal også hele tiden sikre, at vi har en offentlig sektor, som leverer kvalitet i verdensklasse.

Stigende velstand og forventninger ...

Danskerne bliver hele tiden rigere. Om 40 år vil vi sandsynligvis være dobbelt så rige som i dag. Når velstanden stiger, vil vi ikke kun øge det private forbrug. Vi vil også have stigende forventninger til den offentlige service.

Derfor bliver en målrettet indsats for at forbedre kvaliteten i den offentlige service ekstra vigtig i de kommende årtier.

... men ikke flere hænder

Vi kan ikke bare øge antallet af beskæftigede i den offentlige sektor. Antallet af danskere i arbejdsstyrken vil være nogenlunde uændret.

Og der er kun få ledige hænder til at komme i beskæftigelse. Én mere ansat i den offentlige sektor vil derfor betyde én mindre ansat i den private sektor.

Allerede i dag er der problemer med at få dækket behovet for arbejdskraft inden for flere offentlige serviceområder. De store årgange af offentligt ansatte er på vej på pension, og det er små ungdomsårgange, der træder ind på arbejdsmarkedet. Det offentlige står over for en vanskelig opgave, når der skal rekrutteres nye ansatte i skarp konkurrence med den private sektor.

Det er altså ikke muligt at imødekomme borgernes stigende forventninger til den offentlige service ved at ansætte mange flere i den offentlige sektor.

Og risiko for uholdbar økonomi

Hensynet til samfundsøkonomien sætter også grænser for, hvor meget den offentlige sektor kan vokse. En høj vækst i de offentlige udgifter og dermed i antallet af offentligt ansatte vil true grundlaget for den langsigtede holdbarhed i dansk økonomi. Et grundlag, som blev lagt af et bredt flertal i Folketinget ved aftalen om velfærdsreformer i juni 2006.

En høj vækst i de offentlige udgifter her og nu vil gøre det meget vanskeligt at finansiere fremtidens højere udgifter til blandt andet ældrepleje. Vi kan derfor ikke bruge løs af statens overskud i dag, for det vil på sigt betyde underskud på de offentlige finanser.

Højere kvalitet - en positiv udfordring

Den offentlige sektor skal i de kommende årtier imødekomme borgernes stigende forventninger til den offentlige service ved at øge kvaliteten uden mange flere offentligt ansatte.

Det er en positiv udfordring. Vi skal ikke skære ned i den offentlige sektor, men forsæt udbygge den. Vi skal ikke forringe servicen, men forbedre den ved at tænke nyt. Vi skal finde nye veje, som både giver større tilfredshed hos brugerne og mere attraktive arbejdspladser for de offentligt ansatte.



FEM TEMAER FOR REGERINGENS KVALITETSREFORM

Sommeren 2007 vil regeringen fremlægge en kvalitetsreform med konkrete politiske initiativer, som skal bidrage til bedre kvalitet i den offentlige service.

Reformen vil indeholde initiativer inden for fem temaer. Til sammen sætter temaerne fokus på centrale forudsætninger for kvalitetsudvikling i den offentlige sektor:

- Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar**
 Borgerne skal have frit valg på de centrale velfærdsområder. De skal kunne vælge mellem forskellige leverandører og tilbud, så de fx kan fravælge en hjemmehjælp, de er utilfredse med. Borgerne skal have oplysninger om kvaliteten af den offentlige service. Aktiv inddragelse af brugere og pårørende på fx daginstitutioner og plejehjem skal sikre, at servicen tager udgangspunkt i brugernes behov. Det offentlige skal bidrage til, at borgerne selv tager ansvar og gør en aktiv indsats. Familien og den enkelte borger skal løfte ansvaret for sin egen situation. Og det frivillige arbejde er en vigtig del af den samlede indsats, som vi kan udnytte bedre.
- Sammenhængende service – med respekt for borgerne**
 Borgerne skal have let ved at komme i kontakt med det offentlige. Borgerne skal opleve sammenhæng mellem den service, som forskellige myndigheder tilbyder. Patienter, som bliver udskrevet efter et sygehusophold, skal hurtigt modtage den nødvendige genoptræning i kommunen. Barnets overgang fra daginstitution til skole skal være forberedt ordentligt. Unødige ventetider skal fjernes, så der er respekt for borgernes tid. Mennesker i "kritiske livssituationer" – såsom invalidering eller ægtefælles dødsfald – skal opleve et overskueligt og sammenhængende forløb mellem de forskellige myndigheder.

GODE EKSEMPLER PÅ, HVORDAN MAN KAN FÅ MERE KVALITET FOR PENGENE

Mere skånsomme, kortere indlæggelser på sygehus

En række sygehuse er begyndt at tilrettelægge særligt skånsomme, korte indlæggelser, så patienterne hurtigt kommer sig og vender tilbage til en normal tilværelse, og behovet for efterfølgende genoptræning bliver mindre. De korte indlæggelser giver tilfredse patienter og færre senge-dage. Ved fx hofteoperationer kan liggetiden på sygehuset reduceres fra 7 til 4 dage.

Bedre hjemmehjælp ved 12-timersvagter og selvstyrende teams

Helsingør Kommune har nedbragt antallet af forskellige hjemmehjælpere, som kommer hos den enkelte ældre, med op til 30 pct. ved at indføre 12-timersvagter og selvstyrende teams på 3-6 medarbejdere. Ordningen betyder også, at personalet kender den enkelte ældre bedre. Plejen bliver mere fleksibel, fordi medarbejderen lettere kan ændre og tilpasse opgaverne i samarbejde med den ældre. 12-timersvagterne er udviklet af medarbejderne selv, og det er frivilligt, om de vælger at arbejde i ordningen.

God, ernæringsrigtig mad på Hvidovre Hospital

På Hvidovre Hospital er der oprettet et restaurantkøkken, hvor patienterne frit kan bestille mad fra et menukort. Patienterne får maden bragt 45 minutter efter, at de har bestilt. Hospitalet har ansat en firestjernet kok til at lede køkkenet. Maden er ernæringsrig og en del af hospitalets indsats for at få patienterne hurtigt raske. Hvidovre Hospital forventer, at restaurantkøkkenet kan levere maden uden meromkostninger. Det skyldes, at hospitalet regner med at smide 2 tons mad mindre ud om ugen.

- **Klare mål og ansvar for resultater**

Borgerne skal have oplysninger om, hvilket serviceniveau de kan forvente og let kunne skabe sig overblik over kvalitet og resultater på det enkelte plejehjem, sygehuse mv. Kommunalbestyrelser og regionsråd skal opstille klare mål og følge op, hvis resultaterne ikke lever op til målene. Klare mål skal sikre, at ledere og medarbejdere hele tiden har fokus på det, som de yder til borgerne. Og der skal være overblik over, om de overordnede mål og krav, som Folketinget har fastlagt, føres ud i livet. Hvert politisk niveau skal kunne stilles til ansvar for sine prioriteringer.

- **Nytænkning, konkurrence og mest kvalitet for pengene**

Hele den offentlige sektor skal arbejde systematisk med løbende at udvikle kvaliteten og lære af de bedste. Blandt andet ved at omstille arbejdsgange, anvende ny teknologi og ved at inddrage brugere og medarbejdere. Private virksomheder skal inddrages tættere i at løse de offentlige serviceopgaver, hvor det kan betale sig. Vi skal bruge færre ressourcer på administration og flere på borgernær service. I ældreplejen skal personalet bruge en større del af tiden sammen med de ældre, og i daginstitutionerne skal de bruge mere af tiden sammen med børnene. Fejl skal håndteres åbent og professionelt og forebygges, hvor det er muligt.

- **Ledelse, medarbejderinddragelse og motivation**

Fokus på professionel ledelse og inddragelse af medarbejderne skal sikre, at den offentlige sektor udvikler sig. Medarbejdernes tilfredshed skal måles. De ansattes viden og kompetencer skal udnyttes aktivt. Ledelsen skal motivere til nytænkning og effektiv opgaveløsning og sikre attraktive arbejdspladser, så den offentlige sektor kan rekruttere og fastholde dygtige medarbejdere. Sygefraværet skal bringes ned. Vi skal belønne dygtige ledere og medarbejdere, der leverer service effektivt og med høj kvalitet.

Naturoplevelser til børn i dagtilbud i Esbjerg

Esbjerg Kommune har i en årrække udbygget antallet af skovbørnehaver for at give børn bedre muligheder for naturoplevelser. Kommunen vil nu anlægge en række naturbaser, som alle dagtilbuddene kan benytte. Det vil give alle børn i kommunen mulighed for flere naturoplevelser – også de børn, hvor udendørsarealerne og transportmulighederne i hverdagen begrænser adgangen til naturen.

Mobilteknologi i hjemmehjælpen giver bedre pleje

Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og visitatorer i hjemmehjælpen i flere kommuner benytter håndholdte computere i det daglige arbejde. Personalet kan hente og indtaste vigtige oplysninger om den ældre under selve besøget. Det hjælper personalet med at skabe en mere koordineret og bedre plejeindsats over for den ældre. De håndholdte computere kan også frigøre tid fra administration til pleje af den ældre.

FEM TEMAER FOR REGERINGENS KVALITETSREFORM

1. Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar
2. Sammenhængende service – med respekt for borgerne
3. Klare mål og ansvar for resultater
4. Nytænkning, konkurrence og mest kvalitet for pengene
5. Ledelse, medarbejderinddragelse og motivation

DILEMMA:***Hvordan får vi bedre offentlig service uden flere hænder?***

Om 40 år er vores generelle velstand sandsynligvis dobbelt så stor som i dag. Vi vil derfor også forvente en betydelig bedre offentlig service end i dag.

Men samtidig vil arbejdsstyrken i de næste årtier være nogenlunde konstant. Én mere ansat i den offentlige sektor vil derfor betyde én mindre i den private sektor. Og øget skat er ikke vejen frem. Det sætter grænser for, hvor meget beskæftigelsen i den offentlige service kan udbygges for at imødekomme den øgede efterspørgsel.

Der er altså et spænd mellem borgernes stigende forventninger og de begrænsede muligheder for at udbygge den offentlige service. Vi kan lukke spændet på tre måder:

1. Vi kan øge kvaliteten og effektiviteten af servicen.
2. Vi kan skærpe prioriteringen af servicen, så den målrettes til dem, der har størst behov.
3. Vi kan indføre betaling for servicen.

Skal vi gå alle tre veje? Eller er der veje, som vi skal foretrække frem for andre?

Den første vej kræver en meget vedholdende indsats på alle niveauer i den offentlige sektor for at opnå en stadig højere kvalitet og effektivitet.

Den anden vej forudsætter, at de ressourcestærke borgere vil acceptere, at den offentlige service koncentrerer sig om de borgere, der har mest brug for det.

Den tredje vej indebærer en diskussion af og stillingtagen til, hvad der skal finansieres over skatten, og hvad brugeren selv skal betale for. I dag er der egenbetaling for fx daginstitutioner og tandlægebesøg. Egenbetaling kan begrænse en høj efterspørgsel efter offentlige ydelser. Men det skaber også mere ulige adgang.

Fokus på sundhed, dagtilbud og ældrepleje

I arbejdet med kvalitetsreformen vil regeringen have særligt fokus på tre områder:

- Sundhed
- Dagtilbud til børn
- Ældrepleje

Det er tre store serviceområder. Vi bruger årligt ca. 85 mia. kr. på sundhed, ca. 20 mia. kr. på dagtilbud til børn og ca. 30 mia. kr. til ældrepleje, inkl. plejehjem.

Kvaliteten på de tre områder skal være bedre, så borgerne får mere service for pengene. Og den offentlige service skal

indrettes fleksibelt, så den lever op til de krav, som et moderne familie- og arbejdsliv stiller i fremtiden. Familie- og arbejdslivskommissionen vil i 2007 komme med anbefalinger til, hvordan samfundet kan indrettes mere fleksibelt og skabe bedre balance mellem arbejdslivet og familielivet.

De fem temaer i regeringens kvalitetsreform går på tværs af de fleste af serviceområderne. De redskaber, som kan øge kvaliteten på sundhed, børne- og ældreområderne, vil sandsynligvis også kunne anvendes inden for andre offentlige serviceområder som fx trafik- og skoleområdet.



REGERINGEN HAR ALLEREDE GENNEMFØRT FORBEDRINGER PÅ DE TRE OMRÅDER - EKSEMPLER

Sundhed

- Ret til at vælge behandling i privat regi eller i udlandet, hvis ventetiden på offentligt sygehus er over to måneder.
- Kommunalreformen samler sygehusopgaven i fem stærke regioner.
- Kræfthandlingsplan II i 2005.
- Sundhedsområdet har fået et løft på 8 mia. kr. fra 2001 til 2005.
- Regeringens økonomiaftaler 2006 og 2007 indebærer et yderligere samlet udgiftsløft til sundhed på 4 mia. kr. i forhold til 2005. Pengene skal først og fremmest gå til kortere ventetider, nye behandlingsmetoder, flere operationer, medicin og bedre kræftbehandling.

Dagtilbud for børn

- Pasningsgaranti, når barnet er 6 måneder.
- Frit valg af pasningstilbud i en anden kommune.
- Pædagogiske læreplaner i alle dagtilbud.
- Bedre mulighed for madordninger i daginstitutioner for børn i alderen 3 år og derover.
- Forældrebetalingen er reduceret.
- Regeringen har i perioden 2006-2009 afsat i alt 2 mia. kr. til at styrke kvaliteten i børnepasningen. Blandt andet til forbedringer af det fysiske miljø, lige muligheder for alle børn og opkvalificering af personale.

Ældrepleje

- Frit valg af leverandør i hjemmehjælpen.
- Større brugerindflydelse på hjemmehjælpen.
- Retskrav på erstatningshjælp ved aflyst hjælp.
- Frit valg af plejeboliger på tværs af kommunegrænser.
- Indførelse af garanti for plejebolig efter to måneder.
- Ægtefælle kan flytte med på plejehjem.
- Regeringen har siden 2002 tilført ældreområdet et generelt løft på 500 mio. kr.
- I 2006 blev yderligere afsat 500 mio. kr. årligt til ældreplejen. Og i kommunaftalen for 2007 er der endvidere tilført 300 mio. kr.

DILEMMA:**Skal alle have gratis offentlig service – også de velhavende?**

Der er i dag en vis egenbetaling for en række offentlige serviceydelser. Ét af formålene er at målrette den fuldt skattefinansierede ydelse til dem, der har størst behov. Fx betaler mange forældre ca. 2.500 kr. om måneden for at få passet deres barn i en vuggestue. For forældre med en samlet indkomst under 400.000 kr. om året, er forældrebetalingen lavere. For forældre med en indkomst under 130.000 kr., er pasningen helt gratis.

Er det ikke rimeligt, at de velhavende betaler mere for modtagelsen af offentlige ydelser? Fx at de rigeste ældre betaler for praktisk hjemmehjælp som rengøring og tøjvask, mens de økonomisk svagere ældre fortsat får hjælpen gratis?

Der er argumenter både for og imod:

1. For et betalingsprincip taler, at det ikke nødvendigvis er en social begivenhed at blive gammel, og at de velhavende har råd til at betale for ydelsen. Det offentlige kan så bruge de penge, man får ind fra de velhavende ældre, til at forbedre hjemmehjælpen for de svageste ældre.
2. Imod taler, at det vil kunne bryde med et princip om, at det er en fælles opgave at hjælpe dem, der ikke kan selv, uanset indkomst. En egenbetaling, der øges i takt med ens arbejdsindkomst eller formue, vil også for nogle virke ligesom en øget marginalskat, så det bliver mindre fordelagtigt at yde en ekstra indsats eller spare op.

DILEMMA:**Skal man kunne købe sig til en ekstra ydelse fra det offentlige (tilkøb)?**

I dag kan man få tilskud til et høreapparat og – mod fuld egenbetaling – få et dyrere høreapparat. I en række børnehaver kan børnene få mad mod betaling. Og i mange skoler kan børn købe mælk og mad i frokostpausen.

Skal sådanne tilkøb udbredes til flere områder? Fx så ældre kan købe ekstra rengøring hos den offentlige hjemmehjælper – på samme måde, som de i dag kan købe det hos private? Eller at en patient mod betaling kan få enestue på sygehuset?

Der er argumenter både for og imod:

1. For taler, at hvis borgere ønsker en særlig service, er der adgang til at imødekomme sådanne individuelle behov – mod fuld egenbetaling. Ligesom man på det private marked kan købe fx en togbillet på 1. klasse.
2. Imod taler, at der vil blive forskel på, hvad de økonomisk stærke og svage borgere modtager fra det offentlige. Det skaber skel, som normalt ikke eksisterer inden for den offentlige service i dag.

Desuden er der risiko for, at konkurrencen mellem offentlige leverandører af tilkøbsydelserne og private udbydere af samme ydelser ikke sker på lige vilkår, hvis det offentlige opkræver en pris, der ikke afspejler alle omkostninger.

Adgang til tilkøb kan på sigt betyde et større udgiftspres på den offentlige sektor, hvis alle borgerne med tiden vil stille krav om den ekstra service uden egenbetaling. Omvendt kan det afdæmpe udgiftsvæksten, at tilkøb – mod egenbetaling – gør det muligt at tilpasse de offentlige ydelser til specifikke behov, uden at det kræver dyre standardløsninger for alle brugere.

EKSEMPLER PÅ OMRÅDER, HVOR DER I DAG ER GRATIS SERVICEYDELSER, EGENBETALING OG TILKØB**Serviceydelser, der er gratis for brugeren**

Besøg hos praktiserende læge
Sygehusbehandling
Folkeskole
Varig hjemmehjælp
Biblioteker

Serviceydelser, hvor der er delvis egenbetaling

Medicin
Tandlæge
Psykologhjælp
Vuggestuer og børnehaver
Madservice til ældre

Offentligt tilkøb

Høreapparater
Sygesikringsgruppe 2
Madordninger i daginstitutioner
Skolemælk og -mad

De offentlige serviceudgifter er vokset meget

Den offentlige service blev udbygget kraftigt op gennem 1960'erne og 1970'erne, og antallet af offentligt ansatte blev næsten tredoblet. Væksten var især på de borgernære områder – daginstitutioner, skoler, sundhed og ældrepleje.

De offentlige serviceudgifter kunne stige, fordi arbejdsstyrken steg markant i takt med, at flere kvinder deltog på arbejdsmarkedet. Og fordi man valgte at øge skatten. Siden starten af 1980'erne er serviceudgifterne vokset i takt med den generelle økonomiske udvikling.

Og de offentlige serviceudgifter er vokset i nogenlunde samme takt som det private forbrug – målt i løbende priser.

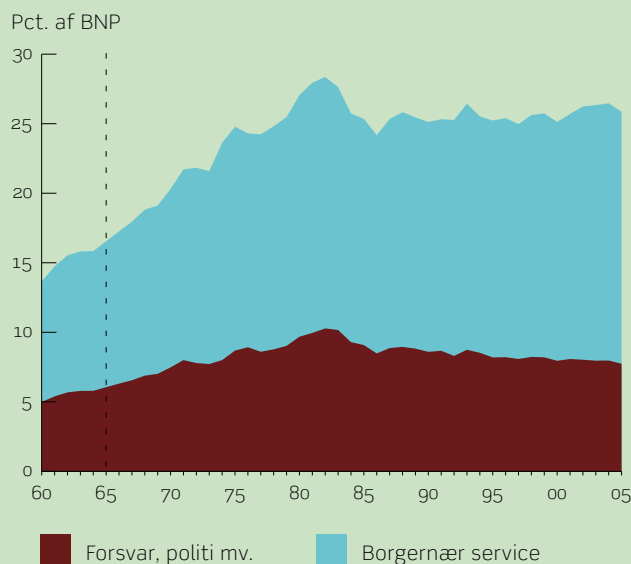
Serviceudgifterne er vokset med omkring 1½ pct. realt, dvs. når der tages højde for blandt andet stigningerne i de offentlige ansattes lønninger. Serviceudgifterne på socialområdet er vokset med knap 4 pct. om året og med omkring 1 pct. på sundhedsområdet og undervisning.

Der er blandt andet sket en udbygning af dagtilbudene, og andelen af børn i daginstitution er næsten blevet fordoblet siden starten af 1980'erne.

På ældreområdet er de offentlige serviceudgifter fordoblet fra 1990 til 2005 opgjort som andel af BNP.

Siden 2001 er sundhedsområdet det velfærdsområde, der er vokset mest.

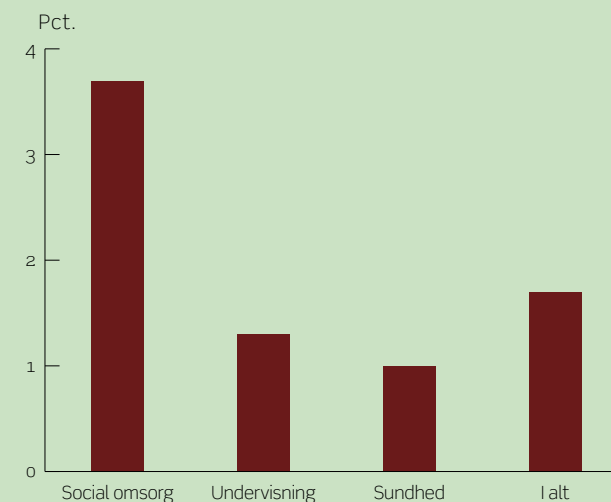
VÆKST I UDGIFTER TIL BORGERNÆR SERVICE



OFFENTLIGT OG PRIVAT FORBRUG ER STEGET NOGENLUNDE LIGE MEGET SIDEN 1980



HØJ ÅRLIG REALVÆKST I OFFENTLIGE SERVICEUDGIFTER, 1981-2005



DILEMMA:**Hvem skal have ansvaret for servicen til borgerne – Folketinget eller kommunalbestyrelsen?**

Danmark er ét af de lande i verden, som har den mest decentraliserede offentlige sektor. Kommunerne har generelt vide rammer for at fastlægge det serviceniveau, som borgerne skal have. Graden af decentralisering varierer dog fra område til område. Fx er folkeskolen og sygehusene i højere grad styret af Folketinget end daginstitutioner og ældreområdet.

I den politiske debat er der røster, der kritiserer, at Folketinget i de seneste år har øget detailreguleringen. Og der er røster, der ønsker en stærkere central styring.

Grundlæggende kan man vælge mellem to tilgange:

1. Et centraliseret system, hvor Folketing og regering fastlægger serviceniveauet på alle skoler, daginstitutioner, plejehjem mv. Og hvor regeringen har ansvaret for, at servicen lever op til de fastsatte krav.
2. Et decentraliseret system, hvor kommunerne fastlægger det konkrete serviceniveau - inden for overordnede lovgivningsmæssige og økonomiske rammer. Her kan serviceniveauet være forskelligt fra kommune til kommune. Og kommunen har ansvaret for at følge op.

Skal vi gå i retning af et entydigt statsligt ansvar og ensartede serviceniveauer i hele landet?

Et centraliseret system kan have den fordel, at ansvaret for den offentlige service entydigt er placeret hos Folketing og regering. Når Folketingets medlemmer oplever, at vælgerne stiller dem til ansvar for forskelle i serviceniveau og eksempler på utilfredsstillende service i kommunerne, så kan det være naturligt, at Folketinget også påtager sig ansvaret for ældreplejen, folkeskolen og daginstitutionerne – gennem øget lovregulering (nationale regler, standarder og tilsyn) og øremærkede bevillinger.

Men national detailstyring af kommunerne vil udhule nærdemokratiet. Prioriteringen af serviceniveauet vil ske langt væk fra borgerne, og centralt vil man have vanskeligere ved at tilpasse sig til borgernes konkrete ønsker og behov. Øget national detailstyring indebærer samtidigt en betydelig risiko for at være mindre økonomisk effektiv.

Thisted, Kolding, Århus og Lyngby-Taarbæk

Serviceniveauet er ikke ens i landets kommuner. I fx Århus og Lyngby-Taarbæk er der flere fuldtidsansatte pr. barn i daginstitution end i fx Thisted og Kolding. Antallet af elever i folkeskoleklasserne er højere i fx Kolding end i Thisted. I Århus er udgifterne pr. ældre større end i fx Thisted og Lyngby-Taarbæk.

Serviceniveau (2005)

	Dagtilbud: Børn pr. ansat	Skole: Klassekvotient	Ældre: Udgifter pr. ældre
Thisted	3,2	18	53.700
Kolding	3,3	22	55.400
Århus	2,8	21	58.100
Lyngby-Taarbæk	2,4	22	49.100

Også indkomstgrundlaget og de kommunale skatteprocenter er forskellige. Den mellemkommunale udligning udjævner dog indkomstgrundlaget betydeligt. Lyngby-Taarbæk afleverer penge til de øvrige kommuner, men har en lav skatteprocent.

Indkomstgrundlag og skatteprocent (2005)

	Indkomstgrundlag pr. indbygger	Indkomstgrundlag efter udligning	Skattepct.
Thisted	121.100	135.000	20,58
Kolding	138.700	140.200	21,13
Århus	138.900	140.600	20,71
Lyngby-Taarbæk	210.300	153.500	19,23

Væksten er fortsat i de seneste år

Fra 2001 til 2007 forventes de offentlige serviceudgifter at stige med 31 mia. kr.

Sundhedsområdet er i perioden 2001 til 2005 blevet løftet med ca. 8 mia. kr. Pengene er først og fremmest anvendt til kortere ventetider, nye behandlingsmetoder og flere operationer. Antallet af opererede steg fra 2001 til 2005 med ca. 96.000 personer. Det svarer til en stigning på 20 pct. Regeringen har med økonomiaftalerne for 2006 og 2007 givet sundhedsvæsenet et yderligere løft på 4 mia. kr. i forhold til 2005.

Undervisningsområdet og socialområdet forventes at blive løftet med i alt 16 mia. kr. i 2007 i forhold til 2001. I dag er der i gennemsnit flere undervisningstimer i folkeskolen end

i 2001, og der har i de senere år været et nogenlunde uændret antal voksne pr. barn i daginstitutionerne.

Stigningen i serviceudgifterne er sket i amter og kommuner under ét, mens staten har reduceret sit forbrug en smule.

Kommunerne har altså haft plads til at øge de kommunale serviceudgifter.

Også for 2007 har regeringen med KL aftalt en samlet økonomisk ramme, der er større end for 2006.

De enkelte kommuner skal prioritere serviceniveauet på hvert enkelt område inden for denne samlede større ramme.

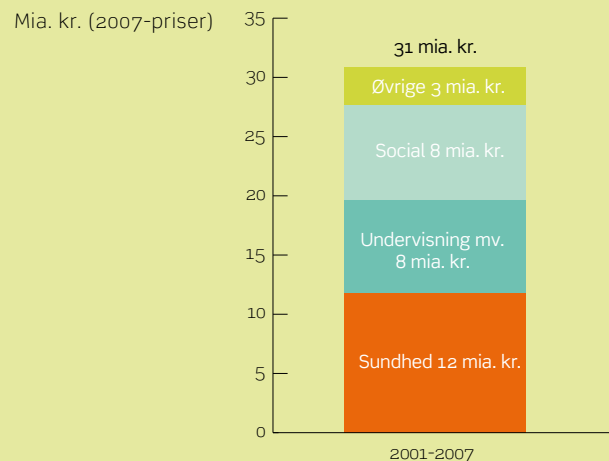
I 2007 står mange kommuner over for en særlig udfordring. De nye storkommuner skal finde et fælles serviceniveau, og nye opgaver skal indpasses i det kommunale serviceudbud.

Samtidig flytter den nye udligningsreform flere penge fra de mere velstillede til de mindre velstillede kommuner.

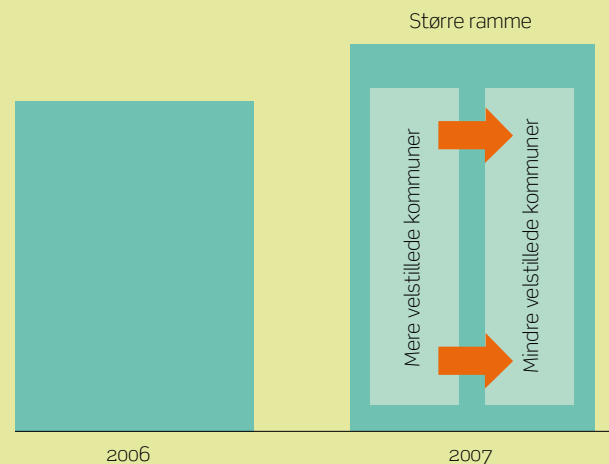
Kommunalreformen har skabt større og mere bæredygtige kommuner, som bedre kan levere høj kvalitet.

I lyset heraf har regeringen aftalt en dialog med KL om at nå et fælles mål om bedre og mere sammenhængende service til borgerne. Det er aftalt, at den statslige styring af kommunerne skal baseres på mål- og rammestyring, og at kommunalbestyrelsen fortsat har ansvaret for at prioritere og løse opgaverne.

DE OFFENTLIGE SERVICEUDGIFTER MV. VOKSER MED 31 mia. kr. FRA 2001 TIL 2007



UDLIGNINGSREFORMEN OMFORDELER MELLE KOMMUNER - INDEN FOR EN STØRRE RAMME



HOVEDPRINCIPPER FOR DIALOGEN MED KOMMUNERNE

- En tæt løbende dialog mellem regeringen og KL
- Indgåede aftaler bliver overholdt
- Udgangspunktet for styringen af kommunerne er mål- og rammestyring
- Kommunalbestyrelsen har ansvaret for at prioritere og løse opgaverne
- Ressourcerne skal altid udnyttes bedst muligt
- Udgangspunktet er metodefrihed til at finde lokale løsninger

DILEMMA:

Hvilke rettigheder skal borgerne have – et bestemt serviceniveau eller frit valg og indflydelse?

I lovgivningen kan man give borgerne tre forskellige slags rettigheder for at sikre høj kvalitet:

1. Lovgivningen kan give alle borgere i hele landet ret til en konkret service. Fx at alle børn i en daginstitution har ret til et frokostmåltid tilberedt af økologiske fødevarer.
2. Lovgivningen kan give borgerne ret til frit valg. Det betyder, at borgerne kan fravælge de tilbud, som de ikke er tilfredse med, og i stedet vælge tilbud, som bedre svarer til deres ønsker. Fx en daginstitution som tilbereder mad af økologiske fødevarer.

3. Lovgivningen kan give borgerne ret til at være repræsenteret i en brugerbestyrelse eller et brugerråd på den enkelte institution. Det giver forældre i en daginstitution mulighed for sammen med daginstitutionens ledelse og medarbejdere at beslutte, at børnene skal have mad af økologiske fødevarer.

Fordelen ved den første fremgangsmåde er ufravigelige, klare og konkrete regler. Ulempen er, at alle brugere får et standardprodukt. Der kan ikke tages hensyn til individuelle eller lokale ønsker. Ensartede rettigheder over hele landet vil også fjerne grundlaget for en kommunal prioritering.

Fordelen ved de to andre fremgangsmåder – frit valg og brugerbestyrelser – er, at brugerne selv har indflydelse på deres dagligdag. Daginstitutionerne kan være forskellige, hvis forældrene ønsker det, og der kan tages hensyn til særlige behov og ønsker. Men svagheden er, at forældrene ikke er sikret en bestemt standard.

Mange brugere er tilfredse

Mange borgere er tilfredse med den offentlige service, de modtager. Omkring 80-90 pct. af brugerne er tilfredse med servicen på sygehuse, børnepasning, skoler og hjemmehjælp.

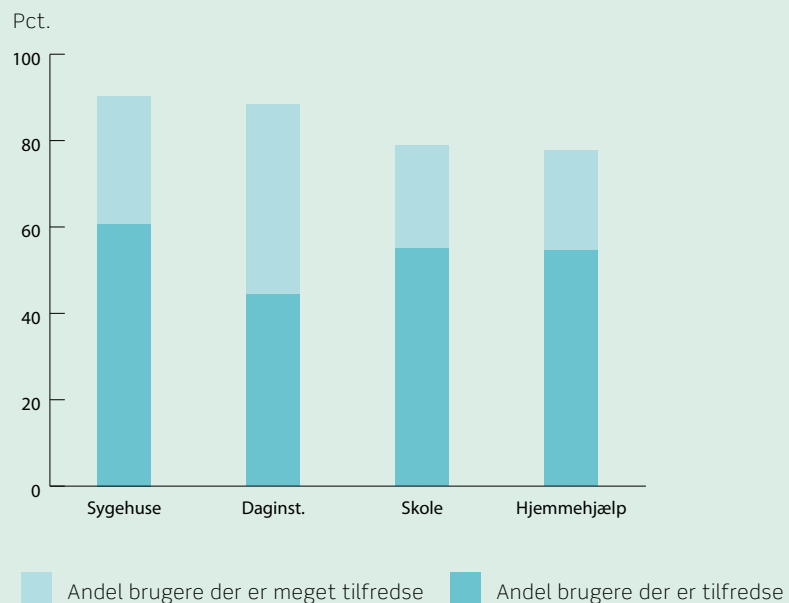
På nogle af de mere specifikke områder, er brugerne ikke helt så tilfredse med den leverede service. Det gælder fx rengøring og anden praktisk hjemmehjælp.

Brugernes overordnede tilfredshed er ikke større i kommuner, der bruger mange penge på dagtilbud til børn. Brugernes tilfredshed er stort set ens, uanset om de bor i en kommune med høje eller lave udgifter pr. plads.

Det er oftest sådan, at de, der bruger en konkret serviceydelse som fx børnehaver eller ældreplejen, er mere tilfredse med den end de, der ikke bruger serviceydelsen.

Det kan være fordi, brugerne oplever den offentlige service som velfungerende i hverdagen, mens mange andre især hører om den offentlige service på anden hånd.

BRUGERNE ER GENERELT TILFREDSE MED SERVICEN



TILFREDSHEDEN MED DAGINSTITUTIONERNE ER IKKE STØRRE I KOMMUNER, DER BRUGER MANGE PENGE, 2005

Bruttoudgift pr. plads	Andel der er positive over for den leverede service (pct.)
Under 50.000 kr.	88
50-60.000 kr.	89
60-70.000 kr.	88
70-80.000 kr.	87
80-90.000 kr.	93
Over 90.000 kr.	87

DILEMMA:***Giver mål og dokumentation bedre service eller mere bureaukrati?***

Det er en udbredt opfattelse, at øget kvalitet i den offentlige sektor forudsætter, at der opstilles klare mål for, hvad fx skolen eller sygehuset skal levere til borgerne, og at det dokumenteres, om målene nås. Mål skal skabe fælles fokus for ledelse og medarbejdere. Og kun ved at kende resultatet af sin indsats og ved at sammenligne sig med andre kan man vide, om man gør det rigtige. Lærer børnene at læse? Og bliver patienterne helbredt?

Sigtet med mål- og resultatstyring er at mindske behovet for regelstyring og bureaukrati. Men kan resultatet ikke i praksis blive det modsatte, nemlig mere bureaukrati på bekostning af service til borgerne?

1. Mål- og resultatstyring betyder, at den enkelte institution – fx skole – skal måles på sine resultater og ikke på, om den overholder detaljerede regler om, hvordan den når til

resultaterne. Institutionen skal have større spillerum til selv at tilrettelægge sit arbejde. Dokumentation af resultater skal derfor afløse detailstyring og give plads til nytænkning og mere attraktive arbejdspladser.

2. Men øget krav til dokumentation kan betyde, at ledelse og medarbejdere skal bruge mere tid på at registrere, måle og lave statistik. Det kan derfor ende med mere papirarbejde på bekostning af tid til de borgere, som institutionen skal betjene.

Modstandere af mål- og resultatstyring mener, at der vil blive brugt alt for megen tid på at måle og dokumentere – tid som går fra brugerne. Modstanderne ser også mål og dokumentation som udtryk for manglende tillid til de offentligt ansatte.

Tilhængere af mål- og resultatstyring mener, at man kan undgå faren for øget bureaukrati. De mål og resultater, som ledelsen og medarbejderne skal måles på, skal være centrale og meningsfulde mål for deres dagligdag og for den kerneopgave, som skal leveres til borgerne. Det skal sikre, at dokumentation af resultaterne ikke bliver en kontrolmekanisme, men en integreret del af den faglige udviklingsproces i fx folkeskolen. Kendskab til de opnåede resultater bliver en vigtig del af ledelsens og medarbejdernes udvikling af deres arbejde. Fx vil lærerne kunne se, hvilke pædagogiske metoder der er bedst til at lære børn at læse og regne.

Også fremover vil der være plads til en vis vækst i den offentlige sektor. Men det er et grundvilkår, at væksten ikke kan være så høj, som vi har været vant til.

Der mangler i dag ledige hænder på arbejdsmarkedet – det gælder både det offentlige og private område. Og der er ikke udsigt til, at der bliver flere i arbejdsstyrken fremover. Hvis vi ansætter flere i den offentlige sektor, vil der blive tilsvarende færre til at arbejde i det private.

Samtidig gør det høje skattetryk – et af verdens højeste – at højere skat ikke er vejen frem.

Demografisk medvind er vendt til modvind

Op til midten af 1990'erne nød vi godt af en „demografisk medvind“. Der blev flere i den erhvervsaktive alder – som arbejder og betaler skat – i forhold til antallet af børn, unge og ældre. Derfor var det lettere at finansiere de offentlige serviceydelser, som i høj grad er rettet mod børn, unge og ældre.

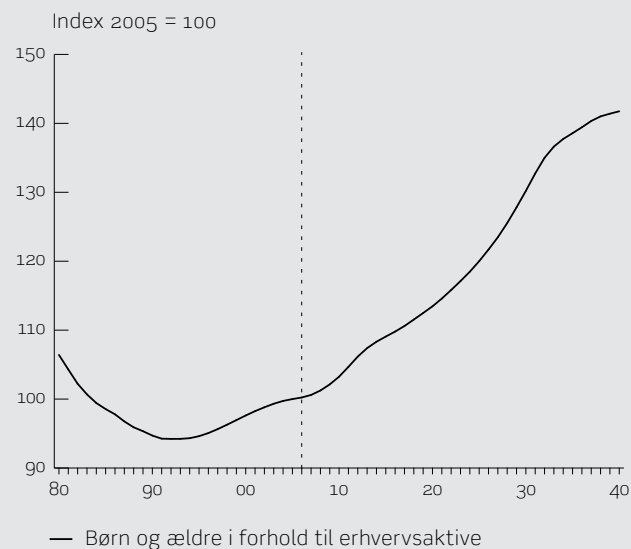
Men nu er befolkningsudviklingen vendt. Fremover vil antallet af ældre medborgere stige betydeligt. Selvom de ældre generelt bliver mere raske, betyder det et stigende behov for fx hjemmehjælpere, læger og sygeplejersker.

Velfærdsaftalen muliggør en holdbar finansiering af fremtidens ældreudgifter

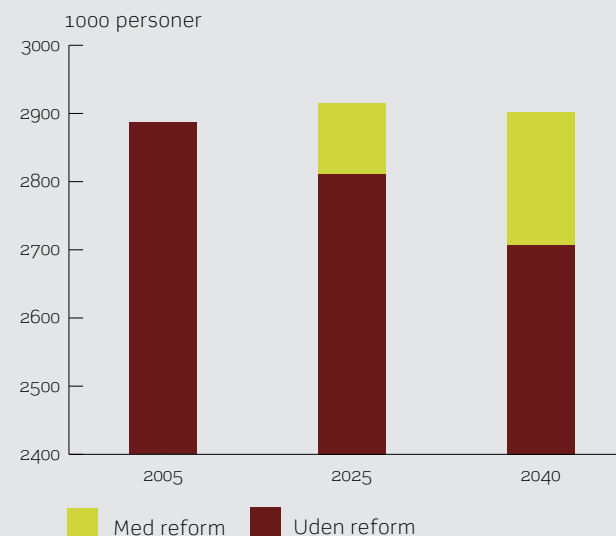
I foråret 2006 indgik et bredt flertal i Folketinget en velfærdsaftale om blandt andet efterløns- og folkepensionsalderen. Aftalen betyder, at beskæftigelsen ikke vil falde de næste årtier, sådan som der ellers var udsigt til. Antallet af danskere på arbejdsmarkedet vil være nogenlunde uændret i de næste årtier.

Velfærdsaftalen gør det muligt, at vi kan finansiere de stigende ældreudgifter i fremtiden, uden der opstår underskud på de offentlige finanser.

DEMOGRAFISK MEDVIND ER VENDT TIL MODVIND



VELFÆRDSAFTALEN SIKRER NÆSTEN UÆNDRET ARBEJDSSTYRKE



Det nuværende store overskud på de offentlige finanser vil gradvist forsvinde i takt med, at det stigende antal ældre vil kræve flere udgifter til pensioner, ældrepleje og sundhed. Men der er ikke udsigt til, at de stigende ældreudgifter vil skabe et stort underskud på de offentlige finanser, sådan som det var tilfældet før velfærdsaftalen.

Velfærdsaftalen har skabt plads til en vis vækst i antallet af offentligt ansatte ...

Velfærdsaftalen har skabt plads til, at antallet af offentligt ansatte kan stige svagt frem mod 2040 i takt med det stigende antal ældre og den forventede udvikling i børnetallet. Hvis beskæftigelsen inden for hvert af de offentlige

serviceområder, som fx børnepasning, sundhed og ældrepleje, skal følge udviklingen i antallet af brugere af de pågældende ydelser, vil de offentligt ansatte udgøre en stigende andel af den samlede beskæftigelse.

Det skønnes, at det i givet fald gradvist vil øge antallet af offentligt ansatte med knap 110.000 frem mod 2040, mens den private beskæftigelse vil falde med knap 100.000.

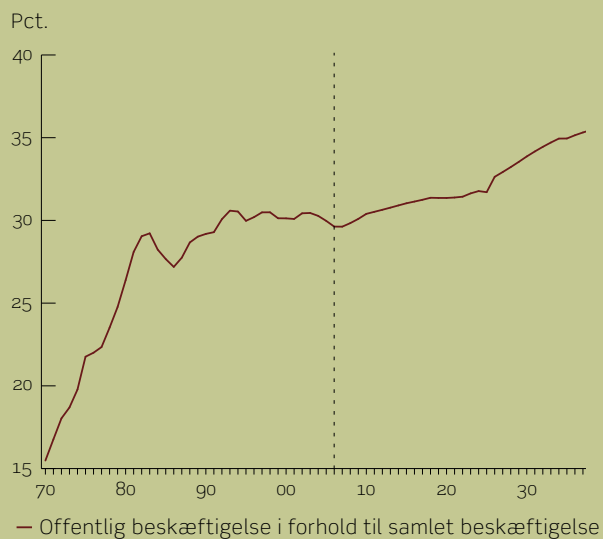
... men det sættes over styr, hvis de offentlige udgifter vokser hurtigere

Hvis vi øger de offentlige serviceudgifter hastigere end forudsat ved velfærdsaftalen, kan det medføre en stor for-

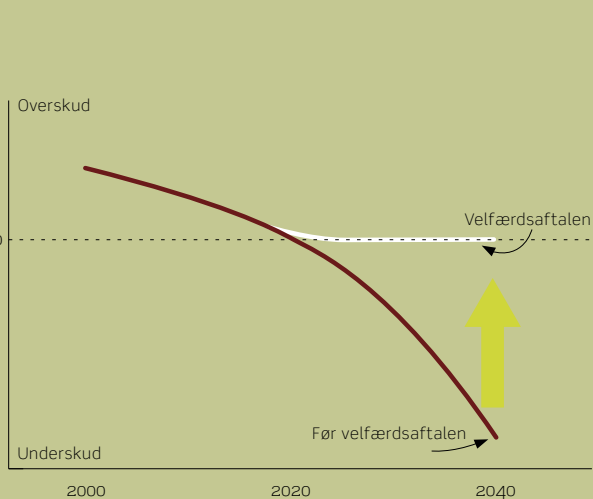
væring af de offentlige finanser på længere sigt. Og der vil igen være risiko for, at der opstår underskud på de offentlige finanser i fremtiden. Vi vil være tilbage til før velfærdsaftalen. Vi risikerer at gældsætte os.

Hvis det offentlige fx ansætter 2.000 flere om året – udover den stigning som velfærdsaftalen har skabt plads til – koster det 1 mia. kr. ekstra hvert år. Med renters rente vil det føre til, at den offentlige saldo efter 35 år bliver 75 mia. kr. ringere målt i dagens penge. Det vil ikke være holdbart. Vi kan ikke bare bruge løs af statens overskud i dag.

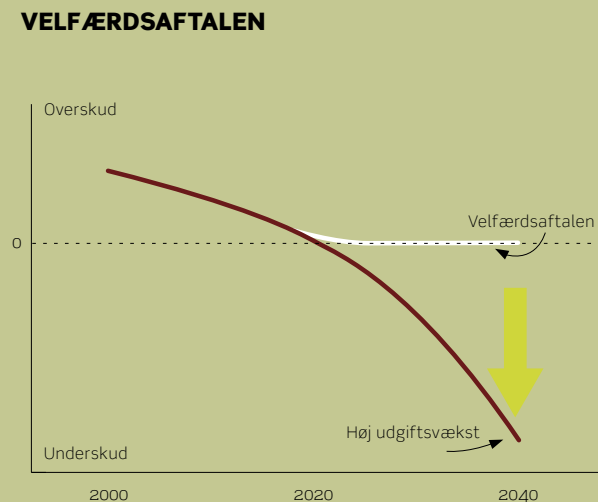
BEFOLKNINGSUDVIKLINGEN KAN TRÆKKE I RETNING AF FLERE OFFENTLIGT ANSATTE



VELFÆRDSAFTALEN SIKRER OS MOD STORE UNDERSKUD



MEN HØJ VÆKST I OFFENTLIGE SERVICE-UDGIFTER VIL BRINGE OS TILBAGE TIL FØR VELFÆRDSAFTALEN



Svært at få nye hænder til det offentlige

Allerede i dag er der problemer med at rekruttere arbejdskraft til det offentlige, ikke mindst inden for sundhed og social service. Og i nogle udkantsområder er der problemer med at tiltrække kvalificeret arbejdskraft til offentlig service.

Den høje aktivitet har ført til udbredt mangel på arbejdskraft i den private sektor, blandt andet i byggeriet og i en række serviceerhverv.

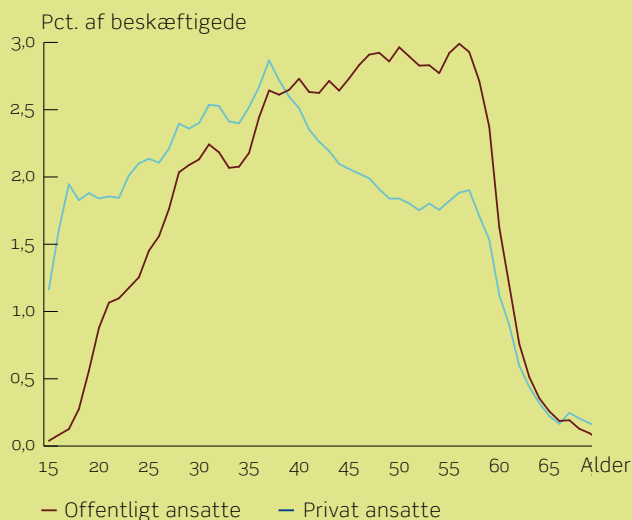
I en sådan situation vil en øget beskæftigelse i det offentlige føre til for store løn- og prisstigninger. Det vil indebære risiko for at sætte den sunde økonomi over styr og dermed formindske mulighederne for at fastholde den høje beskæftigelse.

Også på lidt længere sigt vil der være betydelige udfordringer med at rekruttere til den offentlige sektor. Der er relativt mange offentligt ansatte op mod efterløns- og pensjonsalderen sammenlignet med den private sektor.

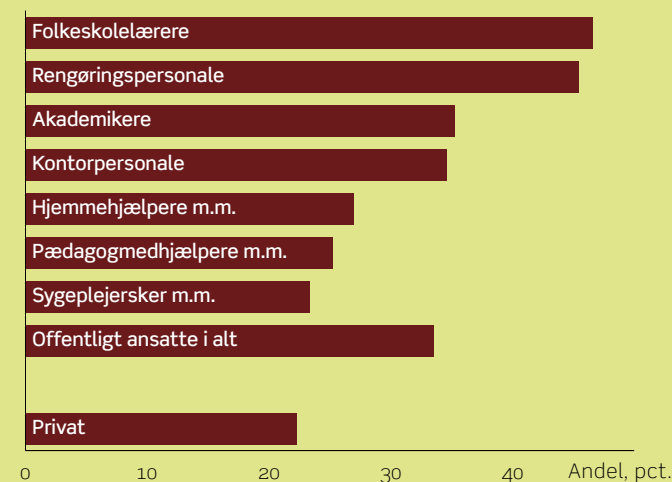
Hver tredje af de offentligt ansatte er i dag over 50 år. I den private sektor er det kun hver fjerde. Inden for nogle offentlige områder er det mere end 4 ud af 10 ansatte, der er over 50 år. Mere end hver fjerde offentligt ansat vil trække sig tilbage inden for de næste 10 år.

Det betyder, at der skal genbesættes mange stillinger i de kommende år, selv ved et uændret antal offentligt ansatte.

DER ER FÆRRE UNGE OG FLERE ÆLDRE BLANDT DE OFFENTLIGT ANSATTE END BLANDT DE PRIVATE



PÅ FLERE STORE OFFENTLIGE OMRÅDER ER MANGE MEDARBEJDERE OVER 50 ÅR



INGEN LETTE LØSNINGER TIL AT STYRKE KVALITETEN AF DEN OFFENTLIGE SERVICE

I den offentlige debat optræder af og til argumenter for, hvordan man kan finansiere fremtidens offentlige sektor. Det er bare et spørgsmål om at øge skatterne, få endnu mere gang i økonomien eller noget helt tredje. Argumenterne kan få karakter af myter. Men selvom flere veje kan bidrage til en bedre offentlig sektor, så er der ingen lette løsninger.

1. Højere skatter

Højere skatter er ikke vejen frem. Danmark har i forvejen et af verdens højeste skattetryk. Højere skatter ville mindske tilskyndelsen til at arbejde og uddanne sig. Det ville gøre sort arbejde mere attraktivt. Højere skat vil dermed reducere velstanden og skærpe problemet med at sikre en tilstrækkelig stor arbejdsstyrke fremover.

Høje skatter og afgifter på bestemte områder kan også få virksomheder og personer til at flytte til andre lande med lavere beskatning eller føre til øget grænsehandel fx via Internettet. Dermed vil højere skat ikke føre til tilsvarende større offentlige indtægter.

2. Højere økonomisk vækst

Højere produktivitet i den private sektor – og dermed større vækst i samfundet – vil gøre Danmark rigere.

Højere produktivitetsvækst i den private sektor vil kunne øge kvaliteten af den offentlige service, fordi fx scannere og strålekanoner til sygehuse bliver billigere. Men det vil ikke skabe et større økonomisk råderum til at øge antallet af offentligt ansatte eller hæve serviceniveauet generelt.

Højere produktivitetsvækst i den private sektor vil medføre større indkomstfremgang og dermed øgede offentlige skatteindtægter. Men med de regler, vi har i dag, vil de offentlige udgifter vokse tilsvarende, fordi de offentlige lønninger vil stige parallelt med lønnen i den private sektor. Det samme gælder ydelserne til dem, der modtager overførselsindkomst.

Vi har således indrettet os, så den økonomiske vækst ikke kun kommer den private sektor til gode, men også offentligt ansatte og personer på overførselsindkomst.

3. Flere børn

Flere børn er med til at skabe udvikling og dynamik i samfundet. Og børn er en meget vigtig del af livet for de fleste.

Flere børn er derfor ønskværdigt af mange grunde, men det kan ikke bidrage til at lette udfordringen med at finansiere udgifter til pasning og pleje af flere ældre. Indtil børnene bliver voksne og har afsluttet deres uddannelse og kommer i beskæftigelse, vil de kræve flere offentlige udgifter til blandt andet børnepasning og uddannelse. Flere børn vil derfor på kort sigt belaste de offentlige finanser.

4. Øget indvandring

Større indvandring kan øge antallet af beskæftigede – og dermed antallet af skattebetalere, hvis indvandrere hurtigt kan finde job her i landet.

Især på de områder, hvor der er mangel på arbejdskraft med særlige kvalifikationer som fx læger, kan indvandring øge det samfundsøkonomiske råderum. Den netop aftalte "green card"-ordning vil bidrage hertil.

Men de historiske erfaringer tilsiger, at øget generel indvandring næppe vil være en farbar vej. Det skyldes, at ikke alle indvandrere kommer i arbejde, og at indvandrere ofte medbringer familiemedlemmer, som bruger de offentlige serviceydelser eller modtager offentlig forsørgelse.

5. Flere i beskæftigelse

Det samfundsøkonomiske råderum kan især styrkes ved at øge antallet af beskæftigede i den private sektor. Det vil give øgede skatteindtægter til det offentlige.

Samtidigt vil øget beskæftigelse betyde færre offentlige udgifter og dermed aflaste de offentlige finanser. Det sker, når ledige kommer i job. Når ældre medarbejdere trækker sig senere tilbage fra arbejdsmarkedet. Og når sygefraværet og nedslidning reduceres.

Regeringen har taget en lang række initiativer til at øge antallet af beskæftigede. Ledigheden er på et historisk lavt niveau. Og velfærdsaftalen i foråret 2006 betyder blandt andet senere tilbagetrækningsalder, mindre sygefravær, styrket forebyggelse af nedslidning og bedre integration af indvandrere og efterkommere.

Det er ikke mindst en udfordring i lyset af mindre ungdomsårgange og en stagnerende arbejdsstyrke.

Derfor indebærer selv en relativt begrænset offentlig servicevækst, at det offentlige vil skulle ansætte en større del af de unge, der træder ind på arbejdsmarkedet, end i de seneste årtier.

Højere generel løn til de offentlige ansatte er imidlertid ikke en løsning, fordi det vil indebære risiko for lønudgifter i et omfang, der ikke er holdbart på længere sigt. Højere

løn vil også kunne føre til højere private lønstigninger til skade for konkurrenceevnen og dermed den private beskæftigelse.

Behovet for at rekruttere flere unge til den offentlige sektor, end vi har været vant til, rejser derfor navnlig spørgsmålet, om de unge, der fremover træder ind på arbejdsmarkedet, har de uddannelser, der vil svare til behovene i den offentlige sektor.

Derfor behov for en kvalitetsreform

Mulighederne for at ansætte flere og flere i det offentlige er samlet set begrænsede.

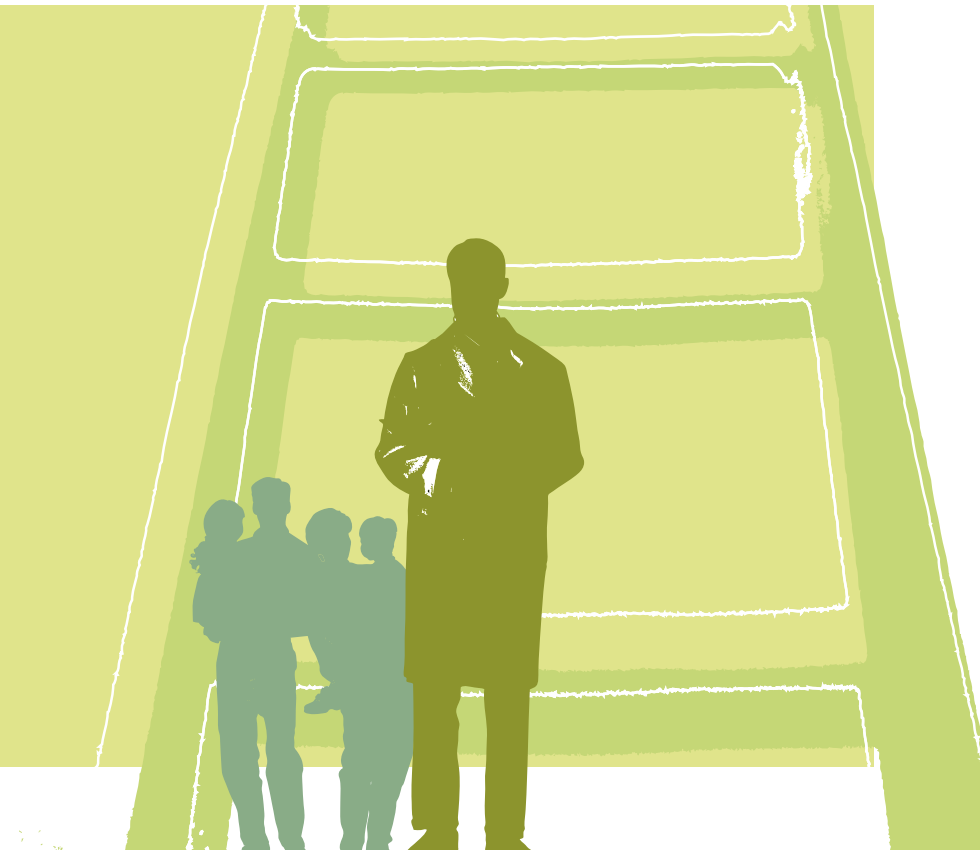
Derfor må vi satse på at få mere og bedre service ved at øge kvaliteten. En større andel af de beskæftigede i det offentlige skal arbejde med borgernær service, og færre med administration. Den enkelte medarbejder skal blive i stand til at yde en bedre service ved at organisere arbejdet på nye måder, ved et tættere samspil med brugerne og ved at anvende ny teknologi.

AKTUELLE REKRUTTERINGSPROBLEMER

De regionale arbejdsmarkedsråd, der står for planlægningen af den regionale arbejdsmarkedspolitik, melder aktuelt om betydelige vanskeligheder med at skaffe medarbejdere på blandt andet social- og sundhedsområderne.

Således melder stort set alle 14 Arbejdsmarkedsråd i landet om mangel på læger og sygeplejersker. 5 råd rapporterer om mangel på jordemødre og 7 om mangel på lægesekretærer.

På det sociale område melder 4 råd om mangel på social- og sundhedsassistenter. 5 råd rapporterer om mangel på socialrådgivere og socialformidlere. En stor del af rådene rapporterer om risiko for mangel på social- og sundhedspersonale.



VÆKST I DET OFFENTLIGE FORBRUG OG I DET PRIVATE FORBRUG - EN SVÆR SAMMENLIGNING

De offentlige serviceudgifter er siden starten af 1980'erne vokset i nogenlunde samme tempo som samfundsøkonomien (BNP). Det offentlige forbrug har næsten konstant udgjort godt 25 pct. af BNP. I samme periode er det private forbrugs andel af BNP faldet lidt.

Når de offentlige serviceudgifter – det offentlige forbrug – vokser i takt med samfundsøkonomien, kan det også udtrykkes på den måde, at det offentlige forbrug nogenlunde vokser i samme tempo som det private forbrug.

Denne parallelitet i de to forbrugstyper gælder imidlertid kun, når man måler det offentlige og det private forbrug i løbende priser.

Hvis man sammenligner forbrugsudviklingen i faste priser – realvæksten – vil en parallel udvikling i det offentlige og det private forbrug forudsætte, at det offentlige forbrug i faste priser vokser langsommere end det private forbrug. Det er også det, der er sket fra begyndelsen af 1980'erne til i dag. Et mål om samme realvækst i den offentlige og den private sektor vil derfor medføre, at det offentlige forbrug vil ud-

gøre en stadig større del af samfundsøkonomien, og at de offentlige ansatte vil udgøre en stigende andel af den samlede beskæftigelse.

Det skal blandt andet ses i sammenhæng med, at det offentlige og det private forbrug opgøres på to helt forskellige måder.

Realvæksten i det private forbrug måles ved at se, om værdien af de varer, som forbrugerne køber, er steget, når man tager højde for prisstigninger og -fald. Fx om forbrugerne bruger flere penge til mobiltelefoner, og om priserne på fx mobiltelefoner er faldet, så borgernes reelle forbrug stiger, fordi de får flere eller bedre mobiltelefoner for det samme beløb i kroner og øre.

Realvæksten i det offentlige forbrug opgøres derimod ved at se på, om der bruges flere eller færre ressourcer til at fremstille offentlige serviceydelser (antallet af offentligt ansatte og realvækst i indkøb af varer mv.). Man måler ikke værdien af det, som borgerne får ("output"), men de anvendte ressourcer ("input"). Det skyldes, at de offentlige

ydelser typisk er gratis for den enkelte borger, så der ikke er sat nogen pris/værdi på ydelserne.

Realvæksten i henholdsvis det private og det offentlige forbrug måler derfor to forskellige ting. Væksten i det reale private forbrug kan skyldes en lavere ressourceindsats, fordi øgede produktivitetstigninger i den private sektor – og dermed lavere priser til forbrugerne på fx mobiltelefoner – muliggør et højere privat forbrug for de samme penge. Men hvis den offentlige service produceres mere effektivt – fx så det samme personale på et sygehus gennemfører flere operationer – vil det reale offentlige forbrug, som det opgøres rent statistisk, ikke stige. Også selvom patienterne vil opleve lavere ventetider og dermed højere service.

Hvis man derfor opstiller den målsætning, at realvæksten i det offentlige forbrug og det private forbrug skal være ens, så vil man ikke få en parallel udvikling af den private og den offentlige sektor. Det offentlige vil skulle udvise en større vækst i ressourceindsatsen end det private.

Det offentlige og private forbrug har været en nogenlunde konstant andel af BNP

	1983	1993	2005
Offentligt forbrug i pct. af BNP	28	26	26
Privat forbrug i pct. af BNP	53	51	49

Væksten i det offentlige og private forbrug 1983-2005, pct., gns. pr. år

	Løbende priser	Faste priser (realvækst)
Offentligt forbrug	4,7	1,5
Privat forbrug	4,7	1,9

Ministerudvalg

Regeringen har nedsat et ministerudvalg, som frem til sommeren 2007 skal udarbejde en strategi for bedre kvalitet i den offentlige sektor. Ministerudvalget består af statsministeren (formand), økonomi- og erhvervsministeren, finansministeren, indenrigs- og sundhedsministeren, socialministeren og familie- og forbrugerministeren.

Ministerudvalget vil inddrage brede kredse i arbejdet for at få nye idéer til, hvordan kvaliteten i den offentlige service kan forbedres.

Temamøder

Ministerudvalget vil afholde 5 temamøder og et afsluttende møde. Til møderne vil regeringen invitere repræsentanter for kommuner og regioner, centrale organisationsfolk, erhvervsfolk, forskere, praktikere og andre med gode ideer og nyttige erfaringer.

Op til hvert temamøde vil regeringen offentliggøre et debatoplæg med tanker om det pågældende tema og forslag til konkrete initiativer.

Ministrene vil også besøge offentlige institutioner, som har gode erfaringer med at udvikle bedre kvalitet. På møderne vil ministrene inddrage brugere, pårørende, medarbejdere og ledere.

På www.kvalitetsreform.dk har alle mulighed for at følge arbejdet med at forbedre den offentlige sektor og for selv at bidrage med idéer og erfaringer.

Regeringens møder om kvalitetsreformen

30. november	Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar
11. januar	Sammenhængende service – med respekt for borgerne
8. februar	Klare mål og ansvar for resultater
22. marts	Nytænkning, konkurrence og mest kvalitet for pengene
19. april	Ledelse, medinddragelse og motivation
24. maj	Samlet kvalitetsreform





WWW.KVALITETSREFORM.DK



REGION MIDTJYLLAND

Under dannelse

Tingvej 15

8800 Viborg

Dato: 15. december 2006

Sagsbehandler: HBN

Tlf.: 8728 4402

E-mail: hbn@rm.dk

Journalnr.: 1-01-84-06

Perspektiver på en sammenhængende indsats

1. Indledning

Regeringens arbejde med en kvalitetsreform for den offentlige sektor omfatter bl.a. en række temamøder i perioden frem mod sommeren 2007, hvor der forventes fremlagt en strategi på området.

Der gennemføres i alt fem temamøder, hvoraf det første møde fandt sted 30. november 2006 på Skejby Sygehus med deltagelse af en kreds af personligt inviterede deltagere. Nedenfor er overskrifterne for de fem temamøder oplyst:

1. Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar (30. november 2006)
2. Sammenhængende service – med respekt for borgerne (11. januar 2007)
3. Klare mål og ansvar for resultater (8. februar 2007)
4. Nytænkning, konkurrence og mest kvalitet for pengene (22. marts 2007)
5. Ledelse, medarbejderinddragelse og motivation (19. april 2007)

Nærværende oplæg er udarbejdet som et inspirationsgrundlag for Regionsrådets drøftelse af det tema, som regeringen har sat på dagsordenen i forbindelse med temamøde nr. 2 under overskriften "Sammenhængende service – med respekt for borgerne".

I det følgende skitseres en række fokusområder og eksempler på Regionens bestræbelser på at sikre sammenhæng i forskellige borgerrettede ydelser og indsatser. Oplægget indledes med et forsøg på en indkredsning af nogle hoveddimensioner bag begrebet "en sammenhængende indsats".

2. Hvad er "en sammenhængende indsats"?

Sammenhæng i ydelser og forløb kan i praksis komme til udtryk på mange måder – både i dét, der siges og i dét, der gøres. Grundlæggende handler det om sikring af processer, der understøtter den faglige og den bruger-/patientoplevede kvalitet.

Bestræbelserne på at sikre sammenhængsskabende processer kan betjene sig af forskellige værktøjer, som ofte supplerer hinanden:

- Hensigtsmæssig organisering i kraft af et helhedsperspektiv på arbejdsdeling og specialisering (helhedsorienteret planlægning) og dermed koordineret beslutningstagen på flere niveauer.

- Fælles normer og standarder for indsatsen (gennem bl.a. aftaler, uddannelse/kompetenceudvikling, forskning/udvikling mv.).
- Løbende udveksling af information/kommunikation samt systematisk opsamling af viden og erfaringer med tilhørende dokumentation.

Den faglige og den brugeroplevede kvalitet hænger i praksis tæt sammen. F.eks. er effekten af en given behandling eller en forebyggende indsats ofte afhængig af, at patienten undervejs føler sig tryk, forstået og anerkendt samt, at der er konsistens i de budskaber, som han/hun modtager - uanset medvirken fra forskellige personer og instanser.

Vertikal og horisontal arbejdsdeling og integration

Regionens opgaveportefølje tilsiger et særligt fokus på den vertikale integration. Alt så fokus på, hvordan ydelser og forløb hænger sammen "i dybden" gående fra det mindre specialiserede/almene tilbud til det meget specialiserede tilbud. Dette tilsiger samtidig et fokus på, hvordan der opnås en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem forskellige specialiseringsniveauer i den regionale indsats.

Inden for f.eks. sundhedsområdet opererer man med det såkaldte LEON-princip. LEON står for Laveste Effektive OmkostningsNiveau. Princippet går ud på, at en given opgave skal løses på så lavt et specialiseringsniveau som muligt under hensyntagen til opnåelsen af den ønskede effekt og kvalitet. Omkostningselementet knytter sig til specialiseringen, idet løsningen af f.eks. en ukompliceret opgave på et for højt specialiseringsniveau alt andet lige vil udløse et for højt ressourceforbrug i forhold til den nytte/kvalitet, som modtageren af ydelsen opnår.

Men sammenhæng (integration) optræder på mere end én dimension. Horisontal integration handler således om, hvordan der sikres sammenhæng "på tværs" mellem forskellige tilbud eller indsatser. Et eksempel på dette kunne være en kommunes indsats på sundhedsfremmeområdet, der for udvalgte grupper sikrer en højere grad af arbejdsmarkedspartnerskab og dermed understøtter kommunens aktiveringsindsats. Kommunernes overtagelse af myndigheds-, forsynings- og finansieringsansvaret inden for det sociale område kan tilsvarende ses som et udtryk et ønske om at samle en bred vifte af tilbud på ét myndighedsniveau.

Men en række mere specialiserede tilbud kalder i højere grad på et vertikalt perspektiv på en hensigtsmæssig arbejdsdeling og integration for at opnå bæredygtige løsninger. Dette kommer f.eks. til udtryk ved Regionens fortsatte varetagelse af opgaver på det sociale område og inden for specialundervisningsområdet, hvor der er tale om højt specialiserede tilbud rettet mod særlige grupper.

Lignende eksempler findes inden for specialtandplejeområdet. Pr. 1. januar 2007 kan kommunalbestyrelserne indgå aftale med Regionsrådet om, at Regionen varetager opgaver inden for specialtandplejen (tilbud til personer med sindslidelser eller psykisk udviklingshæmmede). Alle kommunerne i Region Midtjylland har således ønsket at tilslutte sig en specialtandplejeordning i Regionens regi.

Derudover har de 19 kommuner i Region Midtjylland i en fælles henvendelse anmodet Regionen/den regionale specialtandpleje om at varetage en særlig opgave vedrørende tandbehandling i generel anæstesi af behandlingsangste børn. På nuværende tidspunkt har Regionen imidlertid ikke hjemmel til at varetage denne opgave. Der er på baggrund af kommunernes ønske rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen, som har oplyst, at den fornødne hjemmel er under afklaring.

Endelig er OPUS (tidlig opsporing og behandling af unge psykotiske) et eksempel på sammenhængende service med respekt for borgeren, hvor der er tale om både vertikal og horisontal integration af indsatsen. Tilbuddet retter sig mod unge nydiagnosticerede skizofrene. Der lægges gennem en periode vægt på en opsøgende og støttende indsats baseret på bl.a. en fast behandler (primærbehandler) gennem hele forløbet, en fleksibel og vedholdende kontakt til den unge, inddragelse af familie/pårørende samt træning af sociale færdigheder. Der er tale om integration af en behandlingsmæssig og en støttende indsats i patientens eget sociale miljø. Indsatsen er samlet i et team i én organisation under psykiatrien (i sygehusregi), selvom noget af indsatsen falder inden for det sociale område. Indsatsen ville normalt være spredt mellem på den ene side ren behandling og på den anden side kommunal social støtte med deraf følgende risiko for horisontale koordinationsproblemer. Med OPUS samles elementerne i indsatsen, hvorved der samtidig kan opnås en bedre arbejdsdeling og vertikal integration mellem den specialiserede indsats og mindre specialiserede tilbud.

Uanset om der arbejdes på at skabe sammenhæng vertikalt eller horisontalt, kan det være af betydning hvilken type ydelse, der er tale om. I nogle tilfælde kan ydelser være substituerbare. Det vil sige, at forskellige ydelser kan erstatte eller træde i stedet for hinanden. I andre tilfælde er ydelser komplementære, hvilket indebærer ydelserne supplerer hinanden.

Denne sondring mellem på den ene side ydelser, der erstatter og på den anden side ydelser, der supplerer hinanden, kan bl.a. være af betydning, når det handler om at sikre en optimal udnyttelse af knappe samfundsmæssige ressourcer.

F.eks. kan det være af betydning, om opbygningen af nye sundhedstilbud i kommunalt og regionalt regi sker i en løbende dialog mellem kommuner og regioner. Ellers kan der potentielt opstå risiko for, at der etableres tilbud, som dublerer hinanden og derved totalt set virker udgiftsdrivende uden at resultere i mere sundhed for pengene. Som led i sundhedsaftalesamarbejdet i Region Midtjylland er det således besluttet at arbejde med en kortlægning af planer og erfaringer med sundhedscentre, herunder for at sikre et solidt fælles grundlag for at koordinere indsatser og kapacitet - og dermed sikre sammenhæng og effektivitet - i den samlede vifte af tilbud til borgerne.

3. Hvordan arbejder Regionen med sammenhæng i indsatsen?

Dette afsnit indeholder flere eksempler på, hvordan der i praksis arbejdes på at sikre sammenhæng i ydelserne og servicen over for borgerne. Disse aktiviteter foregår på mange niveauer både internt i Region Midtjylland og i samspillet mellem Regionen og dens eksterne samarbejdspartnere i bl.a. kommunerne.

Det er vigtigt at understrege, at eksemplerne i dette notat på ingen måde repræsenterer et udtømmende katalog over de mange forskelligartede indsatser, der gøres for at skabe kontinuitet og løbende sikre koordinering i forløb, i beslutninger, i planlægning eller i den daglige udveksling af informationer og viden mellem medarbejdere "i marken".

Sammenhæng gennem planlægning

Sikring af sammenhæng i ydelsen samt faglig og (samfunds)økonomisk bæredygtighed kræver planlægning i klassisk forstand. Den langsigtede og afbalancerede planlægning er et væsentligt omdrejningspunkt for den offentlige sektors virksomhed.

Det er vurderingen, at dannelsen af Region Midtjylland med et stort patientunderlag på en række områder vil give grundlag for at forbedre udredning og behandling gennem bl.a. en øget faglig specialisering. Dette gælder inden for både det somatiske hospitalsvæsen og behandlingspsykiatrien. Men det kræver planlægning at kunne give borgerne en vifte af kvalitetstilbud, herunder hvis disse skal kunne leveres omkostningseffektivt.

Den netop vedtagne interim-sundhedsplan for Region Midtjylland kan ses som et eksempel på, hvordan planlægningen af regionens tilbud på sundhedsområdet sker inden for rammerne af bestræbelsen på at skabe en hensigtsmæssig arbejdsdeling og specialisering af forskellige funktioner samtidig med, at de forskellige tilbud skal hænge sammen.

F.eks. gennemføres det nært forestående planlægningsarbejde vedrørende akutbehandling af regionens borgere ud fra den præmis, at akutområdet skal ses som et sammenhængende kompleks af indsatser. F.eks. tager indsatsen for svært tilskadekomne i forbindelse med trafikulykker o. lign. udgangspunkt i, at hjælpen starter før ankomsten til hospitalet (den præhospitale indsats). Dette er en afgørende faktor for overlevelsen og prognosen for den tilskadekomnes fremtidige funktionsniveau mv. Internt på hospitalet spiller organiseringen af samarbejdet mellem de forskellige specialister en vigtig rolle for behandlingskvaliteten og dermed det sundhedsfaglige resultat.

Den akutte indsats skal med andre ord tænkes sammen som en kæde, hvor de forskellige led bidrager til det fælles mål for forløbet – nemlig at sikre den mest virkningsfulde diagnostik og behandling samt den størst mulige sikkerhed for patienten undervejs. Denne helhed i indsatsen kræver en planlægning, som sikrer tilstedeværelsen af de rette kompetencer på rette tid og sted.

Der igangsættes tillige et arbejde med udarbejdelsen af en psykiatriplan for Region Midtjylland. I den forbindelse vil der bl.a. blive arbejdet med intensivering af kontaktpersonordningen. Desuden skal der arbejdes videre med andre initiativer, som kan sikre en større koordination i den enkelte patients behandlingsforløb og styrke kommunikationen med patienten. Der er endvidere enighed om, at der skal følges op på den enkelte patients tilfredshed med sammenhængen i behandlingsforløbet.

Et andet centralt element bliver at fastlægge en hensigtsmæssig model for specialiseringen inden for psykiatrien. Det er et vigtigt mål, at specialisering og den dertil knyttede styrkelse af den behandlingsfaglige kvalitet kan ske uden en u hensigtsmæssig centralisering, der bringer hensynet til nærhed, sammenhæng og tilgængelighed i tilbuddene i fare.

På det sociale område indebærer rammeaftalen med kommunerne, at der fra 1. januar 2007 findes et fælles planlægnings- og udviklingsværktøj, der kan sikre et samlet overblik over de mange tilbud, der findes inden for det specialiserede socialområde samt et grundlag for fleksibilitet og faglig udvikling i tilbuddene. Koordinationen af Regionens og kommunernes indsats er medvirkende til at sikre, at der altid er tilbud af høj faglig kvalitet - uanset om det er egen kommune, anden kommune eller Region Midtjylland, der leverer det pågældende tilbud.

Almen praksis – den vertikale integrations anker

I Strukturkommissionens rapport diskuteredes forskellige modeller for den offentlige sektors fremtidige opbygning i Danmark. Én af disse modeller indebærer, at ansvaret for sygesikringen blev placeret hos kommunerne. Der argumenteres i rapporten for, at dette muligvis ville forbedre kommunernes muligheder for at sikre en bedre horisontal koordination mellem almen praksis og de kommunale opgaver. Men samtidig peges i rapporten på, at dette samtidig vil indebære en risiko for forringet vertikal koordination mellem almen praksis og sygehusvæsenet, hvilket kunne føre til en forringelse af sammenhængen og helheden i sundhedsvæsenets ydelser.

Den vedtagne model for indretningen af den offentlige sektor indebærer således, at sygesikringen (og dermed praksissektoren) fortsat hører til under den myndighed – regionen - der også har ansvaret for sygehusvæsenet. Dermed er der basis for, at det regionalt baserede sundhedsvæsen kan videreføre og videreudvikle den særlige rolle, som almen praksis traditionelt har spillet i det danske sundhedsvæsen i forhold til såvel primær diagnostik og behandling som visitation til mere specialiserede ydelser i det øvrige sundhedsvæsen. Hertil kommer, at praksissektorens organisering indebærer den gevinst, at der kan tilbydes et vidtfaavnende sundhedstilbud i geografisk nærhed af den enkelte borgers/families bopæl.

I arbejdsgrundlaget for Region Midtjyllands sundhedsvæsen indgår da også et mål om en endnu stærkere integration af praksissektorens indsats i det øvrige sundhedsvæsen. Dette handler ikke mindst om det ovenfor omtalte LEON-princip, hvor opgaverne så vidt muligt skal løses på det mindst specialiserede niveau. F.eks. gennemføres i dag forskellige tests, prøveudtagninger mv. hos egen læge, som tidligere blev varetaget i sygehusregi. Men derudover spiller den praktiserende læge en afgørende rolle for sammenhængen i den enkelte borgers kontakt til sundhedsvæsenet, fordi den praktiserende læge i al væsentlighed repræsenterer "hovedindgangen" til systemet.

Dette faktum kommer bl.a. til at spille en vigtig rolle i forbindelse med styrkede indsats for mennesker med kroniske sygdomme og lidelser, der bliver et centralt strategisk indsatsområde i de kommende år i Region Midtjylland. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, bør hovedvægten i indsatsen for kronikerne således lægges i primærsektoren. Det vil sige hos de praktiserende læger i samarbejde med andre sundhedsprofessioner og det kommunale sundhedsvæsen.

Sundhedsaftaler

Som følge af strukturreformen får kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Dette omfatter bl.a. ansvar for den borgerrettede forebyggelse. Samtidig vil kommunerne i fremtiden skulle medfinansiere udgifterne til både indlæggelser og ambulante besøg på sygehusene. Bag disse strukturændringer ligger en antagelse om, at man gennem en effektiv forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats i kommunalt regi kan undgå et senere behandlingsbehov. Den kommunale medfinansiering skal sikre et incitament til dette.

Tilsvarende har kommunerne fået ansvaret for ambulante genoptræning. Tidligere har der været en gråzone mellem genoptræning (amtsligt ansvar) og vedligeholdelsestræning (kommunalt ansvar). Imidlertid har denne gråzone nu i nogen grad blot flyttet sig og befinder sig fremover i stedet i feltet mellem "almindelig" ambulante genoptræning (kommunen) og specialiseret ambulante genoptræning (regionen).

I alle de nævnte tilfælde er der et klart behov for et tæt samarbejde mellem Regionen og kommunerne for at opnå en hensigtsmæssig arbejdsdeling og dermed sammenhæng i ydelserne. Det hensigtsmæssige består i opnåelsen af en tilstrækkelig høj faglig kvalitet, tilfredshed hos borgerne, tilstrækkelig kapacitet samt omkostningseffektivitet.

Fastlæggelsen af fælles normer og standarder indgår som et af de bærende elementer i sundhedsaftalesamarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen med henblik på at sikre den beskrevne sammenhæng - uanset skift i ansvar. Det gælder inden for følgende hovedområder i den generelle sundhedsaftale:

- Indlæggelse
- Udskrivning af svage ældre – i Region Midtjylland dog udvidet til at omfatte alle udskrivinger
- Genoptræning
- Hjælpemidler
- Sundhedsfremme/forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser – udvidet til at omfatte børn og unge med sindslidelser

På en række områder bygger Regionen videre på en tradition i amterne for at indgå aftaler med kommunerne om den fælles indsats for ældre medborgere i forbindelse med bl.a. udskrivning fra sygehuset. Sundhedsaftalerne i Region Midtjylland er imidlertid i flere tilfælde betydeligt mere omfattende og retter sig bredere mod befolkningen i det midtjyske.

Sammen med specifikke standarder knæsesætter den generelle sundhedsaftale nogle normer for samarbejdet, der har til formål at tilgodese borgerens interesser og sammenhængen i indsatsen i tilfælde af uenighed eller tvivl om hvem, der har ansvaret. Et eksempel herpå findes inden for hjælpemiddelområdet. Her beskriver aftalen arbejdsdelingen mellem Regionen og kommunerne i forhold til tilvejebringelsen af hjælpemidler og behandlingsredskaber til såvel varigt som til midlertidigt brug. Hvis borgeren efter en faglig vurdering har et berettiget behov for et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab, men der opstår tvivl om aftaleparternes respektive forpligtelser, udlånes dette af den part, der aktuelt har ansvaret for borgeren (dvs. bevilling fra kommunen, hvis borgeren er i eget hjem, når behovet identificeres eller udlån fra hospitalet, hvis hjælpemidler skal udlånes i forbindelse med borgerens udskrivelse). Herefter må betalingsspørgsmålet afklares efterfølgende.

Inden for psykiatrien udgør sammenhæng i indsatsen for mennesker med sindslidelser, som tillige har et misbrugsproblem, et eksempel på et vigtigt indsatsområde på tværs af Regionens og kommunens ansvar for henholdsvis behandlingspsykiatrien og misbrugs- og alkoholbehandlingen (sidstnævnte overgår pr. 1. januar 2007 fra amterne til kommunerne).

Der er endvidere et behov for tæt samarbejde omkring en række andre områder og grupper, hvor f.eks. borgere med sindslidelser modtager forskellige former for sociale ydelser eller inden for demensområdet, som i øvrigt går på tværs af praksissektoren, det somatiske hospitalsvæsen, behandlingspsykiatrien og kommunerne - for blot at nævne et par eksempler.

Patientforløbsarbejde og indsatsen for kronikere

I det forslag til kvalitetsstrategi, som forventes forelagt Regionsrådet i begyndelsen af det nye år, vil sammenhæng i patientforløb at indgå som et af de bærende elementer i strategien. Sammenhæng i patientforløbene er afgørende for både den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet.

Der skal derfor udarbejdes en samlet model for patientforløb i Region Midtjylland, hvor omdrejningspunktet vil være samarbejdet mellem almen praksis, sygehus og kommune. Som en del af den overordnede model for patientforløbsarbejdet forventes der at skulle indgå planer for implementeringen. Samtidig skal der fremadrettet ske en systematisk dokumentation og monitorering af kvaliteten i forbindelse med alle væsentlige initiativer i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb, herunder skal der tages skridt til at monitorere outcome (resultat/effekt) for patienterne.

Tilsvarende skal kontinuiteten i en styrket indsats for mennesker med kroniske sygdomme og lidelser sikres gennem informationsdeling og sammenhængende behandlingsprogrammer, der beskriver arbejdsdelingen mellem praksis, sygehus og den kommunale sundhedssektor. I forhold til kronikerprogrammer i Region Midtjylland er det besluttet, at det første program bliver forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme for en gruppe af patienter med særlig høj risikoprofil. Regionsrådet forventes at skulle behandle et forslag til mål- og handleplan for kroniker-indsatsen i 3. kvartal 2007.

Frit valg og sammenhæng i indsatsen

Mange opgaver i den offentlige sektor består af komplekse og sammensatte ydelser med et højt vidensindhold. Samtidig er selve måden ydelserne leveres på en integreret del af ydelsen. I de tilfælde, hvor den samlede ydelse – i kraft af det frie valg – består af flere delydelser leveret af forskellige producenter, stiller det store krav til de involverede parter, hvis der skal opnås en hensigtsmæssig sammenhæng i den ydelse borgeren modtager og i den samlede proces, der tilvejebringer ydelsen.

Eksemplet kunne være, at en operation foregår på et privathospital eller et offentligt hospital i en anden region, mens den efterfølgende ambulante genoptræning finder sted i kommunalt regi. Her spiller det en vigtig rolle, at behandlings- og genoptræningsregimerne er afstemte, så borgeren får det maksimale udbytte af operationen.

I mange tilfælde leverer den offentlige sektor altså "pakkeløsninger". Når man har modtaget en kirurgisk eller medicinsk behandling, så følger der pr. automatik én eller flere opfølgende ydelser med. Det kan være kontrol i ambulatoriet på hospitalet eller hos egen læge. Eller der kan være tale om genoptræning eller opfølgning på egen træningsindsats osv. Det er af stor betydning, at der er fokus på den risiko, der kan opstå for manglende faglig og servicemæssig sammenhæng, når borgeren via det frie valg modtager delydelserne mere eller mindre uafhængigt af hinanden.

Inden for behandlingspsykiatrien vil det tilsvarende være væsentligt, at der i forbindelse med indførelse af udvidet frit valg i forhold til private klinikker og hospitaler tages højde for, at hovedparten af mennesker med svære sindslidelser har behov for en kontinuerlig og tæt koordineret indsats mellem den psykiatriske sygehusbehandling, almen praksis og kommunerne.

Det frie valgs mulige opsplnitning af ydelseskæden vil være et løbende fokusområde for Region Midtjylland, jf. visionen om, at Region Midtjylland understøtter det sammenhængende sundhedsvæsen. Denne bestræbelse på at skabe tværgående samar-

bejde mellem aktørerne på sundhedsområdet må omfatte såvel de offentlige som de private udbydere af behandlingstilbud.

Den fortsatte udvikling og implementering af it-løsninger, som kan bidrage til at effektivisere udvekslingen af relevante oplysninger mellem aktørerne på sundhedsområdet udgør en vigtig forudsætning for opnåelse af sammenhæng i indsatsen.

Faglig koordinering og fælles kompetenceudvikling

Med stadig kortere og mere intensive behandlingsforløb i hospitalsregi og en fortsat omstilling fra behandling under indlæggelse til behandling i ambulant regi stilles der større og større krav til både hjemmesygeplejen og den fysio- og ergoterapeutiske indsats i borgerens hjem.

Anvendelsen af udgående teams fra hospitalerne inden for f.eks. geriatri (ældresygdomme), smertebehandling eller sygepleje til børn kan ses som et udtryk for, at "home care" – behandling i hjemmet - vinder mere og mere frem. Sammenhængen og den faglige kvalitet kan således tilgodeses både ved udgående funktioner fra det mere specialiserede hospitalsregi. Men som supplement til - og på relevante områder eventuelt som erstatning for - sådanne udgående funktioner kan man forestille sig, at basisfunktionerne i bl.a. den kommunale hjemmesygepleje med tiden vil ændre karakter i takt med den fortsatte teknologiske udvikling og fortsatte effektivisering af indsatsen i hospitalsregi. Udviklingen vil formentlig gå i retning af, at de lidt mere specialiserede tilbud også kan ydes i hjemmet af hjemmesygeplejersken, herunder gennem et tæt fagligt samarbejde mellem hjemmesygeplejen og personalet på den hospitalsafdeling, der har ekspertviden inden for det pågældende område.

Tilsvarende inden for terapeutområdet, hvor kommunernes overtagelse af betydelige dele af den ambulante genoptræning kræver et tæt samspil mellem fagpersoner på hospitalerne og fagpersoner i kommunalt regi, hvis kvaliteten i den samlede ydelse skal være i orden.

Realiseringen af ensartet høj kvalitet uanset skift i ansvar - samt mulighederne for læring på tværs af de involverede aktører/leverandører - kræver imidlertid, at en række vigtige kompetencemæssige forudsætninger er opfyldt.

Fælles uddannelsesinitiativ i form af kurser, temadage osv. med deltagelse af medarbejdere og ledere fra både kommunerne og hospitalerne vil formentlig indgå som væsentlige brikker i det tværsektorielle samarbejde fremover. Gennem fælles uddannelsesaktiviteter, faglige netværk mv. kan man opnå en fælles viden og fælles faglige forudsætninger. Men som en betydelig sidegevinst kan man også få en dybere indsigt i hinandens (arbejds)vilkår. Begge dele til gavn for opgaveløsningen og dermed servicen over for borgeren.

Det synes at være et væsentligt strategisk tema, hvordan både grunduddannelserne og den løbende efter- og videreuddannelse til stadighed understøtter opbygningen og videreudviklingen af personalets forudsætninger for at kunne udøve en faglighed, der understøtter sammenhæng i indsatsen.

Internt på Regionens institutioner, hospitaler mv. er der ligeledes fokus på det tværfaglige/tværdisciplinære samarbejde, som er af betydning for sammenhæng og helhed i den ydelse, der leveres. Der er flere steder interesse for teambaserede arbejdsformer, f.eks. operationshold, geriatriske teams mv., hvor forskellig faglig kunnen og forskellige faglige perspektiver beriger hinanden i opgaveløsningen.

Dette sætter sig også spor i tilrettelæggelsen af vise former for efteruddannelse. F.eks. vil der i Region Midtjylland blive iværksat et projekt vedrørende efteruddannelse af kræftlæger i multidisciplinære teams. Efteruddannelse af denne type tager sit udgangspunkt i patientforløbet og den fagligt-organisatoriske sammenhæng i stedet for den enkelte faggruppe eller det enkelte speciale. Efteruddannelsesforløbet veksler således mellem foredrag, illustration af cases, diskussion af diagnostik- og behandlingsprincipper i både tvær- og monofaglige teams. Foredrag og undervisning forestås af førende eksperter fra både ind- og udland.

Forskning/udvikling og dokumentation

På samme måde som fælles uddannelsesmæssige forudsætninger skaber grobund for faglig koordinering og kontinuitet, kan forsknings- og udviklingsaktiviteter ligeledes bidrage til skabelsen af et fælles fundament for sammenhængen i indsatsen.

Et eksempel på dette kunne være Jysk socialforsknings- og evalueringssamarbejde (JYFE), der oprindeligt blev etableret af Nordjyllands, Viborg og Århus amter. Gennem samarbejde med forskellige forskningsmiljøer og uddannelsesinstitutioner fungerer JYFE således som katalysator for en lang række praksisnære forsknings- og evalueringsprojekter på det sociale område.

Som en konsekvens af kommunalreformen og den ændrede opgavefordeling på det sociale område, har det været naturligt at arbejde for, at kommunerne skulle blive en ny aktør i JYFE. På møder i kontaktudvalgene har de kommunale og regionale borgmestre i det midt- og nordjyske markeret en interesse for JYFE, og et fælles ønske om at videreføre foreningen og styrke et fælles samarbejde mellem kommuner og regioner om kvalitetsudvikling, metodeudvikling og dokumentation på sociale felt.

Regionen har på en række områder forskningsforpligtelser og miljøer, som kan sikre, at der til stadighed udvikles ny erkendelse af betydning for udviklingen af nye og bedre ydelser til borgerne. Med kommunalreformen har kommunalbestyrelserne fået ansvar for at medvirke til udviklings- og forskningsarbejde således, at ydelser efter sundhedsloven samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et fagligt højt niveau. Kontaktudvalget i Region Midtjylland har således på sit møde 25. august 2006 tilsluttet sig en faglig anbefaling om, at der i samarbejde mellem kommuner og Region Midtjylland etableres et center for forskning og udvikling for rehabilitering, der bl.a. sætter fokus på overgange mellem faggrupper og sektorer. Der er arbejdet videre med disse tanker i forbindelse med sundhedsaftalerne, hvor der har været nedsat en række temagrupper, herunder én om forsknings- og udviklingsområder for kommunerne og Regionen på sundhedsområdet.

Endelig er sundhedstjenesteforskningen også et eksempel på en kilde til opnåelse af et evidensbaseret grundlag for bedømmelsen af hvilke faglige og organisatoriske løsninger, der mest effektivt understøtter sammenhæng i forskellige typer af indsatser.

Løbende dokumentation og evaluering/kvalitetsudvikling

Opsamlingen af kvalitetsdata har mindst to formål: For det første at skabe gennemsigtighed i den offentlige service og derved understøtte borgerens frie valg. For det andet kan der med fordel lægges vægt på at opbygge systemer, som giver mulighed for at omsætte måleresultaterne til konkrete forbedringstiltag på f.eks. den enkelte hospitalsafdeling.

Det fremtidige patienttilfredshedsundersøgelseskoncept i Region Midtjylland vil give tilbagemeldinger fra patienterne på både hospitals-, afdelings- og afsnitsniveau. Respondenten kan til hvert spørgsmål i spørgeskemaet supplere med personlige bemærkninger i "fri tekst". Disse meget dybtgående analyser helt ned på afsnitsniveau giver – sammen med de kvalitative patientudsagn – ledere og medarbejdere i de patientnære funktioner et redskab til at vurdere, om tingene over tid – og i forhold til sammenlignelige afdelinger og afsnit - udvikler sig i den rigtige retning. Dette gælder således også i forhold til patienternes oplevelse af sammenhæng, idet der spørges direkte til "den røde tråd" i forløbet.

Der er en voksende fokus på mulighederne for at give borgerne adgang til oplysninger om service og kvalitet i den offentlige sektor, f.eks. "stjernesystemet" på www.sundhedskvalitet.dk Hvis man ser på udviklingsperspektiverne for denne form for offentliggørelse af kvalitetsdata, burde systemerne ideelt set kunne fortælle noget om, hvorvidt det faktisk lykkes – både offentlige og private aktører - at bidrage til at skabe den ønskede faglige og organisatorisk-logistiske sammenhæng i patientens/brugerens ydelse og forløb.

Effektive arbejdsgange – sammenhæng "i kulissen"

Tilstedeværelsen af de rette kompetencer/(fag)personer, det rette udstyr mv. på rette tid og sted er selvsagt af direkte betydning for, om ydelserne kan leveres som planlagt til borgeren.

For at tingene hænger sammen, må en række bagvedliggende forudsætninger dog være på plads. Arbejdspladsens indretning, måden hvorpå informationer videregives mellem personer og mellem organisatoriske enheder, systematikken og udbredelsen i kriterierne bag den løbende prioritering af opgaveflowet, minimering af interne ventetider, teknologiens aflastning af personalet er blot nogle få eksempler på faktorer, der enten direkte eller indirekte har indflydelse på, hvor effektivt personalets og organisationens ressourcer vil kunne udnyttes i det daglige.

Alt andet lige vil sammenhæng "i kulissen" – alt dét, som man ikke ser, men som har konsekvens for arbejdets udførelse – kunne styrke mulighederne for at præstere sammenhæng i Regionens tilbud til borgeren og den kontakt, som knytter sig til servicen.

For at sikre maksimal effektivitet i arbejdsprocesserne og i forhold til udnyttelsen af kapaciteten er der derfor behov for løbende at have fokus på optimering af arbejdsgange og logistik i Region Midtjyllands samlede organisation, herunder de serviceproducerende dele af virksomheden. Inden for sundhedsområdet er der eksempelvis etableret et center for arbejdsgange og logistik, der skal bistå bl.a. regionens hospitaler i løbende forbedringer på små og store områder samt medvirke til spredning af bedste praksis.

Værdier som grundlag for sammenhæng

Der hersker næppe tvivl om, at det giver god mening i relation til systematisk styring og udvikling af kvaliteten at arbejde med standarder, indikatorer, retningslinjer, procesbeskrivelser mv. Dette skaber et grundlag for at arbejde faktabaseret med kvaliteten. Herunder de forskellige faglige og organisatoriske aspekter, der har betydning for sikringen af sammenhæng i indsatsen.

I en specialiseret, fag- og funktionsopdelt organisation som f.eks. et hospital spiller det en vigtig rolle, at en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejds gange og rutiner støttes af de kvaliteter, der udspiller sig i den umiddelbare kontakt mellem patienten og personalet.

Det er vigtigt at have opmærksomhed på, at nogle gange møder patienten og personalet hinanden med så forskellige forventninger og værdier, at der opstår utilfredshed hos patienten eller de pårørende. Dette skal undgås ud fra et servicehensyn, men også fordi en respektfuld kontakt er af direkte betydning for bl.a. patientens evne til at efterleve råd, vejledning og anvisninger fra en fagperson, jf. compliance.

Oplevelsen af tryk hos patienten og de pårørende – "at man er i gode hænder" - er ligeledes tæt forbundet med kvaliteten af den mellem menneskelige kontakt.

En række centrale aktører i det danske sundhedsvæsen¹ har i fællesskab udarbejdet 20 anbefalinger til sundhedspersonalet, som har haft til formål at sætte fokus på kvaliteten i de mellem menneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsenet. Med de mellem menneskelige relationer forstås de psykologiske, sociale og etiske aspekter i relationen mellem patienten og sundhedspersonalet. Anbefalingerne er koncentreret omkring tre centrale temaer i patientforløbet: Kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.

Kontinuitet omfatter bl.a. synlig sammenhæng i forløbet set fra patientens perspektiv, undgåelse af ændringer af planlagte aktiviteter, information om tidsperspektiv for forløbet, tydelighed om hvem der har ansvaret for patienten, planlægning af forløb med henblik på minimal uforudset ventetid, videregivelse af information mellem sundhedspersonale på hospitalet, videregivelse af information mellem afdelinger og sektorer samt planlægning og synliggørelse af det videre forløb ved afslutning af delforløb.

Anbefalingerne er dog først anvendelige, når de målrettes, specificeres, uddybes og formuleres lokalt med henblik på en konkret anvendelse i den enkelte afdeling. Dermed kan sådanne standarder tænkes at indgå som inspiration i den proces om formulering af virksomhedsgrundlag (mission, vision og værdier), som er igangsat i Region Midtjylland.

I tillæg hertil skal der arbejdes med bl.a. udviklingen og implementeringen af kontaktpersonordningen inden for både somatikken og psykiatrien.

Man kan organisere sig på forskellige måder for at sikre sammenhæng i indsatsen. Hvis de forskellige muligheder for at organisere og styre indsatsen for at sikre sammenhæng placerer sig på en skala/et kontinuum, kunne man som den ene yderlighed forestille sig, at sammenhængen sikres gennem regler og standarder for dette og hint. I den modsatte ende af skalaen kunne man forestille sig, at sammenhængen søges sikret gennem de værdier, som de involverede ledere og medarbejdere baserer indsatsen på, og dermed den kultur, som opgaveløsningen udspiller sig i.

¹ Anbefalingerne er udgivet i et samarbejde mellem Amsrådsforeningen, Center for Små Handicapgrupper, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dansk Sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelige Danske Lægeforening, Forbrugerrådet, Hjerteforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Polio- Trafik- og Ulykkesskadede, Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, Patientforeningen Danmark og Scleroseforeningen.

I praksis befinder man sig formentlig et eller andet sted mellem de to yderpunkter. Men det kan ikke desto mindre være en væsentlig overvejelse, hvorledes de forskellige virkemidler doseres, så der derved kan skabes de bedst mulige betingelser for, at borgeren oplever, at han/hun er i centrum for de løsninger, der leveres af de ansatte. Med andre ord: Hvordan opnås et hensigtsmæssigt samspil mellem regler og standarder contra værdierne hos de involverede i forhold til bestræbelserne på at skabe sammenhæng i f.eks. et udskrivningsforløb fra sygehuset eller et langstrakt forløb for en medborger med en sindslidelse?

Den indstilling og de kvalifikationer, som den enkelte medarbejder bringer med ind i mødet med borgeren, er uden tvivl af betydning for, om resultatet og borgerens oplevelse bliver tilfredsstillende. Regler og standarder kan som udgangspunkt primært regulere adfærd i situationer, som kan forudses. Værdierne må derfor ofte "tage over" i de tilfælde, hvor der enten ikke findes brugbare retningslinjer eller hvor f.eks. et velbegrundet, individuelt hensyn til borgeren taler for, at en leder eller medarbejder handler ud fra en værdimæssig tilgang til problemløsningen.

En sammenhængende og helhedsorienteret indsats med blik for borgerens behov og forventninger synes altså også at være tæt forbundet med Regionens evne til at understøtte et hensigtsmæssigt værdi- og tillidsbaseret spillerum for den enkelte leder og medarbejder.

HBN

Oplæg vedrørende temaerne frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar

Dette oplæg er udarbejdet til regeringens temamøde om frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar, som afholdes 30. november 2006 på Skejby Sygehus. Formålet med oplægget er – i lyset af temaerne - at præsentere og diskutere en række centrale udfordringer for opgavevaretagelsen i Region Midtjylland. Der er samtidig lagt vægt på at inddrage eksempler og initiativer, som kan give et indtryk af, hvordan temaerne og udfordringerne håndteres i praksis.

1. Frit valg

Sikringen af borgerens frie og informerede valg udgør en central værdi for tilrettelæggelsen af Regionens virksomhed på forskellige områder. Det frie valgs udfordringer og muligheder berøres i det følgende inden for udvalgte delområder:

- Dokumentation og beslutningsstøtte
- Marked og planlægning
- Samarbejde og sammenhæng

Dokumentation og beslutningsstøtte

Region Midtjylland vil være en effektiv organisation, der løbende måler og synliggør effekten og kvaliteten af ydelserne i bredeste forstand.

Denne strategi harmonerer godt med den generelt øgede fokus på dokumentation og ambitionen om gennemsigtighed i den offentlige sektors virksomhed, jf. offentliggørelse af kvalitetsdata (senest "stjernesystemet" på www.sundhedskvalitet.dk, Det Nationale Indikatorprojektet, patienttilfredshedsundersøgelser mv.).

Et risikomoment – ikke mindst i forhold til den faglige kvalitet - kan dog være, at de offentliggjorte kvalitetsdata i for høj grad er baseret på forsimplede fremstillinger af komplekse forhold. Dette kan f.eks. ske, når der ikke sker en inddragelse af de ledere, der har fingeren på pulsen. Eksempelvis optræder der uigennemskuelige sammenvejninger af forskellige kvalitetsindikatorer, som i nogle tilfælde kun siger meget lidt om f.eks. den reelle behandlingsfaglige kvalitet.

Samtidig kan der være en risiko for, at de, der er mest flittige til at måle og dokumentere (som har størst data- og registreringsdisciplin), falder mindre godt ud.

Det er derfor væsentligt, at tiltagene i retning af øget dokumentation af kvaliteten fortsat får høj prioritet. Region Midtjylland ønsker at medvirke til at udvikle og kvalificere både det datagrundlag, som målingerne hviler på og den formidling og "oversættelse" af kvalitetsoplysningerne, der er en nødvendig forudsætning for, at de er værdifulde for borgeren – så oplysningerne kan fungere som beslutningsstøtte.

Men muligheden for at opsøge og forstå f.eks. serviceoplysninger om tilbud, ventetider, opfyldelse af kvalitetsstandarder mv. vil være afhængig af den enkeltes ressourcer. Komplexiteten i de gældende servicemål er i dag forholdsvis stor. Det kan være svært at få et overblik over hvilke garantier og rettigheder, der gælder hvor og hvornår. Dette rammer særligt de svageste borgere.

I stigende grad er adgang til viden knyttet sammen med evnen til at bruge moderne informationsteknologi. For en stor del af befolkningen giver internettet, sms m.m. uanede muligheder. Det er vigtigt, at den borgerrettede information er baseret på såvel de nyeste kommunikationsteknologier som de mere traditionelle former for kommunikation, når det drejer sig om konkrete målgrupper, som måske er mere fortlørlige med trykt materiale, telefonkontakt mv.

Ud fra hensynet til lige adgang til ydelser er det et særdeles vigtigt opmærksomhedsområde, at Regionen og dens samarbejdspartnere sikrer alle et reelt valg gennem forståelig information samt mulighed for rådgivning og støtte. Ambitionen for Region Midtjylland er, at vi skal kunne favne både den højtuddannede og erhvervsaktive på 34 år og den enlige ældre, der måske mangler et socialt netværk. Det er generelt meget væsentligt, at udfoldelsen af det frie valg ikke uddyber den sociale ulighed, som vi i dag ved eksisterer i sundhed.

I den sammenhæng spiller den praktiserende læge en afgørende rolle som den enkeltes rådgiver og vejleder i "systemet". Vi vil i Region Midtjylland derudover lægge vægt på at organisere adgangen til forskellige tilbud på en entydig måde, der giver mulighed for personlig rådgivning tilpasset den konkrete situation. Et eksempel herpå kunne være vejlederne i Regionens patientkontor, der kan oplyse om borgerens rettigheder og muligheder, f.eks. ved omvisitering. Et andet eksempel kunne være telefonvisitation til skadestuerne med mulighed for tidlig sundhedsfaglig rådgivning om valg af behandlingsinstans eller eventuelt et godt råd om egenomsorg fra en behandlersygeplejerske eller en almen læge.

Marked og planlægning

Det frie valgs styrke er, at brugerens behov og forventninger har et direkte gennemslag i den offentlige sektors måde at levere og udvikle sine ydelser på. Det frie valg er som mekanisme stærk i forhold til at signalere til producenterne, hvornår indsatsen og resultaterne opleves som tilfredsstillende.

Samtidig giver markeds- og brugerstyringsperspektivet mulighed for, at tilbudene kan afspejle forskelle i brugernes præferencer – vi er ikke ens og lægger ikke nødvendigvis vægt på de samme ting! Der er en stigende opmærksomhed i den offentlige sektor på perspektiverne i at opbygge niche- og spydspidsfunktioner inden for forskellige områder. Rationalet er, at det for en given institution handler om at satse strategisk på at blive særlig god inden for et mere eller mindre afgrænset felt. Det ortopædkirurgiske område på Silkeborg Centralsygehus er et udtryk for dette. Her kommer patienter i stort antal - fra hele landet - for at få indsat en kunstig hofte, fordi ledelsen og medarbejderne gennem flere år har haft en klar strategi om opbygningen af en stor faglig ekspertise, "kritisk masse" og en effektiv organisering af patientforløbet med korte ventetider til følge.

En konsekvens af det frie valg og et mere efterspørgselsorienteret sundhedsvæsen er også mindre styrbare udgifter. Stigende efterspørgsel vil give stigende udgifter frem for stigende ventelister. Udgiftspresset er som udgangspunkt vedvarende, idet forventningerne i befolkningen til den offentlige service er betydelige, og forventningerne vil efter alt at dømme være stigende i takt med samfundets generelle velstandsudvikling.

Under alle omstændigheder er det dog væsentligt at være bevidst om, at sikringen af sammenhæng i ydelsen samt faglig og (samfunds)økonomisk bæredygtighed også kræver planlægning i mere klassisk forstand. Den langsigtede og afbalancerede planlægning vil altid være et omdrejningspunkt for den offentlige sektors virksomhed.

Det er vurderingen, at dannelsen af Region Midtjylland med et stort patientunderlag på en række områder vil give grundlag for at forbedre udredning og behandling gennem bl.a. en øget faglig specialisering. Dette gælder inden for både det somatiske hospitalsvæsen og behandlingspsykiatrien. Men det kræver planlægning at kunne give borgerne en vifte af kvalitetstilbud, herunder hvis disse skal kunne leveres omkostningseffektivt.

Kommunalreformen har jo netop haft til formål at sikre enheder af en størrelse, der kan understøtte en bredere planlægningsmæssig horisont. Dette gælder i relation til strukturplanlægningen inden for centrale velfærdsområder. Men det gælder også i forhold til at skabe et bredt fundament for at skabe vækst og velstand gennem en planlægning af koordinerede indsatser, herunder i samspillet mellem erhvervsliv, politikere, forskning & udvikling, uddannelse/kompetenceudvikling m.fl.

På konkrete serviceområder vil det frie valg dog kunne vanskeliggøre mulighederne for at tilgodese et politisk prioriteret forsyningsmæssigt eller geografisk hensyn. På sin vis rummer det frie valg det paradoks, at den ene borgers fravalg af ydelser måske betyder, at andre borgere tvinges til at anvende andre ydelsestilbud, end de måske egentlig ønsker. Her vil en helhedsorienteret planlægning kunne tilsige, at den offentlige driftsherre alligevel opretholder tilbudet og altså vælger at prioritere hensynet til forsyningen i f.eks. et tyndt befolket område. Gymnasier i yderområderne kunne være et eksempel herpå.

Hensynet til effektiv udnyttelse af kapacitet og kompetencer vil ligeledes kunne begrunde, at det frie valg udfoldes inden for visse rammer. F.eks. synes det at være en relevant planlægningsmæssig prioritering og "vinkling" af det frie valg, at borgeren tilbydes behandling på det laveste effektive omkostnings- og kompetenceniveau. Det er uhensigtsmæssigt, at eksempelvis højt specialiserede afdelinger på Århus Universitetshospital "sander til" på grund af stor søgning af basispatienter fra hele Region Midtjylland, som vil kunne modtage en fuldt ud lige så god diagnostik, behandling og pleje på ét af regionens øvrige hospitaler. Frit valg sikrer altså ikke automatisk "den rette ydelse på det rette sted".

Skejby Sygehus ville kunne tiltrække patienter fra hele Jylland – men en af hospitalets fornemste opgaver er også, at hospitalets specialiserede personale understøtter f.eks. hjertebehandlingen i Vejle, Herning og Viborg i samarbejde med Aalborg Sygehus. Patienternes frie valg kunne udgøre en trussel mod en del af hjertebehandlingen i f.eks. Aalborg.

Psykiatriske patienter er omfattet af reglerne for frit sygehusvalg, men det har i praksis hidtil været vanskeligt for patienterne at få overblik over behandlingsmulig-

hederne uden for hjemamtet. Regionsdannelsen vil skabe langt bedre vilkår for patienternes frie valg. I Region Midtjylland ses allerede før Regionens idriftsættelse 1. januar 2007 en interesse for henvisning til specialklinikker i Århus Amt fra de øvrige amter, som nu indgår i Regionen. Det er en stor gevinst, at det frie valg også styrkes for borgere med sindslidelser.

Inden for børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der i dag er lange ventetider i forhold til udredning og behandling, er det primære problem ikke valgmuligheder – men utilstrækkelig kapacitet på de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Der vil i de kommende år ske en udbygning af tilbudene i takt med, at mulighederne herfor tilvejebringes, jf. aftalen mellem regeringen og satspuljepartierne om gradvis indførelse af ret til, ved ventetider af en vis længde, at få tilbudt henvisning til en relevant klinik/hospital, som regionerne har en aftale med.

I forbindelse med indførelse af ret til udredning og behandling inden for faste tidsfrister vil det være afgørende, at der ved indførelse af en konkret model for udvidet frit valg samtidigt tages højde for, at ikke for mange psykiatere søger ud på det åbne marked, hvorved behandlingspsykiatriens vagtberedskaber og tilbud til de sværest syge forringes.

De betydelige rekrutteringsmæssige udfordringer, som den offentlige sektor står over for i de kommende år, synes uundgåeligt at kalde på en målrettet planlægning af, hvordan flest mulige borgere får mest mulig gavn af de knappe personaleresourcer. Men dette skal fortsat ske under hensyntagen til størst mulig valgfrihed for borgeren.

Samarbejde og sammenhæng

Den øgede fokus på efterspørgselsstyring af bl.a. hospitalsvæsenet indebærer, at Region Midtjylland har sin opmærksomhed på udviklingen af en ledelseskultur, der formår at kombinere en forretningsmæssig tilgang til "kundebehov", produktivitet og optimering af processer med en respekt for de grundlæggende værdier bag den offentlige sektors virke, herunder lighed og behovsbaserede beslutninger og handlinger.

Ydelser – f.eks. visse operationer - på velafgrænsede områder, hvor komplikationer og eventuelle tilgrænsende medicinske og sociale problemstillinger ikke spiller nogen rolle, kan let få al opmærksomheden. Her understøttes det frie valg jo samtidig af de incitament, der er indbygget i takststyringen/den aktivitetsbaserede finansiering.

Men det er fortsat afgørende, at det offentlige også løfter ansvaret dér, hvor den medicinske problemstilling er sammensat og sværere at afgrænse, og hvor "produktionsflowet" er langsommere og økonomisk set mindre profitabelt, f.eks. den ældre, demente patient.

Mange opgaver i den offentlige sektor består af komplekse og sammensatte ydelser med et højt vidensindhold. Samtidig er selve måden ydelserne leveres på en integreret del af ydelsen. I de tilfælde, hvor den samlede ydelse – i kraft af det frie valg - består af flere delydelser leveret af forskellige producenter, stiller det store krav til de involverede parter, hvis der skal opnås en hensigtsmæssig sammenhæng i den ydelse borgeren modtager og i den samlede proces, der tilvejebringer ydelsen.

Eksemplet kunne være, at en operation foregår på et privathospital eller et offentligt hospital i en anden region, mens den efterfølgende ambulante genoptræning finder

sted i kommunalt regi. Her spiller det en vigtig rolle, at behandlings- og genoptræningsregimerne er afstemte, så borgeren får det maksimale udbytte af operationen.

Fastlæggelsen af fælles normer og standarder indgår f.eks. som et bærende element i sundhedsaftalesamarbejdet mellem Region Midtjylland og kommunerne i regionen med henblik på at sikre høj faglig kvalitet uanset skift i ansvar, f.eks. ved indlæggelse og udskrivelse.

Det frie valgs mulige opsplitning af ydelseskæden vil være et løbende fokusområde for Region Midtjylland, der ser det som en vigtig opgave at medvirke til at skabe tværgående samarbejde mellem aktørerne på sundhedsområdet, herunder også de private udbydere af behandlingstilbud.

Inden for behandlingspsykiatrien vil det tilsvarende være væsentligt, at der i forbindelse med indførelse af udvidet frit valg i forhold til private klinikker og hospitaler tages højde for, at hovedparten af mennesker med svære sindslidelser har behov for en kontinuerlig og tæt koordineret indsats mellem den psykiatriske sygehusbehandling, almen praksis og kommunerne.

Systemerne til offentliggørelse af kvalitet burde ideelt set kunne fortælle noget om, hvorvidt det faktisk lykkes – både offentlige og private aktører - at bidrage til at skabe den ønskede faglige og organisatorisk-logistiske sammenhæng i patientens/brugerens ydelse og forløb.

2. Brugerinddragelse

Dette synes at lede naturligt videre til næste tema – brugerinddragelse. I forhold til udvikling og forbedring af forløb er det en helt fundamental pointe, at brugere, patienter og pårørende som udgangspunkt er de eneste, der oplever alle trin i et samlet forløb. Den pointe ønsker Region Midtjylland at drage det optimale udbytte af.

Brugerens perspektiv skal være en rettesnor. Region Midtjylland kan i den sammenhæng bygge videre på en stærk tradition for at have et klart brugerfokus. Metoder og redskaber til systematisering af tilbagemeldinger om brugeroplevelser/-erfaringer vil således også fremadrettet spille en afgørende rolle.

I det følgende gives et indtryk af nogle centrale sigtelinjer for Region Midtjyllands strategiske interesse i brugerinddragelse. Det drejer sig om:

- Dybtgående brugerundersøgelser
- Fokusgrupper og perspektiver for brugerdreven innovation
- Bedre dialog mellem behandler og patient
- Etablering af sundhedsbrugerråd i Region Midtjylland

Dybtgående brugerundersøgelser

Århus Amt har i løbet af de seneste syv år gennemført systematiske patienttilfredshedsundersøgelser på alle amtets hospitaler, hospitalsafdelinger og hospitalsafsnit. Dette koncept videreføres i Region Midtjylland.

Et af de særlige elementer i det anvendte spørgeskema er, at der for hvert spørgsmål er mulighed for at komme med personlige kommentarer. Dermed er der mulighed for at nuancere besvarelsen. Efterfølgende styrker det analysen og opfølgningen på resultaterne lokalt, at patientens egne ord og prioriteringer supplerer de kvantitative data.

Undersøgelserne er indtil videre blevet gennemført fire gange siden starten i 1999. På nuværende tidspunkt har mere end 75.000 patienter afgivet svar sammen med ca. 130.000 kommentarer. Den enkelte afdeling kan hermed følge udviklingen i tilfredsheden over tid. Samtidig kan afdelingen eller afsnittet sammenligne sig med andre afdelingers eller afsnits resultater. Det kan være svært at isolere effekten af iværksatte forbedringstiltag. Men de meget dybtgående analyser helt ned på afsnitsniveau giver – sammen med de kvalitative patientudsagn – ledere og medarbejdere i de patientnære funktioner et stærkt redskab til at vurdere, om tingene udvikler sig i den rigtige retning.

Udover at understøtte det interne kvalitetsarbejde på hospitalerne, giver rapporterne om tilfredsheden på hospitals-, afdelings- og afsnitsniveau basis for, at det politiske niveau modtager en direkte tilbagemelding fra patienterne.

På sundhed.dk kan man finde alle de gennemførte tilfredshedsundersøgelser inkl. patienternes egne kommentarer. Det er muligt at sortere data på afdelinger mv. og dermed foretage sammenligninger mellem afdelinger. I forhold til det frie valg har borgeren dermed mulighed for at vælge ud fra andre patienters vurdering/tilfredshed. Og konceptet vil omfatte samtlige afdelinger i Region Midtjylland.

Dét, der måles, er grundlæggende i hvor høj grad det lykkes at skabe en fornuftig sammenhæng mellem patienternes forventning og den faktisk oplevede service. Derfor er formidling og dialog med borgerne om indsatser, resultater og vilkår for opgaveløsningen vigtig. Dette er i fokus i de følgende afsnit.

Fokusgrupper og perspektiver for brugerdriven innovation

Der findes mange eksempler på, at brugere, patienter m.fl. delagtiggøres i udviklingsprocesser i den offentlige sektor.

Som et eksempel kan nævnes inddragelsen af tidligere og nuværende brystkræftpatienter i udviklingen af et samlet sæt standarder for behandlingen af brystkræft. 12 kvinder, som alle havde fået diagnosen brystkræft, blev inviteret til et fokusgruppeinterview. I interviewet blev kvinderne spurgt om deres erfaringer fra patientforløbet samt deres vurdering af, hvad der er væsentligt at medtage i udarbejdelsen af standarder. I forlængelse af fokusgruppeinterviewet blev der afholdt et dialogmøde, hvor kvinderne mødte den nedsatte tværfaglige arbejdsgruppe og fik lejlighed til at uddybe deres oplevelser og vurderinger. Sammen med patientundersøgelser o. lign. er resultatet fra fokusgruppen indgået som patientperspektiv i udarbejdelsen af standarderne.

Men Region Midtjylland ønsker at arbejde videre med den brugerdrivne innovation, hvor idéer og behov hos målgruppen for en given ydelse eller indsats opsamles og inddrages tidligt i udviklingsfasen på en direkte og systematisk måde. Dette gælder ikke kun i forhold til videreudvikling, forfining og forbedring af de nuværende ydelser, som i eksemplet ovenfor. Men også i forhold til en proaktiv afdækning af løsninger, der imødekommer bruges og patienters fremtidige behov.

Region Midtjylland vil i den forbindelse gerne medvirke til at udvikle innovationskapaciteten i den offentlige sektor gennem projekter og metodeudvikling, der udover brugere og patienter kunne involvere kommuner, erhvervsliv, forsknings- og udviklingsmiljøer m.fl.

Bedre dialog mellem behandler og patient

Det er en central kvalitetsparameter, at dialogen mellem borgere og personale sker på en måde, så borgeren oplever sig respekteret og forstået.

I Ringkjøbing Amt har man i et pilotprojekt i 2005/06 udleveret en dagbog til patienterne sammen med en opfordring fra personalet om at skrive om det, patienterne oplever, mens de er indlagt. Meningen har så været, at patienterne kan aflevere deres dagbøger til Kvalitetsafdelingen, som gennemgår dem og melder tilbage til afdelingerne, hvad patienterne har skrevet. Dermed bliver dagbogen et værktøj til at sikre, at patienterne bliver hørt. Evalueringen af projektet har vist, at der kommer mange positive resultater ud af det både for patienterne og for sundhedspersonalet.

I en specialiseret, fag- og funktionsopdelt organisation som f.eks. et hospital spiller det en vigtig rolle, at en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af arbejdsgange og rutiner støttes af de kvaliteter, der udspiller sig i den umiddelbare kontakt mellem patienten og personalet.

Det er vigtigt at have opmærksomhed på, at nogle gange møder patienten og personalet hinanden med så forskellige forventninger og værdier, at der opstår utilfredshed hos patienten eller de pårørende. Dette skal undgås ud fra et servicehensyn, men også fordi en respektfuld kontakt er af direkte betydning for bl.a. patientens evne til at efterleve råd, vejledning og anvisninger fra en fagperson, jf. compliance. Oplevelsen af tryghed hos patienten og de pårørende – "at man er i gode hænder" – er ligeledes tæt forbundet med kvaliteten af den mellem menneskelige kontakt.

En række centrale aktører i det danske sundhedsvæsen¹ har i fællesskab udarbejdet 20 anbefalinger til sundhedspersonalet, som har haft til formål at sætte fokus på kvaliteten i de mellem menneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsenet. Med de mellem menneskelige relationer forstås de psykologiske, sociale og etiske aspekter i relationen mellem patienten og sundhedspersonalet. Anbefalingerne er koncentreret omkring tre centrale temaer i patientforløbet: Kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.

Anbefalingerne er dog først anvendelige, når de målrettes, specificeres, uddybes og formuleres lokalt med henblik på en konkret anvendelse i den enkelte afdeling. Dermed kan sådanne standarder tænkes at indgå som inspiration i den proces om formulering af virksomhedsgrundlag (mission, vision og værdier), som er igangsat i Region Midtjylland.

Dernæst kan projektet ses som et godt eksempel på en fremgangsmåde, som Region Midtjylland gerne vil videreføre og fremme i forhold til den brugerdrevne innovation – nemlig samlingen af (repræsentanter for) brugere, patienter, pårørende m.fl. og fagfolk/professionelle "omkring samme bord" i udviklingsfasen.

¹ Anbefalingerne er udgivet i et samarbejde mellem Amdradsforeningen, Center for Små Handicapgrupper, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dansk Sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelige Danske Lægeforening, Forbrugerrådet, Hjerteforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Polio- Trafik- og Ulykkesskadede, Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, Patientforeningen Danmark og Scleroseforeningen.

Etablering af sundhedsbrugerråd i Region Midtjylland

Det er væsentligt, at inddragelsen af brugerne kan ske ad hoc i forbindelse med større eller mindre projekter mv. I Region Midtjylland har man derudover lagt vægt på at få etableret et permanent organ for brugerrepræsentanter.

Forberedelsesudvalget i Region Midtjylland har således besluttet at etablere et sundhedsbrugerråd, som skal kunne udtale sig om principielle og overordnede spørgsmål på sundhedsområdet, herunder behandlingspsykiatrien. Sundhedsbrugerrådet tænkes også at fungere som et debat- og dialogskabende forum, der kan medvirke til at højne kvaliteten inden for både det somatiske og det psykiatriske behandlingssystem.

Sundhedsbrugerrådet bliver sammensat af regionale brugere (lægefolk), idet Patientforum indstiller 6 medlemmer og 6 stedfortrædere, Sammenslutningen af Ældreråd i Danmark indstiller 2 medlemmer og 2 stedfortrædere og Direktionen i Region Midtjylland indstiller 0-5 medlemmer og 0-5 stedfortrædere med henblik på repræsentation af mindre foreninger.

Det er planen, at medlemmerne af Sundhedsbrugerrådet tager fat på opgaverne i januar 2007.

3. Personligt ansvar

I de kommende år skal der i Region Midtjylland sættes fokus på, hvad Regionen og dens samarbejdspartnere kan gøre for at fremme borgernes evne til i højere grad at mestre – og tage ansvar for - egen situation og blive "medproducent" i forhold til egen sundhed, livskvalitet og trivsel i bred forstand.

For eksempel arbejder bl.a. Psykiatrisk Afdeling i Herning med en indsats, hvor der i forbindelse med indlæggelsen opsamles erfaringer hos patienterne med tvangssituationer og løsningsmodeller. Hvis der så undervejs i indlæggelsesforløbet opstår tilspidsede situationer, så lægges disse erfaringer direkte til grund for den målrettede indsats for den pågældende patient. Der udarbejdes endvidere - som en del af behandlingen – konkrete, målrettede anvisninger/løsningsmodeller til patienterne, som de kan bruge, når de bliver angste. Denne plan får patienten med i sin tegnebog, og den bruges som et værktøj til at løfte patientens egen situation.

Evnen til egenomsorg afhænger af mange faktorer, herunder uddannelse, socio-økonomiske vilkår, netværk i form af familie, venner, arbejdsmarkedstilknytning mv. Dermed bliver egenomsorg også noget, der kan understøttes ad forskellige veje – både via en professionel indsats, men også i hjemmet, på arbejdspladsen, i foreningslivet osv.

Nedenfor omtales to områder, som på hver deres måde tematiserer udfordringerne i at aktivere den enkeltes egne ressourcer bedst muligt:

- Patientuddannelse
- Sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?"

Patientuddannelse

Region Midtjylland ønsker at formulere en strategi for indsatsen over for borgere med kroniske lidelser. Planen vil tage udgangspunkt i den såkaldte Chronic Care Model, som Sundhedsstyrelsen anbefaler som grundlag for en forbedret indsats for kro-

nikerne. Indsatsen for kroniske patienter handler om at sætte ind med flere elementer, der tilsammen medvirker til en mere effektiv ressourceudnyttelse.

Indsatsen vil lægge op til et tæt samarbejde mellem bl.a. hospitaler, kommuner og praksissektor. Som et centralt element i kronikerindsatsen vil Region Midtjylland i første omgang prioritere egenomsorg. Herunder særligt hvordan evnen til egenomsorg kan fremmes gennem patientuddannelse.

Nogle patientuddannelser handler primært om at tilføre patienten viden om en specifik sygdom. Andre patientuddannelser inddrager den dimension, at patienten generelt skal blive i stand at mestre selve det at leve med en kronisk sygdom. En af de mest kendte af disse modeller for patientskoler er Stanford-modellen, der bygger på, at erfarne patienter underviser andre patienter efter en fast skabelon. Modellen er velafprøvet i England og USA og anvendes allerede på patient- og sundhedsskolen på Grenaa Sygehus.

Patient- og sundhedsskolen på Grenaa Sygehus er bygget op således, at patientskolen omhandler specifikke sygdomsgrupper (f.eks. diabeteskole, hjertescole og lungeskole). Sundhedsskolen derimod går på tværs af sygdomsgrupperne og handler om emner som kost, motion, rygestop samt det at lære at leve med kronisk sygdom.

Sundhedsskolens perspektiv er med andre ord ikke "blot" det at kunne håndtere en given sygdom. Borgerens liv og følelser påvirkes af en kronisk sygdom. Derfor handler det om, hvordan en hverdag med kronisk sygdom håndteres. Og her har mennesker – på tværs af sygdomme/lidelser - meget at give hinanden.

Patienter uddannes således til at undervise andre patienter efter strukturerede manualer. Selve processen og undervisningsmetoden er lige så vigtig som indholdet, fordi erfaringer, problemer, bekymringer og løsninger kan deles og nyttiggøres gensidigt på en ligeværdig måde.

Uddannelse af patienter/borgere kan tænkes varetaget af både regionen og kommunerne. Derfor er der igangsat en kortlægning af eksisterende patientuddannelser i Region Midtjylland med henblik på at bidrage til afklaringen af arbejdsdeling og samarbejdsmuligheder.

Sundhedsprofilundersøgelsen "Hvordan har du det?"

Der er brug for viden om befolkningens sundhedstilstand, når man skal prioritere og tilrettelægge sundhedsarbejdet, herunder tiltag i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. Det gælder både i regionen og i kommunerne, som skal overtage flere sundhedsopgaver, når strukturreformen træder i kraft 1. januar 2007.

Region Midtjylland har sat en stor undersøgelse af sundhedstilstanden blandt regionens borgere i gang. Denne sundhedsprofil-undersøgelse kortlægger befolkningens sundhedsvaner, sygelighed og trivsel. I februar 2006 blev der således sendt ca. 30.000 spørgeskemaer ud til borgere i Region Midtjylland. Resultaterne bliver bl.a. fremlagt på en konference 21. november 2006.

For at den offentlige sektor har mulighed for at skabe rammer, der kan facilitere opbygningen af evne til egenomsorg og selvhjulpethed hos relevante målgrupper, er der bl.a. brug for et sådant videnskæssigt fundament, der kan målrette strategier og specifikke indsatser.

I kraft af bl.a. sundhedsprofil-arbejdet kan Region Midtjylland og kommunerne tage udgangspunkt i netop de udfordringer, der gør sig gældende i en given kommune og som eventuelt kan ses i sammenhæng med bl.a. bestræbelser på arbejdsmarkedsfastholdelse for langvarigt syge og handicappede eller samarbejde med private virksomheder omkring den sociale indsats.

4. Afsluttende bemærkninger – om ledelse og medarbejderinddragelse

Kvalitet kræver god ledelse, de rette incitamenter samt respekt for den indsigt og faglighed, der findes hos den offentlige sektors ledere og medarbejdere.

Hospitalerne i Danmark har løbende forbedret kvaliteten. I de seneste 20 år med en lavere vækst i udgifterne end hos konkurrenterne i resten af Europa. Det er vores opfattelse, at de største effektivitetsforbedringer er opnået de steder, hvor man i respekt og dialog har inddraget såvel medarbejderne som de chefer, der skal motivere medarbejderne til at arbejde effektivt og kvalitetsbevidst.

Som et eksempel på den professionelle tilgang til ledelse og styring, der i dag er kendetegnede for de danske hospitaler kan nævnes, at Skejby Sygehus har udarbejdet et ledelsesgrundlag, der støttes af en systematisk brug af balanceret målstyring. Ledelsesgrundlaget skal medvirke til at realisere visionen om Skejby Sygehus som et professionelt og veldrevet universitetshospital med høje mål og i fortsat udvikling. Ledelse på Skejby Sygehus skal sikre, at medarbejdere på alle niveauer arbejder med den samme strategi mod denne fælles vision. Det stiller krav om, at ledelse bygger på en fælles kultur, hvor man bl.a. har lagt vægt på nøgleord som tydelighed og dialog.

I Region Midtjylland vil vi gerne skabe sammenhæng mellem evnen til at bidrage til mål, planer og strategier og den honorering, som ledere og medarbejdere modtager. Ledere og medarbejdere, der lever op til Regionens værdier - og ledere, som samtidig realiserer målene omkring budgetoverholdelse, produktivitetsmål, servicemål, kvalitetsmål og udvalgte indsatsområder - har mulighed for at opnå resultatløn. F.eks. har hospitalsledere i Århus Amt kunnet opnå op til 1 månedes ekstra løn, når målene var realiseret.

I Region Midtjylland er dialog en central værdi som politikere, ledelser og medarbejdere søger at leve op til. Der skal være respekt for hinanden, hvis målene skal realiseres og ydelserne skal udvikles. Dygtighed er derfor også en central værdi: Vi anerkender, at der på alle niveauer er eksperter, der ved mere end andre - og som derfor med fordel kan tages med på råd.

Endelig kommer vi ikke videre, hvis rammerne ikke - af og til - sprænges. Derfor er dristighed en stærk kandidat til at blive den tredje centrale værdi for Region Midtjylland.

Viborg, 20. november 2006

Sygehusdirektør Villy Helleskov

Direktør Leif Vestergaard Pedersen

Regionsdirektør Bo Johansen