

HØRINGSSVAR: SUNDHEDS- STRUKTURKOMMISSIONENS AFRAPPORTERING

Sundhed Danmark

AUGUST, 2024

Indholdsfortegnelse

Indledning	2
Tværgående anbefalinger.....	4
Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data	4
Forslag 1: Fælles strategi for data og digitalisering	4
Forslag 3: Digital Sundhed Danmark	5
Opsummering	6
Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser	7
Nedbryd siloer i lovgivningen	7
Investér i psykiatrien og bryd med vanetænkningen.....	8
Opsummering	8
Stærke patientrettigheder i et sammenhængende sundhedsvæsen	10
Indførelse af patientrettigheder i speciallægepraksis	10
Ulighed i sundhed	11
Gode erfaringer fra sygehusområdet	11
Hvordan indføres rettigheder i praksis?	13
Kobling af udredning og behandling.....	13
Opsummering	14
Økonomiske incitamenter i sundhedsvæsenet: Bedre brug af de ressourcer vi har	15
Produktivitet i sundhedsvæsenet	16
Aktivitetsbaseret afregning	16
Ventetidsgarantier giver bedre produktivitet.....	18
Decentraliseret budgetansvar	18
Decentraliseret budgetansvar i praksis: Forskel på afregning med DRG og DUF-takster	19
Decentralt budgetansvar giver uheldige incitamenter	20
Bidrager privathospitaler til sårbarhed i det offentlige sundhedsvæsen?	23
Private sundhedsvirksomheder ønsker større uddannelsesansvar	23
Interne siloer og konservative behandlingsforløb	24
Aftaler kan optimeres.....	24
Opsummering	25
Afslutning	26

Indledning

Sundhed Danmark takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Ligesom vi også gerne vil takke regeringen for at have nedsat kommissionen og inddraget os i arbejdet gennem følgegruppen til Sundhedsstrukturkommissionen.

Det danske sundhedsvæsen er udfordret på flere parametre. Borgerne oplever ofte en ulighed i de sundhedstilbud, som de har adgang til. Ligesom de kan risikere at opleve en manglende sammenhæng i deres forløb, fordi der ikke altid er en rød tråd i forløbet på tværs af forskellige sundhedsaktører. Derudover er det også uomtvisteligt, at der i fremtiden kommer flere borgere, der får brug for hjælp fra sundhedsvæsenet. Det udgør en udfordring for brugen af økonomiske og personale mæssige ressourcer.

De private sundhedsvirksomheder er opsatte på at blive en endnu større del af løsningen for ovenstående udfordringer for sundhedsvæsenet.

De private sundhedsvirksomheder fylder mere og mere i det danske sundhedsvæsen. I dag har [2,9 mio.](#) danskere en privat sundhedsforsikring. Brugen af sundhedsforsikringer bidrager blandt andet til tidlig forebyggelse og frigørelse af ressourcer på de offentlige sygehuse. Kommissionen fremhæver blandt andet et tidligere dansk studie der har vist, at ansatte med en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring alt andet lige anvender det offentlige sygehusvæsen 10 pct. mindre end ikkeforsikrede¹. Derudover behandler de private sundhedsvirksomheder hvert år også mange offentligt henviste patienter med hurtig behandling af høj kvalitet, der ellers havde risikeret at stå længe på venteliste.

Sundhed Danmark bidrager derfor i dette hørings svar med kommentarer og politiske forslag til Sundhedsstrukturkommissionens af rapportering, der tilsammen kan tjene som inspiration til hvordan fremtidens sundsvæsen kan indrettes, så der skabes mere lighed i sundhed, mere sammenhæng i patientforløb og mere effektiv brug af ressourcerne, så sundhedsvæsenet er bedre rustet til en fremtid, hvor flere borgere får brug for hjælp fra sundhedsvæsenet.

De grundlæggende pejlemærker for Sundhed Danmarks anbefalinger er følgende:

- **Et sundhedsvæsen, hvor patienten er i centrum.**
- **Et sundhedsvæsen med et stærkt offentlig-privat samarbejde.**
- **Et sundhedsvæsen, hvor vi får mest mulig sundhed for pengene gennem en effektiv brug af ressourcerne.**

¹ S. 273 i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport.

Ud fra disse pejlemærker og kommissionens afrapportering anbefaler Sundhed Danmark derfor følgende:

- At private aktører involveres i udviklingen, implementeringen og driften af en ny strategi for arbejdet med digitalisering og data.
- At man sikrer fælles adgang til digitale systemer på tværs af den offentlige og private sektor.
- At man samler lovgivningen på det psykiatriske område.
- At man lader private aktører drive konkrete psykiatriske tilbud for kommuner og regioner, så man sikrer en effektiv brug af den samlede kapacitet på tværs af sektorer.
- Af man indfører patientrettigheder i speciallægepraksis, så patienterne sikres de samme rettigheder i speciallægepraksis, som de har på sygehusene.
- At der indføres en kombineret ret til udredning og behandling i sundhedsvæsenet, så patienterne får ret til at vælge behandling hos samme behandlingssted, der har udredt dem, hvis de ønsker dette.
- En afvikling af det decentrale budgetansvar, der desværre forhindrer hensigtsmæssig brug af den uudnyttet privat kapacitet. Aktuelt bidrager det decentrale budgetansvar til, at patienterne ikke henvises til det behandlingstilbud med den korteste ventetid.
- En genindførsel af produktivitetsmålninger og aktivitetsfinansiering, der underbygger en effektiv brug af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Internationale erfaringer viser, at ventetidsgarantier kombineret med aktivitetsfinansiering sikrer den mest effektive brug af sundhedsressourcerne.
- En afskaffelse af interne siloer, der forhindrer en omstilling af sundhedsvæsenet til en fremtid med mere fokus på forebyggende behandling.

Samlet set vurderer Sundhed Danmark, at ovenstående forslag, hvis de implementeres, bidrager til et sundhedsvæsen, der kan være med til at løse de udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen skitserer vedrørende ulighed, manglende sammenhæng og et sundhedsvæsen, der i fremtiden skal behandle stadig flere borgere.

Sundhed Danmarks hørings svar er struktureret således:

Først følger kommentarer til to af Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger hhv. nr. 2 og nr. 4, hvor der bidrages med forslag til, hvordan man kan inkludere private sundhedsaktører i arbejdet med data og digitalisering, samt hvordan der skabes bedre forhold i psykiatrien. Dernæst følger et afsnit vedrørende patientrettigheder i fremtidens sundhedsvæsen, hvor det vægtes at sikre lighed og sammenhæng for patienterne. Afslutningsvis følger et afsnit om hvordan man gennem økonomiske incitamenter kan sikre en effektiv brug af ressourcerne, så sundhedsvæsenet er bedre rustet til fremtiden.

På vegne af Sundhed Danmark

Branchedirektør, Jakob Rixen



Tværgående anbefalinger

Herunder følger Sundhed Danmarks kommentarer til to af kommissionens tværgående anbefalinger. Det drejer sig om *anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data* samt *anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser*.

Det skal også bemærkes, at Sundhed Danmark bakker op om de bemærkninger, som Dansk Erhverv har afgivet i sit høringssvar vedrørende den tværgående anbefaling 5: Private aktører, patientrettigheder og praktiserende speciallæger.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Udover de tre konkrete forvaltningsmodeller, anbefaler Sundhedsstrukturkommissionen også otte tværgående anbefalinger, der bør implementeres uagtet hvilken forvaltningsmodel, der vælges. I anbefaling 2 anbefaler kommissionen en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data. I Sundhed Danmark bakker vi op om anbefalingen, som vi finder essentiel i forhold til at sikre en større sammenhæng for patienterne, når de bevæger sig på tværs af sektorer. I implementeringen af denne anbefaling, finder vi det dog afgørende, at de private sundhedsaktører medtænkes, så sammenhæng og data sikres, når patienterne bevæger sig på tværs af den offentlige og private sektor i sundhedsvæsenet.

I forbindelse med den 2. tværgående anbefaling om digitalisering og data, kommer Sundhedsstrukturkommissionen med fire konkrete anbefalinger. Følgende af forslagene påvirker de private aktører (forslag 1 og forslag 3), hvorfor der med disse følger anbefalinger fra Sundhed Danmark:

- **Forslag 1:** Der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører og de ansvarlige for driften i sundhedsvæsenet.
- **Forslag 3:** Der skal etableres en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. Organisationen får ansvaret for digitale løsninger, som er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet.

Herunder følger Sundhed Danmarks bemærkninger til de ovenstående to konkrete anbefalinger.

Forslag 1: Fælles strategi for data og digitalisering

Først og fremmest fortjener kommissionen ros for at anbefale én samlet strategi for digitalisering og data for hele sundhedsvæsenet. Når kommissionen skriver, at udarbejdelsen af strategien skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører og de ansvarlige for driften i sundhedsvæsenet, er det vigtigt også at få inkluderet repræsentanter fra det private sundhedsvæsen i dette arbejde.

I dag er de private sundhedsvirksomheder en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. De bidrager til, at offentligt henviste patienter kan få hurtigere behandling, når det offentlige ikke har

kapaciteten og de bidrager gennem forsikringsordningerne til, at lidelser bliver forebygget og behandlet tidligt, så de ikke udvikler sig til mere ressourcekrævende lidelser.

Hvis vi ikke formår at indtænke de private sundhedsvirksomheder i en ny strategi for digitalisering og data, så risikerer vi, at de mange undersøgelser og behandlinger, der bliver foretaget på offentligt henviste patienter såvel som forsikringspatienter hos de private sundhedsvirksomheder ikke bliver registreret tilstrækkeligt, hvilket fører til ressourcespild og dobbeltarbejde.

En fælles strategi bør derfor prioritere, at få digitalisering til at fungere på tværs af sektorer – både når det gælder praksissektoren, privathospitalerne og det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Hvis privathospitalerne ikke medtænkes i strategien, risikerer man unødvendigt lange og usammenhængende patientforløb. Det betyder også flere omkostninger til opfølgende skanninger og kontroller, når de eksisterende IT-systemer ikke taler sammen på tværs af sektorer.

Sundhedsstrukturkommissionen oplister i boks 10.4 fem mål i en strategi for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Et af målene er blandt andet, at borgerne let og overskueligt skal kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt. Dette sikres, hvis man i strategien også prioriterer at private aktører kan få adgang til de nødvendige data og de nødvendige IT-systemer.

For at sikre sammenhængende forløb for de offentligt henviste patienter, der bliver behandlet i privat regi, bør de private aktører derfor også inkluderes i udviklingen af en ny og fælles strategi. Ellers risikerer vi unødigt lange og usammenhængende behandlingsforløb til skade for patienterne. De private aktører har i dag viden og erfaringer i forhold til, hvordan de eksisterende systemer fungerer, når en patient henvises til behandling i det private. Denne erfaring kan med fordel inddrages i udviklingen af strategien samt den efterfølgende eksekvering og drift af den nye strategi.

Forslag 3: Digital Sundhed Danmark

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår at etablere en fælles service- og leverandørorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet. En national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet.

Her er det vigtigt, at man ikke blot tænker på tværs af offentlige aktører i sundhedsvæsenet, men at de private sundhedsaktører også får adgang til Digital Sundhed Danmark. Ved at inkludere de private aktører sikrer man ikke blot de mest sammenhængende patientforløb, men man understøtter også den innovation i sundhedsvæsenet, som Sundhedsstrukturkommissionen mener Digital Sundhed Danmark bør bidrage med.

Hos de private aktører eksisterer der i dag allerede en høj grad af innovation i forhold til brugen af digitale løsninger. Her kan det blandt andet nævnes brugen af kunstig intelligens til fx patientjournalisering og patientvenlige online bookingsystemer – det er både ressourcebesparende og giver personalet mere tid til mere patientrettede opgaver. Den slags løsninger vil hurtigere kunne udbredes med en fælles organisation, idet en af målsætningerne med organisationen blandt andet er at overvåge og

kortlægge nye teknologier og understøtte konkrete løsninger på tværs af sundhedsvæsenet, der sikrer patienterne en behandling af højere kvalitet. Hvis private aktører inkluderes i Digital Sundhed Danmark, bidrager man derved til, at private såvel som offentlige aktører kan erfaringsudveksle og lære af hinanden. Dette er til glæde for patienten, der sikres at man på tværs af sundhedsvæsenet altid gør brug af den teknologi, der giver patienten behandling af højeste kvalitet. Derudover sikrer erfaringsudveksling på tværs af sektorer også, at man bruger den teknologi, der er mest omkostningseffektiv og derved sikrer, at man bruger ressourcerne i sundhedsvæsenet på den mest omkostningseffektive facon.

I dag giver Sundhedsjournalen sygehuse, alment praktiserende læger, kommuner, speciallæger og private sygehuse adgang til en række fortrinsvis regionale data – fx journalnotater fra sygehusene og billedbeskrivelser fra sygehusene. Dataudvekslingen kunne dog styrkes yderligere. F.eks. i forhold til EKG og nerveledningsundersøgelser. Derudover er det også vigtigt, at der etableres et fælles PACS-system på nationalt plan, så aktører på tværs af sektorer får adgang til de samme billeddiagnostiske undersøgelser og ikke blot beskrivelserne. Det udgør et problem for sammenhæng i patienternes forløb samt omkostningerne for sundhedsvæsenet som helhed, da den manglende adgang til tider resulterer i gentagne procedurer for patienterne.

Etableringen af Digital Sundhed Danmark bør også bidrage til, at ovenstående problemer vedrørende deling af data mellem den offentlige og private sektor reduceres, så de private aktører får den nødvendige adgang til at give patienterne det mest sammenhængende patientforløb.

Opsummering

Sundhed Danmark bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger på digitaliserings- og dataområdet. Sundhed Danmarks medlemmer arbejder i dag allerede intensivt med digitalisering – blandt andet i form af forpligtelsen til en fælles branchestandard på digitaliseringsområdet.

Fælles adgang til data kan bidrage til kortere patientforløb, øge patientsikkerheden og mindske de samlede omkostninger, som nu bl.a. går til opfølgende scanninger og kontroller, fordi eksisterende IT-systemer ikke taler sammen på tværs af sektorer. I den forbindelse er det centralt, at de private aktører medtænkes og aktivt inddrages fremadrettet, når en ny strategi udtænkes, og når Digital Sundhed Danmark etableres.

Derfor bør man med en ny strategi for digitalisering og data prioritere følgende:

- **At private sundhedsaktører bliver inkluderet i udviklingen, implementeringen og driften af en ny strategi.**
- **At man på tværs af sektorer sikrer adgang til data gennem et fælles PACS-system, så patienterne sikres mere sammenhængende forløb og gentagne undersøgelser minimeres.**

Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

I sin tværgående anbefaling nr. 4 foreslår kommissionen indsatser, der styrker kvaliteten og sammenhængen for mennesker med psykiske lidelser. I Sundhed Danmark anser vi kommissionens fokus som vigtigt. Ligesom vi også ønsker at bidrage med konkrete forslag til at nedbryde de siloer, der i dag eksisterer inden for det psykiatriske område.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en organisatorisk integration af psykiatrien med det somatiske område. I en styrkelse af psykiatrien er det vigtigt at have fokus på at skabe sammenhæng og nedbryde siloer for mennesker med psykiske lidelser. Ifølge Sundhed Danmark bør man derfor skabe større sammenhæng på tværs af de forskellige instanser samt revidere den fragmenterede lovgivning, der i dag gør behandlingen af mennesker med psykiske lidelser unødigt besværlig.

I forbindelse med en styrkelse af den psykiatriske indsats bør man ifølge Sundhed Danmark fokusere på to elementer i en ny sundhedsreform:

- 1. Nedbryd siloer i lovgivningen, så lovgivningen på tværs af sundhedslov, psykiatrilov og social- og serviceloven samtænkes.**
- 2. Investér i psykiatrien og bryd med vanetænkningen, så private aktører i højere grad kan bidrage.**

Nedbryd siloer i lovgivningen

Det psykiatriske område rækker ind over en række forskellige lovgivninger, herunder sundhedsloven, psykiatriloven og social- og serviceloven. Det betyder, at patienter og pårørende kan blive fanget af lovgivningsmæssige benspænd, når det gælder psykiatriske tilbud, fordi området rækker ind i forskellige lovgivninger.

For at undgå dette mener Sundhed Danmark, at psykiatrien bør styrkes i sundhedslovgivningen samt have sin egen specifikke del i servicelovgivningen, hvor krav til ydelser inden for psykiatrien præciseres. Dette bidrager til færre overgange og dermed bedre sammenhængende forløb for mennesker med psykiske lidelser, som er en af hensigterne med kommissionens anbefalinger på det psykiatriske område².

Når lovgivningen samles, sikres også en større grad af ligestilling mellem det somatiske og psykiatriske område, idet de to områder retmæssigt samles i samme lov med samme rettigheder og muligheder.

Denne anbefaling bakker også op om Sundhedsstrukturkommissionens intention på området, idet der fremføres, at *"samarbejde er særligt vigtigt i lyset af, at forløb på psykiatriområdet foregår på tværs af forskellige lovgivningsområder, herunder på tværs af sundhedsloven og serviceloven"*.³

² S. 252 i hovedrapporten.

³ S. 257 i hovedrapporten.

Investér i psykiatrien og bryd med vanetænkningen

Som det fremgår af Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport er der store kapacitetsudfordringer på det psykiatriske område⁴. Kapacitetsudfordringerne afspejler sig særligt i udfordringerne med at overholde patientrettighederne. Vi er derfor helt enige med kommissionen, når de skriver, at det er essentielt at sikre mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer og at bringe alle ressourcer og kompetencer i spil til gavn for behandlingen af den enkelte patient.

Hvis vi i sundhedsvæsenet skal kunne imødegå den øgede efterspørgsel på psykiatrisk behandling, der er kommet med den kraftige stigning i antallet af borgere med psykiatriske lidelser, er det derfor afgørende at udfordre de eksisterende løsningsmodeller og skabe et økonomisk og organisatorisk grundlag for udvikling og afprøvning af nye løsninger, der enten kan øge omfanget af kapacitet eller understøtte en bedre udnyttelse af de knappe ressourcer i psykiatrien. Vi skal derfor turde bryde med vanetænkningen og i stedet investere i effektbaserede samarbejdsmodeller, hvor indsatserne finansieres af den effekt, de skaber, og hvor aktører belønnes for de resultater, de skaber frem for den indsats, de leverer. Ved et fokus på effekten af indsatsen, frem for indsatsen i sig selv, vil man kunne fremme den sociale innovation på psykiatriområdet⁵.

Derfor anbefaler Sundhed Danmark, at man bør lade private aktører drive konkrete psykiatritilbud for kommuner og regioner. De private sundhedsaktører bør samtidig få andel i den værdi, som indsatsen skaber for kommunen, regionen og samfundet generelt. Dette giver også den offentlige aktør et økonomisk incitament til at øge kapaciteten af de relevante ydelser. Altså dem, der skaber reel værdi for patienterne. Dette sikrer også kommuner og regioner et økonomisk råderum til reinvestering i psykiatrien til gavn for både patienter og samfundet generelt.

Allerede i dag spiller de private aktører en stor rolle i det psykiatriske system. Vi har f.eks. set eksempler på, hvordan patienter, der i frustration over lange ventetider i det offentlige system, i stedet vælger at fremskynde behandlingen ved at betale for udredning hos en privat udbyder af egen lomme. Samtidig har mange danskere også adgang til en privat sundhedsforsikring, hvorigennem de kan modtage hurtigere psykiatrisk behandling. Hvis man skal undgå opbyggelsen af to parallelle systemer, er det derfor nødvendigt, at vi bryder med vanetænkningen og formår at gøre brug af den samlede kapacitet på tværs af den offentlige og private sektor.

Opsummering

Hvis vi ønsker at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, er det først og fremmest nødvendigt, at vi sikrer en større sammenhæng for patienterne gennem en samling af lovgivningen, så patienterne får et bedre blik for de rettigheder og de muligheder, de har.

⁴ S. 105 i baggrundsrapporten.

⁵ Dette forslag kan også implementeres og afprøves på det somatiske område.

Dernæst er det også vores anbefaling, at man tør bryde med vanetænkningen og gøre brug af den samlede kapacitet på det psykiatriske område. Dette er særligt vigtigt med de store kapacitetsudfordringer, der aktuelt er på området.

Derfor bør man i forbindelse med implementeringen af denne tværgående anbefaling prioritere følgende:

- **Samling af lovgivningen på det psykiatriske område.**
- **Lade private aktører drive konkrete psykiatriske tilbud for kommuner og regioner, så man sikrer en effektiv brug af den samlede kapacitet på tværs af sektorer.**

Stærke patientrettigheder i et sammenhængende sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen skriver følgende i sin afrapportering: ”Rettighederne vurderes generelt at være en stærk drivkraft til at forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Det frie sygehusvalg giver f.eks. den enkelte patient bedre mulighed for at vælge et tilbud, som bedst passer til den enkeltes behov. Det almindelige frie sygehusvalg, det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning er alt andet lige med til at sikre kortere ventetid og dermed hurtigere behandling for mange patienter.” I Sundhed Danmark er vi enige med kommissionen i denne bemærkning, og derfor ønsker vi også at bidrage med konkrete forslag til, hvordan rettighederne i endnu højere grad kan forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet. Vi anser det derudover som helt afgørende for patientfokusset i sundhedsvæsenet, at man også bevarer de allerede eksisterende ventetidsgarantier i sundhedsvæsenet.

Det er et centralt sigte for Sundhedsstrukturkommissionen, at sundhedsvæsenet skal omstilles, så langt mere behandling foregår udenfor sygehusene i det primære sundhedsvæsen og at sundhedsressourcerne i højere grad skal fordeles efter sundhedsbehov, så uligheden i sundhed kan mindskes. Denne omstilling af sundhedsvæsenet kræver, at vi medtænker patienternes rettigheder.

I Sundhed Danmark foreslår vi derfor følgende to tiltag til at styrke patienternes rettigheder, så uligheden i sundhed mindskes:

- **Indførelse af patientrettigheder i speciallægepraksis**
- **Kobling af udredning og behandling**

Først følger et afsnit om indførelsen af patientrettigheder i speciallægepraksis. Dernæst uddybes argumentet om en kobling af udredning og behandling.

Indførelse af patientrettigheder i speciallægepraksis

I sine anbefalinger anbefaler Sundhedsstrukturkommissionen, at den nuværende organisering af de praktiserende speciallæger ikke i tilstrækkeligt omfang understøtter en optimal udnyttelse af de praktiserende speciallægers samlede ressourcer. Derfor ønsker man en ændret geografisk fordeling af speciallæger, der i højere grad støtter op om ambitionen om mere lighed i sundhed.

I sin baggrundsrapport beskriver Sundhedsstrukturkommissionen blandt andet, hvordan speciallægepraksis ikke er omfattet af patientrettigheder som behandlings- og udredningsret, der gælder på sygehusområdet⁶. Ligeledes beskrives det også, at dette medvirker at der i praksis vil være regionale forskelle på hvilke typer behandling, der er omfattet af patientrettigheder, afhængigt af hvordan regionen har organiseret den ambulante behandling på hovedfunktionsniveau. Dette fører altså til en ulighed i sundhed, der til dels er geografisk baseret og som til dels er socialt baseret.

⁶ S. 157 i baggrundsrapporten.

Ulighed i sundhed

Den geografiske ulighed og forskellen i ventetider eksisterer i dag blandt andet, men ikke udelukkende, fordi regionerne kan vælge forskellige strategier i forhold til arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis. Derved kan en patient, der henvises til praktiserende speciallæge opleve lange ventetider, mens en anden type patient med en anden diagnose, vil være omfattet af patientrettighederne⁷. F.eks. hvis man i en region har lavet en lokalaf tale med speciallægerne i forbindelse med en særlig type operation, mens man i andre regioner ikke har det. Konkret betyder dette, at man som patient med denne lidelse i én region ikke vil have adgang til samme patientrettigheder, som man har i de øvrige regioner, hvor behandlingen bliver udført af adskillige privathospitaler.

I en region, hvor man i højere grad henvises til speciallæge end til hospital, efterlades man dermed med færre rettigheder og potentielt længere ventetid. Dette medfører altså en geografisk ulighed, hvis effekt også forværres af, at der er stor forskel på antallet af speciallæger pr. indbygger på tværs af regionerne⁸. Den store variation mellem regionerne er særligt problematisk på det psykiatriske område. Her varierer ventetiderne mellem 4 og 400 uger for speciallæger i psykiatri, som kommissionen også beskriver i sin baggrundsrapport⁹.

Den sociale ulighed eksisterer i form af, at borgerne ikke har ensartede rettigheder og rettighederne derved ikke er lette at afkode og forstå. I Sundhed Danmark anser vi det som vigtigt for den sociale lighed i sundhed, at patientrettighederne er overskuelige og nemme at navigere i.

Gode erfaringer fra sygehusområdet

I Sundhed Danmark er det vores overbevisning, at en indførsel af patientrettigheder i speciallægepraksis ville kunne bidrage til en højere grad af geografisk og social lighed i sundhed.

Stærke patientrettigheder har på sygehusområdet bidraget til kortere ventelister og en højere grad af lighed mellem patienter, da de har sikret, at patienter, uagtet økonomisk eller social baggrund, har fået mulighed for at blive behandlet i privat regi, når ventetiden har været for lang i det offentlige.

Derudover er der blandt danskerne også en stor opbakning til brugen af den private kapacitet. Ifølge en undersøgelse fra Dansk Erhverv fra marts 2024 ses det, at 73 % af danskerne ikke mener at det er vigtigt, om behandling foregår på et offentligt eller privat sygehus. I stedet mener danskerne at ventetid og kvalitet er vigtigere.

Man bør derfor lade sig inspirere af de gode erfaringer i den forstående reform af sundhedsvæsenet. Af den årsag bør man indføre ventetidsgarantier for patienterne i speciallægepraksis på samme vis som på sygehusområdet.

⁷ Udredningsret og behandlingsgaranti.

⁸ I Region Sjælland og Region Nordjylland er der færre speciallæger pr. indbygger end i de øvrige regioner. Se s. 126 i Hovedrapporten.

⁹ S. 157.

På sygehusområdet består patientrettighederne af ventetidsgarantier for udredning og behandling. Rettighederne medvirker, at hvis det offentlige hospital ikke kan udrede eller behandle inden for 30 dage¹⁰, så har man ret til at modtage offentligt finansieret behandling på et privathospital, som regionerne har aftale med.

Patienter kan i dag modtage offentligt finansieret behandling hos en praktiserende speciallæge gennem henvisning fra egen læge, hvis patienten er medlem af sygesikringsgruppe 1 eller komme direkte i behandling hos den praktiserende speciallæge, hvis patienten er medlem af sygesikringsgruppe 2.

Det skal dog nævnes, at der inden for visse specialer er direkte adgang til de praktiserende speciallæger for borgere i sygesikringsgruppe 1 – det gælder for øre-næse-, og halslæger samt for øjenlæger¹¹. Det skal også nævnes at der i visse tilfælde allerede i dag gælder patientrettigheder i speciallægepraksis. Regionerne indgår nemlig såkaldte udlægningsaftaler med de privatpraktiserende speciallæger, hvilket betyder at sygehusene kan videresende patienter til udredning eller behandling i speciallægepraksis og omfatter behandlinger på hovedfunktionsniveau.

Når en patient bliver henvist til behandling gennem en udlægningsaftale, har patienten altså samme rettigheder, som man har i sygehusvæsenet¹². Det betyder også, at regionerne allerede i dag i et vist omfang er vant til at håndtere patientrettigheder i speciallægepraksis, hvorfor det bør være forholdsvis uproblematisk at indføre i et større omfang.

¹⁰ Aktuelt er behandlingsgarantien midlertidigt 60 dage til udgangen af 2024.

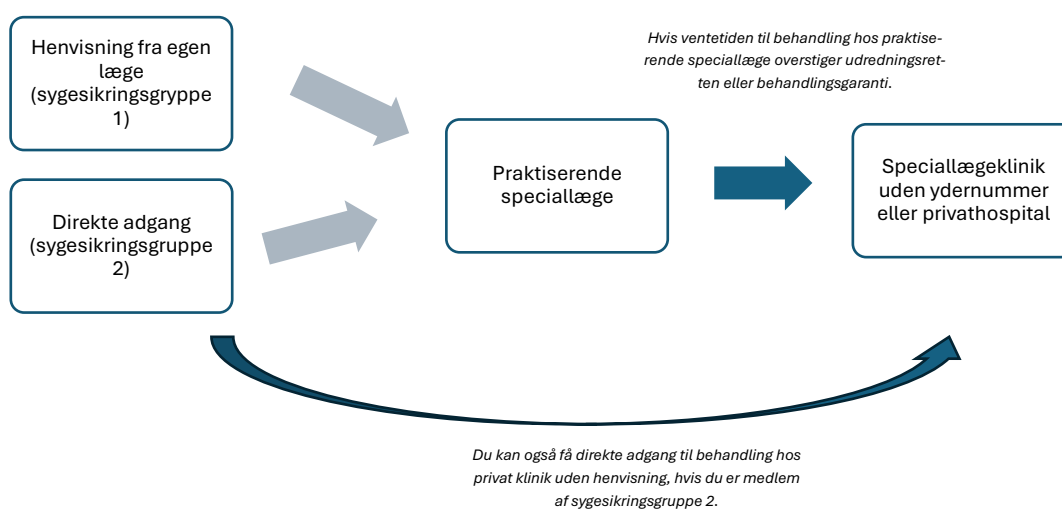
¹¹ Det ses fx her: [Speciallæger - Sundhed - Region Midtjylland \(rm.dk\)](#)

¹² Se tillægsaftalen til overenskomsten med speciallægerne: [FAPS 14-12-2021 - udlægningsaftale - DR 16 12 21 szs.docx \(laeger.dk\)](#)

Hvordan indføres rettigheder i praksis?

I praksis ville indførslen af patientrettigheder på speciallægeområdet betyde, at hvis en speciallæge med ydernummer ikke kan udrede eller behandle inden for den lovfastsatte tidsfrist, så ville man kunne søge en privatklinik eller et privathospital eller en speciallæge uden ydernummer for udredning eller behandling. Se nedenstående figur for en visualisering af processen:

Figur 1. Patientrettighedsmodel for praktiserende speciallæger



Kobling af udredning og behandling

I kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen er en af sigtelinjerne for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, at det skal være sammenhængende, og at der skal være samarbejde på tværs af fagligheder, sektorer og geografi.

Borgere med lavere sundhedskompetence kan have sværere ved at navigere i sundhedsvæsenets mange indgange, muligheder og rettigheder. Derfor bør man med en ny sundhedsreform implementere tiltag, der kan gøre sundhedsvæsenet mere gennemskueligt for borgere med lavere sundhedskompetence. Dette kan bidrage til at flere patienter får den rette behandling i tide.

I dag risikerer patienterne at blive henvist til udredning på ét hospital, mens de bliver henvist til behandling på et andet hospital. Dette giver usammenhængende patientforløb, hvor patienterne bliver kastebold i systemet og ofte venter længere end nødvendigt på behandling.

Indenfor børne- og ungepsykiatrien er der på nuværende tidspunkt et vigtigt fokus på hvordan der skabes sammenhæng mellem udredning og behandling¹³. Selvom udfordringerne med manglende

¹³ Gennem Sundhedsministerens rådgivende udvalg for nye rettigheder til børn og unge i psykiatrien.

sammenhæng mellem udredning og behandling i særlig grad gær sig gældende i psykiatrien, da udredningen og behandlingen her ofte foregår parallelt, så bør man dog også anskue problemstillingen om manglende sammenhæng bredere.

Privathospitalerne oplever i stigende omfang, at patienter bliver sendt til udredning hos dem, men efterfølgende ikke får mulighed for at fortsætte i behandling hos den private sundhedsvirksomhed, hvilket ofte kan være til stor frustration for patienten, der får en oplevelse som kasterbold i systemet. Blandt Sundhedsstrukturkommissionens ekspertbidrag afspejles den manglende kontinuitet og sammenhæng for patienterne også. Det ses f.eks. i afrapporteringen fra ViBIS, der rapporterer fra feedbackmøder med patienter og pårørende i sundhedsvæsenet¹⁴. Her er en grundlæggende pointe, at det skaber mere sammenhængende forløb, når der samarbejdes fremfor når sundhedsvæsenet fremstår som isolerede siloer.

Derfor foreslår Sundhed Danmark, at man laver en kobling mellem udredningsretten og behandlingsgarantien, så patienter får ret til at vælge behandling på det samme privathospital, som har udredt dem, hvis man som patient foretrækker dette. Dette betyder dog ikke, at behandlingsgarantien ophører med at eksistere – man skal som patient stadig kunne regne med at blive behandlet inden for behandlingsgarantien, eller oplyses om alternative behandlingsmuligheder med kortere ventetid.

Ud over at forslaget vil sikre patienterne mod at blive kasterbold i systemet, vil det også bidrage til at nedbringe ventetiderne for patienterne, sagsbehandlingstiden i regionerne og mindske spildet af midler brugt på dobbeltundersøgelser og administration. Desuden bidrager en forkortelse af ventetiderne også til, at borgerne kan komme hurtigere tilbage i arbejde igen, hvilket har positive samfundsøkonomiske effekter.

Opsummering

I Sundhed Danmark anbefaler vi at man samlet set styrker patienternes rettigheder i en ny sundhedsstruktur. Det anser vi som den bedste vej til at mindske den sociale og geografiske ulighed i sundhed.

Af den årsag anbefaler vi, at man i forbindelse med en ny sundhedsreform indfører følgende:

- **Patientrettigheder i speciallægepraksis, så patienterne sikres de samme rettigheder i speciallægepraksis, som de har på sygehusene.**
- **En kombineret ret til udredning og behandling i sundhedsvæsenet, så patienterne får ret til at vælge behandling hos samme behandlingssted, der har udredt dem, hvis de ønsker dette.**

¹⁴ Bilag 12: [Sundhedsstrukturkommissionens bilagsrapport – Analyser og ekspertbidrag Juni 2024 \(ism.dk\)](#)

Økonomiske incitament i sundhedsvæsenet: Bedre brug af de ressourcer vi har

Der er naturligvis et stort fokus på forvaltningsmodellerne i Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. De tre fremlagte modeller indeholder alle positive og negative elementer, men de private sundhedsvirksomheder vil kunne bidrage til et styrket sundhedsvæsen uafhængigt af, hvilken forvaltningsmodel der bliver valgt. Derved er vi mindre optaget af forvaltningsdiskussionen og i højere grad interesseret i, at forvaltningsmodellen bliver placeret på et stærkt fundament af patientrettigheder – og en økonomisk incitamentsstruktur, der forebygger økonomisk kassetækning og sikrer et hensigtsmæssigt fokus til gavn for patienterne.

Det er naturligvis vigtigt, at samarbejdet mellem kommuner og regioner foregår så gnidningsfrit som overhovedet muligt. Men for at sundhedsreform skal lykkes, så skal der også være fokus på de hindringer, der kan opstå inden for hver sektor. Disse hindringer opstår ofte på grund af u hensigtsmæssige økonomiske incitament. Disse vil blive uddybet nedenfor.

I regeringsgrundlaget fra 2022, blev det fremhævet: *at Regeringen vil tydeliggøre, at behandlingsretten ikke forhindrer sygehusene i altid at prioritere de mest syge patienter først. Desuden aftales med Danske Regioner, at eventuelle lokale finansieringsmekanismer for afdelingerne, der modarbejder dette, skal fjernes*¹⁵. Dette er yderst væsentligt for et styrket sundhedsvæsen i fremtiden, idet lokale finansieringsmekanismer i dag skaber u hensigtsmæssige incitament i forhold til den mest effektiv brug af den samlede kapacitet. Det decentraliserede budgetansvar uddybes som et eksempel senere i dette afsnit. Derfor opfordrer Sundhed Danmark til, at Regeringen vil fastholde et vedvarende fokus på dette pejlemærke i forbindelse med diskussionerne om sundhedsstrukturen.

Indledningsvist vil vi behandle nogle af de finansieringsmekanismer, der i Sundhed Danmarks optik bør inkluderes i en samlet strukturreform uafhængigt af, hvilken model der vælges. Sundhed Danmark mener blandt andet at aktivitetsfinansiering bør genindføres, så det sikres, at de ressourcer samfundet har, bliver anvendt bedst muligt på tværs af den offentlige og private sektor.

Dernæst behandles det decentrale budgetansvar, som er et eksempel på en lokal finansieringsmekanisme, der kan risikere at mindske samarbejdet på tværs af den offentlige og private sektor, og derved medfører økonomisk suboptimering og længere ventetid for patienterne. Denne form for lokal finansieringsmekanisme, der ikke styrker sammenhængen i sundhedsvæsenet, bør i Sundhed Danmarks optik fjernes i forbindelse med sundhedsstrukturen og erstattes af økonomiske incitament, der sikrer en bedre brug af den samlede kapacitet på tværs af den offentlige og private sektor. Afslutningsvis vil vi pege på et eksempel på økonomisk kassetækning, der kan risikere at forårsage u hensigtsmæssige behandlingsforløb for patienterne og forhindre fremtidssikringen af sundhedsvæsenet.

¹⁵ Dette fremgår i Appendix II vedrørende akutplanen

Produktivitet i sundhedsvæsenet

Uanset hvilken forvaltningsmodel man vælger, er det enormt vigtigt, at den økonomiske styring underbygger omstillingen af sundhedsvæsenet og hermed også ønsket om, at sikre danskerne mest mulig sundhed for pengene. Hvis vi ønsker at realisere dette ønske, er det bl.a. nødvendigt med et gennemgående fokus på produktivitet i sundhedsvæsenet. Det betyder konkret, at man i forhold til den økonomiske styring bør indføre en kombination af aktivitetsstyring, resultatstyring og rammebevillinger i sundhedsvæsenet. Derudover underbygger tidligere produktivitetstal også, at stærke patientrettigheder, der sikrer patienterne behandling i det private, når ventetiden er for lang i det offentlige, bidrager positivt til produktiviteten i sundhedsvæsenet.

Det er vanskeligt at sammenligne produktiviteten i sundhedsvæsenet bagudrettet, blandt andet fordi man ikke har opgjort produktiviteten i sundhedsvæsenet systematisk siden 2018. Mellem 2003 og 2018 afrapporterede man årligt udviklingen i produktiviteten i sundhedsvæsenet. Det har man dog ikke gjort siden 2018. Derfor er det vanskeligt at få et indblik i, hvorvidt de ressourcer, der bruges på sundhedsvæsenet, bliver brugt på den måde, der giver den største effekt.

Aktivitetsbaseret afregning

Som det også fremgår af baggrundsrapporten¹⁶, var der mellem 2002 og 2016 rammestyring med aktivitetsbaseret afregning i sundhedsvæsenet. Der var dog fortsat en bindende økonomisk ramme, som så blev kombineret med aktivitetsbaseret afregning for håndtering af højere eller lavere aktivitet. Den aktivitetsbaserede afregning har også effekt på opfyldelsen af patientrettighederne, idet regionerne står overfor et pres i forhold til at opfylde behovet for behandling inden retten til frit sygehusvalg indtræder – enten ved selv at have kapacitet til at imødekomme efterspørgslen eller ved at betale for behandling på et privat samarbejdssygehus¹⁷. Regionerne afregnes nemlig pr. behandling ved den aktivitetsbaserede afregning.

Efter afskaffelsen af den aktivitetsbaserede afregning overgik man til rammestyring med fokus på kvalitetsmål indenfor den aftalte ramme. Man ønskede at flytte fokus væk fra at være snævert på produktivitet og aktivitet. Nationale mål kan sætte et nødvendigt fokus på ensartet kvalitet, men tager ikke højde for de omkostninger, der er forbundet med de indsatser, der igangsættes som følge af de nationale mål. Altså kan der være en risiko for, at man får implementeret kvalitetsforbedrende indsatser, der ikke er omkostningseffektive¹⁸. Omkostninger forbundet med de indsatser, der igangsættes som følge af de nationale mål, er ikke italesat i forhold til instrumentet. Dette medfører potentielt en risiko for, at man får igangsat kvalitetsforbedrende indsatser, der i princippet ikke er omkostningseffektive.

Man kan dog spørge om afskaffelsen af den aktivitetsbaserede finansiering har ført til et mindre presset sundhedsvæsen, da man har flyttet fokus væk fra, at man blot skal nå flere behandlinger.

¹⁶ Boks 1.1 på s. 12.

¹⁷ VIVE, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, 2018, s. 19.

¹⁸ Ibid., s.38.

Afskaffelsen af den aktivitetsbaserede afregning har tilsyneladende ikke ført til, at presset på sundhedsvæsenet er blevet mindre. Presset på sundhedsvæsenet har været så stort, at man i 2023 gennemførte en Akutplan for sundhedsvæsenet. På trods af Akutplanens gennemførelse er ventetiderne dog stadig lange på sygehusene¹⁹. Vi kommer ikke udenom at skulle blive mere produktive i en fremtid, hvor sundhedsvæsenet ikke kan optage uforholdsmæssig stor andel af arbejdsstyrken. Dette stemmer overens med Sundhedsstrukturkommissionens 4. hensyn, der beskriver et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer²⁰

Det kan betvivles hvorvidt en øget aktivitetsfinansiering ikke blot vil give incitamenter til, at hospitalerne foretager flere behandlinger og øger aktiviteten på bekostning af det primære sundhedsvæsen. Denne risiko anerkender Sundhed Danmark, hvorfor det anses som nødvendigt at kombinere aktivitetsafregningen med resultatafregning. Med resultatfinansiering skal den enkelte region opfylde et givent antal resultatkræterier, der fx omhandler sammenhæng og omstilling for at opnå den fulde finansiering. Derudover forslås det også, at det højt specialiserede, akutte samt forskning og uddannelse finansieres med en rammebevilling.

I Sundhed Danmark mener vi, at en økonomisk styring, der i højere grad er drevet af aktivitetsafregning kombineret med resultatfinansiering og rammefinansiering til det akutte og højt specialiserede ville kunne bidrage positivt til produktivitetsudviklingen og sammenhængen i sundhedsvæsenet, hvorfor dette bør implementeres med en ny sundhedsreform. Tidligere aktivitetsafregninger i sundhedsvæsenet har haft positive effekter på udviklingen af produktiviteten. Aktivitetspuljen fra 2002 medførte et *”fald i ventetiderne og en betragtelig aktivitetsvækst i sygehusvæsenet”*²¹.

¹⁹ Den gennemsnitlige ventetid til al somatisk behandling lå i 1. kvartal 2024 på 44 dage. Ifølge Akutplanen skal ventetiden være på højst 37 dage i udgangen af 2024. Dette ses i Danske Regioners statusredegørelse for regionernes afvikling af efterslæb fra juni 2024.

²⁰ S. 142 i hovedrapporten, hvor det beskrives, at sundhedsvæsenet fremover ikke må optage en uforholdsmæssig stor andel af de ressourcer, der er tilgængelige for den samlede offentlige sektor.

²¹ VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, s.153

Ventetidsgarantier giver bedre produktivitet

I samme periode, hvor produktiviteten i sundhedsvæsenet steg, blev behandlingsgarantien også styrket. Den gik fra at være 60 til 30 dage i slutningen af 2008, hvilket betød at de offentlige hospitaler i højere omfang gjorde brug af privathospitalerne for at sænke ventetiderne for patienterne.

Altså tyder meget på, at produktiviteten stiger, når de interne økonomiske incitamenter giver en tilskyndelse til også at gøre effektiv brug af den private kapacitet. Dette bakkes op af internationale erfaringer. I en rapport fra VIVE fra 2018 konkluderes det nemlig, at ventetidsgarantier er mest effektive, når de kombineres med en aktivitetsbaseret betalingsmåde, hvor pengene følger patienten²². Dette baserer sig på en undersøgelse fra OECD, hvis konklusioner kan læses i faktaboksen. Denne erkendelse mener vi bør præge indretningen af den nye sundhedsstruktur.

I Sundhed Danmark opfordrer vi til, at de årlige afrapporteringer af produktiviteten i sundhedsvæsenet bliver genoptaget i forbindelse med implementeringen af en ny sundhedsstrukturreform, da de er med til at give et godt indblik i den værdi, der bliver produceret i sundhedsvæsenet, hvilket er en fornuftig baggrund at have for fremtidige evalueringer af den kommende reform. Derudover anbefaler Sundhed Danmark en genindførelse af aktivitetsfinansieringen i sundhedsvæsenet, hvilket bidrager til at skabe økonomiske incitamenter til brug af sundhedsressourcerne, der skaber mere sundhed for pengene.

Decentraliseret budgetansvar

Det decentraliserede budgetansvar²³, er et eksempel på en lokal finansieringsmekanisme, der kan risikere at medføre økonomisk suboptimering og længere ventetid for patienterne. Denne finansieringsmekanisme risikerer desuden at øge den institutionelle modvilje mod offentlig-privat samarbejde, hvorved den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet ikke bliver udnyttet. Det skyldes at hospitalsafdelingerne ikke får del af den økonomiske gevinst, som brugen af den private kapacitet giver til fordel for behandling på den offentlige afdeling.

Derfor foreslår Sundhed Danmark, at midlerne til behandling på privathospitalerne ikke udmøntes gennem det decentraliserede budgetansvar, men at man enten genindfører aktivitetsstyringen i sundhedsvæsenet eller alternativt, at pengene udmøntes via en centralt placeret pulje.

OECD-rapport om ventetider (2013):

- *Ventetidsgarantier er det mest almindelige og effektive instrument til at reducere ventetiden.*
- *Ventetidsgarantier er særligt effektive, hvis de ledsages af aktivitetsbaseret afregning, hvor pengene følger patienten.*

Kilde: VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde

²² VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, s. 107.

²³ Det decentraliserede budgetansvar er en økonomisk mekanisme, hvor midlerne bliver ført direkte ud på de enkelte sygehusafdelinger, som så står for, at fordele dem. Disse midler skal både finansiere egen drift og udgifterne i forbindelse med viderevisitering til privathospitalerne.

Decentraliseret budgetansvar i praksis: Forskel på afregning med DRG og DUF-takster

I dag afregnes de offentlige hospitaler gennem DRG-takster. Det foregår gennem en rammebevilling, hvor det foregående års budget revideret i forhold til politiske prioriteringer. De private sygehuse afregnes gennem såkaldte DUF-takster. Se herunder forskellen. Dernæst følger en beskrivelse af det decentraliserede budgetansvar og relationen til DRG- og DUF-takster.

Figur 2. DRG-takst og DUF-takst

DRG-takst	DUF-takst
<p>DRG-taksten afspejler sygehusenes gennemsnitlige driftsudgifter inden for hver DRG-gruppe (Diagnose Relaterede Grupper) – som svarer til behandlingen af en patient i den specifikke DRG-gruppe inden for somatikken.</p> <p>Sundhedsdatastyrelsen beregner årligt nye DRG-takster.</p> <p>I beregningen af DRG-taksterne kobles den faktiske aktivitet og omkostningerne.</p>	<p>Takster for det Udvidede Frie Sygehusvalg bliver fastlagt som en del af forhandlinger mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark.</p> <p>DUF-aftalerne forhandles hvert andet år.</p> <p>DUF-aftalerne kan ses under Aftaleside for privathospitaler - sundhed.dk</p>

For yderligere beskrivelse af DRG og DUF henvises til baggrundsrapport fra 2013²⁴ ved navn "Afregning med private sygehuse", der blev udgivet af Danske Regioner, KL samt en række ministerier.

Det decentraliserede budgetansvar fungerer således, at hospitalerne modtager en rammebevilling baseret på summen af de forventede behandlinger ud fra DRG-taksten (diagnoserelaterede grupper) og befolkningsgrundlaget under deres populationsansvar. De enkelte hospitalsafdelinger modtager en del af denne DRG-takst i forhold til det forventede antal behandlinger fratrukket fælles udgifter til f.eks. administration, portører, rengøring, drift osv. – denne andel varierer lidt fra afdeling til afdeling, men kan f.eks. være 70 % af DRG-taksten. Hvis DUF-taksten (det udvidede frie sygehusvalg) f.eks. er 85 % af DRG-taksten²⁵ i forhold til en specifik ydelse, altså 15 procentpoint mindre end hospitalet har modtaget for ydelsen, men 15 procentpoint mere end den enkelte afdeling har modtaget til at udføre ydelsen på egen afdeling, kan der opstå et u hensigtsmæssigt økonomisk incitament for den enkelte afdeling og et samfundsøkonomisk tab, da ydelsen kunne have været billigere købt direkte hos den private sundhedsvirksomhed.

²⁴ Afregning med private sygehuse", baggrundsrapport, Danske Regioner m.fl., maj 2013

²⁵ DUF-taksterne har traditionelt været i omegn af dette niveau, idet man fratrukker de offentlige afdelingers udgifter til forskning, uddannelse og akutberedskab for at udregne niveauet for betaling af de private aktører.

Den enkelte afdeling risikerer altså at lide et tab på 15 procentpoint af DRG-taksten, hvis man sender patienten videre til en privat sundhedsvirksomhed, dermed er der også en risiko for, at den enkelte afdeling vil prioritere den pågældende patient over en anden patient, der ikke har mulighed for at vælge et privat alternativ. Dette forårsager længere ventetid for den patient, der ikke har et privat alternativ²⁶ – en dyrere løsning for samfundet, da behandlingen hos en privat sundhedsvirksomhed kun ville have kostet 85 % af DRG-taksten frem for 100 % af DRG-taksten, hvis pengene var blevet betalt direkte fra en central aktivitetspulje frem for først at være blevet delt ud til hospitalerne – begge patienter kunne derved være blevet behandlet samtidigt, og den patient der ikke havde et privat alternativ ville altså hurtigere have modtaget behandling i henhold til den lægefaglige vurdering, og afdelingen ville ikke have haft et incitament til en anden prioritering ud fra økonomiske hensyn.

Når regionerne placerer budgetansvaret for udgifter forbundet med udredninger og behandlinger på privathospitalerne decentralt på de enkelte hospitalsafdelinger, betyder dette altså, at de vil opleve det som en urimelig udgift, når patienter visiteres til udredning eller behandling på privathospitalerne.

Decentralt budgetansvar giver uheldige incitament

Ovenstående skyldes, at man med decentral økonomistyring vil opleve det som en reduktion af egne midler til fx løn på egne afdelinger, når man sender patienter til privathospitalerne. Dette gælder også, selvom visiteringen af patienter til privathospitalerne ud fra et samlet billede er et omkostningseffektivt supplement til det offentlige sygehusvæsen.

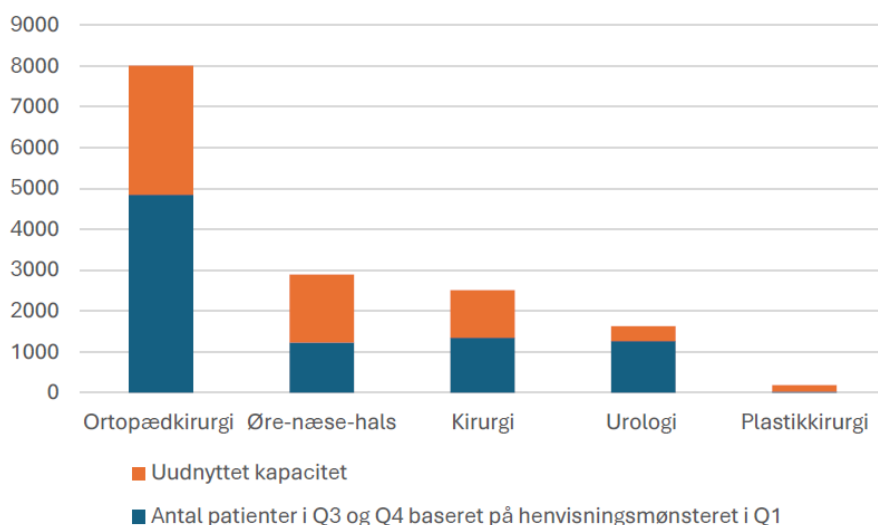
Den decentrale økonomistyring giver derfor de enkelte hospitalsafdelinger en uheldig incitamentsstruktur. De enkelte hospitalsafdelinger har nemlig ikke incitament til at visitere patienterne til det hospital, hvor der er den korteste ventetid. Dette opleves i dag hos privathospitalerne, da man har stor uudnyttet kapacitet på tværs af en række specialer samt korte ventetider og samtidig oplever et markant fald i antallet af henvisninger fra regionerne.

Sundhed Danmark har i foråret 2024 foretaget en medlemsundersøgelse, som viser, hvor meget de private sundhedsvirksomheder kan øge deres kapacitet med i Q3 og Q4 2024 (hvor der ikke skal ansætte mere personale for at kunne tage imod flere patienter).²⁷ Medlemsundersøgelsen viser grundlæggende, at der er stort potentiale for større brug af den private kapacitet.

²⁶ Det kan fx være en offentlig patient, der venter på en operation, der er underlagt en regionsfunktion eller en ASA-III patient.

²⁷ Besvarelsen er baseret på 8 af Sundhed Danmarks medlemmer (75,2 % af samtlige procedurekoder i 2022 for offentligt henviste patienter, blev udført hos disse medlemmer). Den uudnyttede kapacitet på privathospitalerne er illustreret i figur 3 nedenfor, fordelt på de fem specialer.

Figur 3. Uudnyttet kapacitet på privathospitalerne fordelt på specialer



Det decentrale budgetansvar kan for hospitalsafdelingerne skabe et skævt billede af, hvad ydelserne gennem det udvidede frie sygehusvalg eller udbudsaftaler koster det offentlige sundhedsvæsen, og derved forhindre optimal udnyttelse af den samlede kapacitet til gavn for patienterne.

Privathospitalerne²⁸ leverede i 2023 ydelser for 1,7 mia. kr. til det offentlige ud af et samlet budget til somatiske og psykiatriske hospitaler på 104 mia. kr., hvilket svarer til 1,6 % af de samlede udgifter. Til gengæld leverede privathospitalerne 3,3 % af den samlede produktionsværdi, hvilket svarer til 2,6 mia. kr., herunder mere end 5 % af den samlede produktionsværdi inden for kirurgien. Den leverede produktionsværdi oversteg altså udgifterne til privathospitalerne med omkring 45 %²⁹. På nogle områder, får samfundet altså mere sundhed for pengene, når patienter behandles på et privathospital.

At privathospitalerne leverer meget sundhed for pengene underbygges yderligere ved en rapport fra VIVE, der blandt andet belyser effekterne ved brug af udbud i regionerne. Her beskrives der følgende: ”*Der er indikation på, at regionerne kan opnå betragtelige besparelser ved udbud. Udbudstaksterne ligger generelt på et niveau fra 40-80 % af DUF-taksterne. Samlet set synes de resulterende besparelser ved udbudstaksterne at være større end meromkostningerne til udbud, hvorved udbud af sundhedsydelser som middel til at sikre overholdelse af det udvidede frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning understøtter en omkostningseffektiv udnyttelse af regionernes ressourcer, hvor der er tale om et vist antal patienter*”³⁰.

²⁸ Fratrullet §79 stk. 2-hospitalerne.

²⁹ I henhold til Sundhedsstrukturkommissionens rapport udgør privathospitalerne 3,3 % af den samlede produktionsværdi i sygehusvæsenet (2,64/3,3) *100= 80 mia. kr. De samlede udgifter til sygehusvæsenet er ca. 115 mia. kr. (udgift/produktionsværdi: 112,57/77,57-113,27/78,27=144,7 %-145,1 %)

³⁰ VIVE, 2018, Den statslige styring af det regionale sundhedsområde, s. 127.

Figur 4. DUF og Udbudsaftaler – Samarbejde mellem det offentlige og private

DUF	Udbudsaftaler
<p>Som patient har du ret til at benytte udvidet frit sygehusvalg, hvis ventetiden i det offentlige er for lang.</p> <p>DUF-aftalerne forhandles hvert andet år.</p> <p>Sundhed Danmark er sammen med Danske Regioner forhandlingspart, og DUF-aftalerne kan ses på sundhed.dk Aftaleside for privathospitaler - sundhed.dk</p>	<p>Et samarbejde med privathospitaler omfatter bl.a. lokale aftaler som udbudsaftaler.</p> <p>Udbudsaftaler indgås når en region i en periode (kortere eller længere), har brug for at udvide sin kapacitet inden for sundhedsydelser. Det kan fx være ortopædkirurgi eller MR-scanning.</p>

Det kan i øvrigt fremhæves at Region Midtjylland i en aktindsigtsanmodning fra Dansk Erhverv skriver, at de gennemsnitligt afregner privathospitalerne med 63% af DRG-taksten på tværs af Det Udvidede Frie Sygehusvalg og udbud. Når man fratrækker 8 pct. point til moms og lønsumsafgift fra de 63%, som Region Midtjylland selv angiver, ender privathospitalerne gennemsnitligt på 55% af DRG-taksten. Altså er privathospitalerne et omkostningseffektivt supplement til det offentlige sundhedsvæsen.

Sundhed Danmark vurderer, at aktivitetsfinansiering vil kunne bidrage til en øget produktivitet, da finansieringen blandt andet tilskynder til brug af kapacitet, idet de private sundhedsvirksomheder på tværs af Det Udvidede Frie Sygehusvalg og udbud leverer meget sundhed for pengene.

I første afsnit beskrives aktivitetsfinansiering i sundhedsvæsenet og de positive effekter ved dette – blandt andet en styrket brug af den samlede kapacitet på tværs af den offentlige og private sektor. Såfremt det decentrale budgetansvar erstattes med aktivitetsfinansiering, vil de ovenstående problematikker kunne afhjælpes.

Hvis man ikke ønsker at genindføre aktivitetsfinansiering, så er et alternativ, at man indfører en centralt placeret pulje, hvor midlerne til finansiering af behandlinger på privathospitaler placeres. Økonomien er ofte hovedårsagen til, at regionerne ikke henviser flere patienter til behandling i privat regi, som beskrevet ovenfor. Til trods for, at dette ikke nødvendigvis er det mest hensigtsmæssige i forhold til at få behandlet flest mulige patienter på den mest samfundsøkonomiske måde. Derfor bør man oprette en statslig pulje, hvor regionerne kan få refunderet dele af deres udgifter til behandling af ventende patienter på privathospitalerne. Dette er en løsning vi i forvejen kender, da man under COVID-19 havde en lignende pulje.

Ved at fjerne finansieringen af privathospitalerne fra Regionerne og placere midlerne i en statslig pulje, får man fjernet den uheldige sammenblanding af behandler og betaler – der gør, at Regionerne ikke får behandlet flest mulige patienter for de færreste mulige midler – de vil med andre ord ikke længere

have incitament til at holde patienterne i egne rækker, og patienterne vil derved blive tilbudt behandling hurtigere.

Bidrager privathospitaler til sårbarhed i det offentlige sundhedsvæsen?

Ifølge Sundhed Danmark bør nye økonomiske incitamenter bidrage til en øget brug af privat kapacitet på de områder, hvor private sundhedsvirksomheder har uudnyttet kapacitet og hvor ventetiderne er lange.

I sin afrapportering beskriver Sundhedsstrukturkommissionen en bekymring vedrørende sårbarhed i sundhedsvæsenet ved en for stor brug af privat kapacitet. Sundhedsstrukturkommissionen skriver følgende: *”Selvom de offentlige udgifter til private sygehuse samlet set udgør en lille andel af de samlede sygehusudgifter, kan privat aktivitet fylde forholdsvis meget indenfor visse specialer, fx indenfor det ortopædiske område. Sundhedsstrukturkommissionen lægger vægt på, at de sygehusansvarlige myndigheder er opmærksomme på, at brug af privat kapacitet ikke må medføre en sårbarhed for det offentlige sundhedsvæsen på områder, fx ortopædkirurgi, hvor private sygehuse står for en forholdsvis stor del af den offentligt finansierede aktivitet”³¹.*

I Sundhed Danmark er der opmærksomhed omkring, at en stor varetagelse af aktiviteten indenfor visse specialer bør medfølges af en uddannelsesforpligtelse for privathospitalerne, så sundhedsvæsenet robustgøres og man forhindrer sårbarhed.

Private sundhedsvirksomheder ønsker større uddannelsesansvar

Privathospitalerne bidrager allerede til uddannelsen af fremtidens sundhedspersonale, men tager gerne et mere forpligtende ansvar.

Lige nu eksisterer der dog ikke de optimale betingelser, hvis man ønsker, at det private skal tage et medansvar for uddannelsen af fremtidens læger. Uddannelsesoptionerne kan i dag blive defineret i de enkelte regioners udbudsmateriale, hvor de private sundhedsvirksomheder indbyrdes konkurrerer med hinanden om at vinde opgaven på pris og kvalitet. På nogle områder kan dette give god mening. Men de private sundhedsvirksomheder, skal ikke tjene penge på at uddanne fremtidens sundhedspersonale. De skal kompenseres for de meromkostninger, som uddannelsen påfører dem på lige vilkår med de offentlige hospitaler, derfor er der behov for, at uddannelsesoptionerne bliver defineret i centrale aftaler mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark. Det ville betyde, at konkurrencen mellem de private sundhedsvirksomheder vil være baseret på netop uddannelsesopgaven og kvaliteten af uddannelsesforløbene.

³¹ Kapitel 13 i hovedrapporten.

Under Covid-19 oplevede man blandt andet, hvordan midlertidige uddannelsessamarbejder, opstod mellem det offentlige og private, idet meget elektiv kirurgisk behandling i det offentlige blev aflyst og rykket til privathospitalerne. Det åbnede op for gunstige samarbejder, hvor erfarne speciallæger der både arbejdede i det offentlige og private tog uddannelseslægerne under deres vinger i en kaotisk tid. Erfaringer som disse viser, at der er en vilje og en kapacitet til, at tage et større uddannelsesansvar hos de private sundhedsvirksomheder.

Private aktører og uddannelse:

Sundhed Danmark medlemsundersøgelse fra 2022 viser, at de private sundhedsvirksomheder har stor interesse i at facilitere uddannelses- og praktikforløb på en række områder. For eksempel ønsker 78% at tilbyde fokuserede ophold for speciallæger. Der er f.eks. stor interesse i at tilbyde fokuserede ophold for følgende specialer: Ortopædkirurgi, øre-næse-hals, rykirurgi og psykiatri.

Kilde: Sundhed Danmark, Branchestatistik, 2022.

Der er altså både vilje hos de private sundhedsvirksomheder og fordele for uddannelseslægerne, hvis man lader privathospitalerne tage et større medansvar for uddannelsen af fremtidens speciallæger. Det er dog afgørende, at de bliver kompenseret for de økonomiske udgifter – på samme måde, som de offentlige afdelinger også bliver økonomisk kompenseret i forbindelse med uddannelse, hvis det skal kunne lykkes at indfri de positive gevinster.

Interne siloer og konservative behandlingsforløb

Sundhedsstrukturkommissionen har et spændende og gennemgående fokus på silotænkning mellem forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Desværre er der ikke lige så meget fokus på den silotænkning, der eksisterer internt i sektorerne. Derfor mener vi i Sundhed Danmark, at det er nødvendigt, at man i forbindelse med en ny sundhedsstruktur også får reformeret de interne strukturer for at sikre mest mulig sundhed for pengene.

Det er særligt problematisk, når interne strukturer forhindrer den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet, som Sundhedsstrukturkommissionen finder nødvendig. I en fremtid hvor vi får flere ældre og patienter med kroniske lidelser, er det nødvendigt, at der sker en omstilling af sundhedsvæsenet, der sikrer et strukturelt fokus på forebyggelse af ressourcekrævende og invaliderende lidelser.

Aftaler kan optimeres

I de eksisterende aftaler mellem regionerne og de private sundhedsvirksomheder, mangler der yderligere muligheder for, at den private sundhedsvirksomhed kan vælge at levere et konservativt behandlingsforløb – f.eks. superviseret træning fremfor operation. På nuværende tidspunkt, skal den private sundhedsvirksomhed enten udføre den operation, som patienten er henvist til, eller tilbagehenvise patienten, så patienten kan blive henvist en anden leverandør, f.eks. en fysioterapeut. Dette til trods for, at der i de Nationale Kliniske Retningslinjer for flere specialer i stigende grad anbefales

konservative behandlingstiltag. De private er i dag ifølge aftalerne forpligtet til at henvise videre til aktører, der kan udføre konservative behandlingsforløb, men det kunne være mere optimalt, hvis patienterne kunne fortsætte hos samme aktør i stedet for at skulle igennem forløbet hos en anden aktør.

Hvis der derimod var mulighed for, at den private sundhedsvirksomhed selv kunne tilbyde et konservativt behandlingsforløb – enten direkte eller gennem en underleverandøraftale, vil incitamentet til konservative forløb blive styrket. Udfordringen er, at operationerne og udredninger finansieres af én kasse – mens superviserede træningsforløb finansieres af en anden kasse, hvorved denne rationelt fornuftige kobling ikke umiddelbart er mulig til trods for, at det både vil kunne være besparende og potentielt bedre for nogle patienter.

Ovenstående eksempel viser hvordan nuværende interne strukturer desværre forhindrer den nødvendige omstilling og fremtidssikring af sundhedsvæsenet. Derfor bør man ifølge Sundhed Danmark forbedre mulighederne for, at private sundhedsvirksomheder også kan tilbyde konservative behandlingsforløb, som f.eks. superviseret træning, uden det skal være afhængigt af om pengene kommer fra den ene eller anden kasse – dette kunne f.eks. løses, hvis aktivitetsmidlerne fra flere forskellige områder, blev samlet i én kasse, der både indeholder midler til forebyggelse, behandling og rehabilitering, der ved vil de interne barrierer blive nedbrudt samtidig med, at konkurrencen mellem offentlige og private aktører skærpes til gavn for patienterne.

Opsummering

Sundhed Danmark anbefaler, at man uanset hvilken forvaltningsmodel, der gennemføres, samtidig indfører økonomiske incitamenter, der sikrer, at danskerne får mest mulig sundhed for pengene.

Derfor anbefaler vi konkret følgende:

- **En afvikling af det decentrale budgetansvar, der desværre forhindrer hensigtsmæssig brug af den uudnyttet privat kapacitet. Aktuelt bidrager det decentrale budgetansvar til, at patienterne ikke henvises til det behandlingstilbud med den korteste ventetid.**
- **En genindførelse af produktivitetsmålninger og aktivitetsfinansiering, der underbygger en effektiv brug af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Internationale erfaringer viser, at ventetidsgarantier kombineret med aktivitetsfinansiering sikrer den mest effektive brug af sundhedsressourcerne.**
- **En afskaffelse af interne siloer, der forhindrer en omstilling af sundhedsvæsenet til en fremtid med mere fokus på forebyggende behandling.**

Afslutning

Afslutningsvis vil vi i Sundhed Danmark gerne takke for muligheden for at kunne afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

De private sundhedsvirksomheder er i dag en etableret del af sundhedsvæsenet. Både gennem behandling af de mange danskere med sundhedsforsikring, hvilket potentielt er ressourcebesparende for de offentlige sygehuse, ligesom de private sundhedsvirksomheder hvert år hjælper mange offentligt henviste patienter, når ventetiden er for lang i det offentlige.

Af den årsag bør private sundhedsvirksomheder også spille en central rolle i løsningen af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor vedrørende ulighed, manglende sammenhæng og fremtidssikring af sundhedsvæsenet til en fremtid, hvor flere borgere får behov for behandling i sundhedsvæsenet.

Skal vi lykkes med at fremtidssikre sundhedsvæsenet, er der behov for en reform. Denne reform skal sikre patienterne mere sammenhæng og styrke ligheden i sundhed. Den skal derfor også styrke patienternes rettigheder. Desuden skal reformen skabe økonomiske incitament i sundhedsvæsenet, der sikrer, at borgerne får mest mulig sundhed for pengene, og den mest hensigtsmæssige brug af midlerne internt og mellem sektorerne.

Kommissionen peger på tre forskellige modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. I Sundhed Danmark mener vi, at der er positive elementer i flere af modellerne. Men for de private sundhedsvirksomheder er det afgørende ikke, hvorvidt det bliver den 1., 2. eller 3. model, der bliver vedtaget. Det vigtigste er, at modellerne bliver etableret på et stærkt fundament af patientrettigheder – og kassetækningen mellem og i særdeleshed internt i sektorerne bliver nedbrudt.

Derfor har vi i vores hørings svar fokuseret på to af de tværgående anbefalinger, som vi mener er af væsentligste karakter for den private sundhedsbranche og for patienterne. Derudover har vi også valgt at fokusere på to andre fokusområder, patienternes rettigheder og økonomiske incitament i sundhedsvæsenet, som vi mener kan implementeres – uagtet hvilken forvaltningsmodel, som der bliver et politisk flertal for.

Nedenfor ses en opsummering af vores væsentligste bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Vi foreslår følgende:

- At private aktører involveres i udviklingen, implementeringen og driften af en ny strategi for arbejdet med digitalisering og data.
- At man sikrer fælles adgang til digitale systemer på tværs af den offentlige og private sektor.
- At man samler lovgivningen på det psykiatriske område.
- At man lader private aktører drive konkrete psykiatriske tilbud for kommuner og regioner, så man sikrer en effektiv brug af den samlede kapacitet på tværs af sektorer.

- Af man indfører patientrettigheder i speciallægepraksis, så patienterne sikres de samme rettigheder i speciallægepraksis, som de har på sygehusene.
- At der indføres en kombineret ret til udredning og behandling i sundhedsvæsenet, så patienterne får ret til at vælge behandling hos samme behandlingssted, der har udredt dem, hvis de ønsker dette.
- En afvikling af det decentrale budgetansvar, der desværre forhindrer hensigtsmæssig brug af den uudnyttede privat kapacitet. Aktuelt bidrager det decentrale budgetansvar til, at patienterne ikke henvises til det behandlingstilbud med den korteste ventetid.
- En genindførelse af produktivitetsmålning og aktivitetsfinansiering, der underbygger en effektiv brug af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Internationale erfaringer viser, at ventetidsgarantier kombineret med aktivitetsfinansiering sikrer den mest effektive brug af sundhedsressourcerne.
- En afskaffelse af interne siloer, der forhindrer en omstilling af sundhedsvæsenet til en fremtid med mere fokus på forebyggende behandling.

Samlet set vurderer Sundhed Danmark, at ovenstående forslag, hvis de implementeres, bidrager til et sundhedsvæsen, der kan være med til at løse de udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen skitserer vedrørende ulighed, manglende sammenhæng og et sundhedsvæsen, der i fremtiden skal behandle stadig flere borgere.



4. JULI 2024

SUNDHED.DK'S HØRINGSSVAR TIL SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONENS RAPPORT

Indledning

Sundhed.dk ønsker hermed at afgive høringssvar til sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Sundhed.dk sender høringssvaret med forbehold for politisk behandling i sundhed.dk's bestyrelse.

Sundhed.dk's høringssvar koncentrerer sig alene om rapportens kapitel 10: 'Ny organisering af digitalisering og data'.

Sundhed.dk spiller i dag en væsentlig rolle i det danske sundheds-it-landskab, som det eneste sted, hvor alle borgere har adgang til egne sundhedsdata, og hvor de sundhedsfaglige har adgang til patientdata – på tværs af sektorielle og geografiske grænser.

Sundhed.dk fremviser data fra 170 datakilder, har et årligt besøgstal, der har passeret de 60 millioner og anvendes 3 millioner gange om året af sundhedsfaglige på hospitaler og i lægepraksisser til opslag i sundhedsjournalen. Også blandt de sundhedsfaglige i kommunerne er kendskabet til og brugen af sundhed.dk stigende. Sundhed.dk fungerer dermed i dag *de facto* som national EPJ-løsning for sundhedsfaglige. Den borgerrettede og nationalt dækkende MinSundhed-app – der hører med i sundhed.dk's univers – er desuden downloaded mere end 6 millioner gange.

De betydelige anvendelsestal kombineret med en kendskabsgrad på hele 96 pct. blandt den danske befolkning giver sundhed.dk anledning til – som indledning på nærværende høringssvar – at understrege, at der er god fornuft i at basere de videre ambitioner om øget adgang til sundhedsdata og bedre sammenhæng i it-landskabet på de investeringer, der allerede er lagt i sundhed.dk's løsningsunivers, der gennem sine 20 leveår er blevet udviklet og udbygget med afsæt i fællesoffentlige sundheds-it-strategier og beslutninger.

Fælles strategi og planlægningskompetence

Sundhed.dk vil med afsæt i indledningen give sin opbakning til forslagene om, at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet, samt at denne understøttes af en gennemslagskraftig national planlægningskompetence.



En fælles strategi giver fælles pejlemærker og målbilleder, der blandt andet kan sikre stringente kanalstrategisk valg og skabe de bedste forudsætninger for, at prioriteringer og investeringer inden for sundheds-it giver mest mulig værdi for såvel borgere som sundhedsfaglige.

En bemyndiget planlægningskompetence, der er forankret hos parterne i sundhedsvæsenet uanset valg af fremtidig forvaltningsmodel, kan sikre eksekvering og fremdrift – herunder stå for at foretage de løbende vurderinger af, om nye løsninger og infrastrukturkomponenter, skal udvikles og driftes lokalt eller i fælles regi.

En fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data

Der kan i sundhed.dk's optik være positive perspektiver i at samorganisere udvalgte dele af sundhedsvæsenets digitaliseringsindsatser – jf. forslag om at etablere Digitalt Sundhed Danmark. Først og fremmest vil en fælles organisation være et godt afsæt for at understøtte efterlevelse af en fælles strategi. Som der også lægges op til i rapporten, så behøver en fælles organisation ikke at betyde en fysisk samlokalisering, men et fælles ledelseslag. Implementeringsomkostningerne – herunder tab af medarbejdere og produktivitet i transitionsfasen – kan forventeligt begrænses, hvis man vælger at bibeholde eksisterende lokationer og organisatoriske enheder.

Sundhed.dk har tre opmærksomhedspunkter i relation til etablering af Digitalt Sundhed Danmark.

1. En organisation, der når ud til brugerne

Med en stor og centraliseret organisation kan der være en risiko for, at opgaveløsningen kommer for langt fra slutbrugerne – både de sundhedsfaglige brugere og borgerne. Det er et opmærksomhedspunkt, som kommissionen også selv rejser.

Det vil være sundhed.dk's anbefaling, at man i overvejelserne om fremtidig organisationsstruktur holder sig denne risiko for øje. Under alle omstændigheder vil det være afgørende, at man sikrer, at Digitalt Sundhed Danmark bliver etableret med en stærk kompetence til at være responsiv i forhold til brugernes behov samt med en tilsvarende stærk implementeringskompetence, der skal sikre, at nye sundheds-it-services faktisk kommer i anvendelse, dér hvor de skal gøre gavn.

Sundhed.dk har mange års erfaring med at praktisere brugerinddragelse og invitere fremtidige brugere ind i udviklingen af nye løsninger, og arbejder i øvrigt vedvarende på at styrke brugerorienteringen.

Derimod er det sundhed.dk's observation, at en begrænset prioritering af implementeringsindsatsen – på tværs af sektoren – er blandt årsagerne til, at mange veltænkte løsninger anvendes for lidt, hvilket kalder på et større opmærksomhed på implementeringsarbejdet i et kommende Digitalt Sundhed Danmark.



I den sammenhæng er det også værd at fremhæve vigtigheden af at kunne prioritere kommunikations- og kampagneindsatser. Gennem målrettede indsatser, der retter sig mod både specifikke brugergrupper og bredden, er det efter sundhed.dk's erfaring muligt at påvirke kendskab, udbredelse, anvendelse, tryghed og omdømme. Målrettede kommunikations- og kampagneindsatser er blandt baggrundene for det høje kendskabsniveau på 96 pct., som sundhed.dk har i dag, og det er en indsats, der også i et samlet Digitalt Sundhed Danmark bør have høj prioritet.

2. En organisation, der kan tiltrække den nødvendige arbejdskraft

Sundhed.dk er ad flere omgange de seneste år lykkedes med at opskalere it-produktionskapaciteten samtidigt med, at der er foretaget et skift i sourcing-snittet, så organisationen er gået fra at have 80 pct. eksterne it-udviklingsressourcer og 20 pct. interne til nu at have 80 pct. interne og 20 procent eksterne. Ændringen i sourcing-snittet har haft mærkbar positiv indvirkning på forankringen af ejerskabet til løsninger og infrastruktur i sundhed.dk, og har også betydet, at budgettet har rakt til flere effektive udviklertimer. Et nyt samlet Digitalt Sundhed Danmark vil skulle finde et hensigtsmæssigt sourcing-snit, der matcher organisationens samlede opgaveportefølje.

Det er i den sammenhæng sundhed.dk's erfaring, at man har mest held med at rekruttere og fastholde medarbejdere på det konkurrencetunge arbejdsmarked for it-profiler ved at have en produktion, der er baseret på en stærk intern forankring, ligesom det er vigtigt at vælge en organisationsform, der imødekommer it-medarbejdernes ønsker til en attraktiv arbejdsplads. I meget store organisationer kan der konkret være en risiko for, at funktionerne bliver for specialiserede, og at it-udviklingsarbejdet og forretningsudviklingsarbejdet kommer så langt fra hinanden, at *purpose* – som alt peger på er en afgørende værdi for denne og kommende generationer af it-medarbejdere – bliver for uskarpt. I sundhed.dk er der succes – også på trivselsbundlinjen – med at samorganisere it- og forretningsudvikling i selv bærende teams med et stærkt løsningsejerskab.

3. En organisation med balance i budgettet

Kommissionen peger i sin rapport på behovet for flerårig stabilitet i budgetlægningen, for formålsopdeling af budgettet og for en hensigtsmæssig fordeling mellem drift og udvikling.

Sundhed.dk kan tilslutte sig disse betragtninger og supplere med en bemærkning om, at det tilsvarende er væsentligt at sikre en balance mellem udviklings- og *vedligeholdelses*budgettet. En it-producerende organisation har behov for et robust budget til varetagelse af vedligeholdelse for at modvirke opbygning af uforholdsmæssig stor teknisk gæld og som værn mod den accelererende cybersikkerhedstrussel.

Sundhed.dk står på grund af en stor ophobning af teknisk gæld i dag over for en betydelig moderniseringsopgave, som ville have været mindre omkostningsfuld, hvis det havde været muligt at prioritere en løbende, passende vedligeholdelsesindsats.



Afslutning

Sundhed.dk ser frem til at følge og bidrage til den videre realisering af ambitionerne inden for digitalisering og sundheds-it og står naturligvis til rådighed for uddybning af ovenstående.

Det kan afslutningsvist bemærkes, at sundhed.dk ikke fremgår af høringslisten. Det antages at være en fejl, eftersom sundhed.dk er direkte berørt af konkrete forslag i sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Kommissorium for sundhedsstrukturkommissionen: Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen

Kommentarer til kommissorium for sundhedsstrukturkommissionen fra TR-kollegiet og klubbestyrelsen for Sundhedsadministrativt personale på OUH.

Det er med nysgerrighed og interesse, at vi har læst sammenfatningen af sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi ser, under mange af de noterede punkter, at sundhedsadministration kan gøre en forskel og bidrage til processen og arbejdsgangene til at opnå de ønskede forbedringer.

Vi ser frem til at være en del af den fremadrettet proces og de nye opdelinger og arbejdsgange for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Vi har kigget ind i de seks anbefalinger, som der er kommet frem, og vil herunder komme med kommentarer samt uddybe, hvor vores viden og erfaring kan bidrage.

- Kapacitet og kompetencer i det **primære sundhedsvæsen** skal udbygges

En optimering og større forventninger til det primære sundhedsvæsen vil kunne bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen. Her ses at der kan sikres bedre patientforløb ved overgangene i sundhedsvæsenet, som de sundhedsadministrative medarbejdere kan være med til at understøtte, både i det kommunale og regionale samt ved andre samarbejdsparter.

Vi har en oplevelse af, at sundhedsadministration er set som en underordnet opgave, men den er gennem årene vokset og opgaven er ikke længere blot en skivefunktion, men består af koordinering, rådgivning, vejledning og korrekt dokumentation samt kodning og registrering.
- Ny fælles/centraliseret organisering af arbejdet med **digitalisering og data**

Vi ser at der er et stort potentiale, inden for digitalisering og data, for forbedringer. Der er mange velkvalificerede sundhedsadministrative medarbejdere i regionen som kunne byde ind på opgaver i den nye organisering, da de har kendskab til optimale arbejdsgange, oplysninger der er behov for samt har kompetencer inden for koordinering.

Med én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, vil der for alle være de samme rammer der arbejdes inden for og dermed nemt at benytte som et stærkt redskab til at opretholde målsætning og få belyst behov.

Der er mange systemer der ikke arbejder optimalt sammen. Systemerne virker til at være købt for billigt, hvor der enten tilkøbes ydelser hen ad vejen eller hvor man ikke kan udnytte systemerne til fulde, hvorved der bliver uhensigtsmæssige og tunge arbejdsgange. Meget kunne laves nemmere, hurtigere, bedre samt langt mere brugervenligt for sundhedsmedarbejdere, patienter og borgere.

Der mangler automatisering, når der bliver tastet oplysninger ind fx sideangivelse på henvisning som kan overgå til forundersøgelse og der fra til operation.

Alt skal ikke være det samme, uanset afdeling og køn fx sidste menstruation har intet med bl.a. lungeundersøgelse eller mænd af gøre.

Uhensigtsmæssige arbejdsgange, der mangler genvejstaster eller blot genveje – og nej F2 fulgt op af at bruge musen til klik er ikke genvej. Systemer på tværs kan ikke se oplysninger samme sted, hvorfor der skal noteres dobbelt fx røntgenhenvisninger skal det samme noteres flere steder, da det ikke kan læses i modtagende system, hvis det er for langt eller det samstemmer ikke med overskift for notatboksene.

Der bruges mange ressourcer i det regionale på at udveksle oplysninger på tværs. Dette kan både være ud fra den manglende automatiske deling af oplysninger, indhentning af oplysninger fra flere forskellige områder i forbindelse med samme behandling eller uvidenhed/manglende interesse for at indhente oplysninger på anden måde.

Vi oplever yderst sjældent, der rekvireres oplysninger, der ikke skal bruges, men der bruges uhensigtsmæssig mange ressourcer på at dele journaloplysninger med eksterne parter som politi, forsikring, speciallæger, privat sygehuse ved behandlingsgaranti ect.

Hvis de sundhedsadministrative medarbejder blev brugt til udvikling, opbygning og arbejdet omkring digitalisering og data, kunne der gøres en optimering inden for dette område.

- Tilpasset **fordeling af ressourcer** i sundhedsvæsenet og bedre gensidig understøttelse

Her ser vi, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af resourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet, hvilket vi umiddelbart ikke har nogen kommentarer til men blot interesseret nysgerrighed for at se udfaldet af.

Dog ser vi også, at der internt på sygehusene skal ses om fordelingen er optimal. Vi oplever år på år, at det er de samme afdelinger der er økonomisk udfordret og skal spare. Da mange af de udgifter der er i en afdeling i dag, ikke kan nedjusteres er det som oftest personalebesparelser der skal ses ind i. Dette gør arbejdet i disse afdelinger hårdt, hvorved det bliver svært at fastholde og rekrutterer.

- **Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser –somatikken og psykiatrien skal samles**
Vi har ingen kommentarer hertil, vi ser at det tilkommer de ansatte og direktionen ved psykiatrien i Region Syddanmark at komme med bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger af ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.
- **Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger, især geografisk**
Vi er nysgerrige på, hvad der udkommer af Sundhedsstrukturkommissionen anbefalinger, hvordan de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægerressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.
Vi håber på klare rammer og forventninger, både for hvem og hvornår der henvises til speciallæger samt behandlingsvurdering og –niveau.
- **Reformsekretariat, der følger og understøtter implementeringen af det, politikerne beslutter**
Med så stor en ændring som denne reform lægger op til, kan vi kun se, at det er vigtigt at have fokus på processen og implementeringen samt evaluering. Dette så der kan rettes til løbende, hvis der ikke er den forventet effekt eller hvor der er ændringer, som ikke virker hensigtsmæssigt i realiteten. Dermed kan der komme den forventede effektivisering og optimale patientbehandling, som der ønskes og understøtter de ønskede forbedringer af brugen af ressourcer, både økonomiske og personalemæssige.

Helt overordnet ser vi, at de sundhedsadministrative kan bidrage med meget mere end de gør for nuværende, både ud fra de kompetencer de besidder samt ud fra ønsket om, at tingene gøres korrekt første gang. De sundhedsadministration er en integreret del af fremtidens sundhedsvæsen.

Sundhedsadministrativt uddannede er kernemedarbejdere, de er bedst til at løse administrative opgaver, hvor vi har andet personale der kan yde langt mere med deres sundhedsfaglighed.

Vi ser, at der er rigtig meget koordinering af patientforløb, både internt og eksternt under de forskellige sundhedsområder. Her har vi en medarbejdergruppen, som kan formidle og koordinere på mest optimale måde for patienter, borgere, pårørende, kollegaer og samarbejdspartner samt guide dem igennem behandlingssystemet.

Vi håber med ovenstående at have kunnet bidrage til stillingtagen til den videre proces.

På vegne af

TR-kollegiet og klubbestyrelsen for sundhedsadministrativt personale OUH

Tillidsmandscentret for sundhedsadministrativt personale på OUH v.

Heidi Skaaning

Katrine Bidstrup

+45 2118 2169

+45 5164 8015

OUH.FTR.HK.sekr@rsyd.dk

Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen tæt på borgeren

Sundhedsdirektørkredsen i Syddanmark takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forvaltningsmodeller.

Sundhedsdirektørkredsen anerkender Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde med udarbejdelsen af anbefalinger og forslag til modeller, der skal styrke et sammenhængende og nært sundhedsvæsen. Kredsen af sundhedsdirektører har drøftet Sundhedsstrukturkommissionens rapport og har samlet følgende betragtninger:

Indledningsvis ønsker vi at anerkende de betydelige udfordringer, som er baggrunden for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Vi arbejder dagligt med udfordringerne knyttet til demografi, stigende behov for pleje og behandling i sundhedsvæsenet og mangel på rekruttering og fastholdelse af medarbejdere. Rekruttering og tilknytning er en højt prioriteret opgave hos kommunerne, som vi til dagligt arbejder intensivt med i sammenhæng med andre kommunens ansvarsområder som skoler og jobcentre. Her er det nære og målrettede arbejde stærkest i kommunerne. Vi ønsker at deltage aktivt i denne opgaveløsning for en fremtidig fælles retning mod en velfungerende sundhedsstruktur.

Kommunerne er en del af det samlede sundhedsvæsen, men vi er en endnu større del af borgerens sammenhængende hverdag, og det er vigtigt for borgerne, at vi forbliver det. Borgerens sundhed og sygdom skal ses i sammenhæng med borgerens øvrige liv. Et liv hvor kommunen vil være den tætteste offentlige myndighed og have ansvaret for mange andre områder, der påvirker borgerens liv. Vi mener ikke, det vil skabe mere nærhed eller sammenhæng for borgeren, at udskille sundheds- og omsorgsopgaverne fra kommuner og placere dem i større, mere centrale forvaltningsenheder.

Vi bakker grundlæggende op om de tværgående modelafhængige anbefalinger. Vi anerkender nødvendigheden i udviklingen af det nære og stærke sundhedsvæsen og vurderer at videreudviklingen af de tværgående anbefalinger kan være til gavn for vores fælles borgere. Anbefalingerne indeholder gode og relevante forudsætninger for et dygtigt fremtidigt sundhedsvæsen.

Denne ovenstående enighed og anerkendelse bliver dog udfordret af kommissionens forslag til forvaltningsmodeller. Vi ønsker først og fremmest et nært sundhedsvæsen, og vi ønsker at opretholde den demokratiske legitimitet, som det nære sundhedsvæsen i kommunerne understøtter. Vi ønsker et sundhedsvæsen, hvor borgere fra alle dele af regionen oplever et sundhedsvæsen for de mange fremfor de få. Dermed forholder vi os skeptiske overfor alle tre forvaltningsmodeller i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi er især kritiske overfor kommissionens to første modeller, som vi vil uddybe i de kommende afsnit.

En udhuling af den demokratiske legitimitet

Én af de store bekymringer, som vi deler, er bekymringen om en potentiel udhuling af den demokratiske legitimitet. Fra kommunernes perspektiv sætter vi en ære i et lokaldemokrati tæt på vores borgere. I kommuner har borgerne kort afstand til de lokale beslutningstagere, og det ser vi som en vigtig komponent i det nære sundhedsvæsen. Vi ser derfor en markant ulempe ved kommissionens to første modeller,

hvor der er risiko for, at det nære sundhedsvæsen flyttes længere væk fra borgerne, og dermed risiko for at udhule den nære demokratiske debat og legitimitet.

Især i kommissionens model 2, ser vi en direkte fratagelse af den demokratiske kontrol, og dette mener vi er dybt kritisabelt og uønsket. Derfor ønsker vi også at minde regeringen om,

hvilke effekter der er ønskværdige, og hvilke der ikke er. En underminering af det lokale demokrati vil være en særdeles uønsket effekt af kommissionens to første modeller. I stedet skal fokus være på en forvaltningsmodel, der kan omfavne det nære demokrati og den korte afstand til beslutningstagerne. Vi ønsker, at borgernes mulighed for at gøre deres indflydelse gældende lokalt på sundhedsområdet er en prioritet i det fremtidige sundhedsvæsen.

“Intet magisk tal for enhedsstørrelser”

Vi har i kommunerne de sidste 20 år arbejdet på at styrke vores kompetencer med at arbejde med komplekse sygdomsbilleder, og vi oplever, at det nære sundhedsvæsen skaber tryghed hos borgerne. Denne udvikling går tabt, hvis man fjerner store dele af ældre- og sundhedsområdet fra kommunerne. Der er mange eksempler på en centralisering af myndighedsansvar, der samler sundhedstilbuddene omkring sygehusene. Dette kan forårsage, at lokale sundhedstilbud må lukke og flytte længere væk fra borgerne. En centralisering af kommunernes sundheds- og omsorgsopgaver vil øge den geografiske ulighed og kan medvirke til at små, lokale tilbud vil lukke med det formål at samle tilbuddene i større enheder og opnå stordriftsfordele. Uden lokalpolitisk forankring, hvor politikerne skal stå på mål for andet end den økonomiske bundlinje, vil det utvivlsomt resultere i, at tilbuddene samles i store enheder omkring de store byer. En mangel på de nære tilbud vil medføre stigende ulighed i sundhed, som vi i forvejen kæmper med.

Et af vores budskaber er, at der “ikke findes et magisk tal for enhedsstørrelser”. Stort er ikke altid godt. Dog anerkender vi også, at nogle tilbud kan have fordele ved at blive centraliseret, for eksempel de højt specialiserede tilbud. Organisationsstørrelse er derimod afhængig af opgavens karakter. I kommunerne organiserer vi opgaverne forskelligt med øje for den mest optimale opgaveløsning. Det drejer sig både om størrelsen på de enheder, der skal løse opgaven, og det handler også om de aktører, der skal inddrages og aktiveres i indsatser for at komme bedst muligt i mål med opgaven. Nogle gange lægges beslutningerne ud lokalt, og andre gange samarbejder vi med andre kommuner, civilsamfundet, private aktører og civilsamfundet, herunder familie og pårørende.

Derfor efterspørger vi en nuancering af, hvad størrelse gør ved sammenhængskraften i en organisation. Vi læser, at rapporten primært forholder sig til en teoretisk antagelse om, at én samlet organisation skaber sammenhæng på tværs af patientforløb. En teoretisk antagelse, der ofte er set modbevist i store organisationer, hvor afdelinger ikke arbejder sammen, men er mere optagede af at suboptimere deres egne afdelingsbudgetter. At samle flere opgaver under én ny organisation er derfor ingen garanti for sammenhæng i borgerens forløb. Forvaltningsmodellerne tilbyder derfor ikke en reel løsning på sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige problemstillinger. I de syddanske kommuner ønsker vi at bidrage med denne opgaveløsning med kommunale tilbud for de mange, der understøtter den lokale selvbestemmelse.

“Culture eats strategy for breakfast”

Man får lyst til at erstatte “strategy” med “structure” i Peter Druckers meget kendte citat om ledelse, når Sundhedsstrukturkommissionen sætter lighedstegn mellem bæredygtighed og større driftsenheder. Så ensidigt skal det nære sundhedsvæsen ikke betragtes. Vi savner fokus på kulturen i strukturen - en struktur gør ikke samarbejdet alene. Det er nødvendigt at tale om snitflader og overgange - om hvordan vi sikrer en god vej for borgeren fra patient og til borger igen - så borgeren ikke falder mellem to stole. Struktur alene definerer ikke samarbejdskultur

og derfor er det nødvendigt med et tæt, tværsektorielt samarbejde med fokus på at sikre sammenhæng i borgernes forløb mellem sektorerne og insistere på at fokus er på det hele menneske og ikke udelukkende på en sygdom. Den præmis savner vi i kommissionens rapport. Vi skal bygge videre på den gode samarbejdskultur – og arbejde på at styrke den, der hvor den kan blive bedre.

Almen praksis' rolle i det nære sundhedsvæsen

Gennem tiden har kommuner og almen praksis opbygget et godt og tæt samarbejde med den praktiserende læge i rollen som gatekeeper, hvor lægen møder borgerne med tidlige indsatser. Samarbejdet har til tider været udfordret af den nuværende struktur for praktiserende læger, der dels har resulteret i lægemangel i nogle kommuner og dels har gjort det vanskeligt at lave bindende og ensartede aftaler med de praktiserende læger. Vi tillægger derfor den tværgående anbefaling omkring kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud stor værdi i forhold til at skabe lighed for borgerne i et nært sundhedsvæsen. Både almen praksis og kommunerne har den varige kontakt med borgerne, begge parter er en del af det nære sundhedsvæsen og derfor skal samarbejdet fortsat prioriteres.

Vi har de seneste år fået udbygget samarbejdsfladerne mellem almen praksis, kommuner og hospitaler med styrkede sammenhængende forløb for patienten. Vores gode samarbejde, der har resulteret i mange gode samarbejdsaftaler, der dagligt anvendes af sundhedspersonalet i kommunerne og på sygehusene, bygger dels på det årelange tværsektorielle samarbejde i regi af sundhedsaftalerne og dels på det nyligt etablerede sundhedsklyngesamarbejde.

Det forstærkede samarbejde mellem almen praksis og kommunerne ses blandt andet ved, at personale på kommunale akutfunktioner har direkte kontakt til de praktiserende læger. Dette er et godt eksempel på, at det nære sundhedsvæsen gives flere muligheder for at skabe sammenhængende forløb for borgerne.

Sundhed er ikke kun fravær af sygdom

Kommissionen har sat spot på sygdom og behandling, men vi efterlyser det brede fokus på det levede liv. Som kommune er vi der gennem hele borgerens liv, og det vil vi gerne forsætte med at være. Vi har integreret forebyggelse og sundhed ind i mange aspekter af kommunens velfærdsopgaver, fx daginstitutioner, skoler, jobcentre, pleje, byplanlægning, kultur og fritid – og har dermed et generelt fokus på at få sundhed ind som en naturlig del af borgerens hverdag. Det er således vigtigt for borgerne, at kommunerne forbliver en stor del af deres hverdag. Sammenhæng i borgernes hverdag skal støttes op af et velfungerende sundhedsvæsen. Kommunerne kan beskrives som en del af det samlede sundhedsvæsen, men i højere grad repræsenterer kommunerne sammenhængskraften i hverdagen – også på sundhedsområdet.

Kommunerne skaber sammenhæng i hele borgerens liv

I Sundhedsstrukturkommissionens rapport er der meget fokus på sygdoms- og omsorgsdelen af sundhedsbegrebet. Disse dele af sundhedsbegrebet er selvfølgelig centrale og vigtige, men det efterlader et halvt billede af, hvad sundhedsopgaven som helhed indebærer. Sundhed er også forebyggelse og alt det, der sker imellem, man er syg og har brug for pleje.

Hvis man flytter store dele af sundheds- og ældreopgaverne til en mere central enhed, forsvinder fundamentet for at skabe de gode sammenhængende løsninger, hvor kommunernes lokale kendskab til fx belastede boligområder kan komme i spil. Det er blandt andet grobunden for det partnerskab, som KL og BL – Danmarks Almene Boliger har indgået. Et partnerskab for kommuner og boligorganisationer, der skal understøtte den borgernære sundhed. Dette er blot

ét eksempel på partnerskaber, der ikke vil give mening i en struktur med central opgavevaretagelse af sundheds- og ældreområdet.

Hvis centralisering kan resultere i sammenhængende patientforløb – hvilket vi i de syddanske kommuner stiller os stærkt kritiske over for på baggrund af førnævnte argumenter om manglende sammenhæng i store organisationer – skaber det i hvert fald ikke sammenhæng i borgerens liv som helhed. Sundhed er ikke kun sygdom og omsorg, sundhed er også at kunne leve et helt og sammenhængende liv, når du ikke er patient. Pårørende, netværk og civilsamfund står stærkest i en decentral kommunal kontekst. Kommunerne er dygtige til at sætte netop disse aktører i spil med henblik på at skabe sammenhæng i hele borgerens liv.

Forpligtende samarbejder mellem kommunerne frem for centralisering af ældre- og sundhedsopgaverne

Frem for at tage centrale opgaver på sundheds- og ældreområdet fra kommunerne og flytte dem længere væk fra borgeren, bør man overveje, hvordan et nært sundhedsvæsen kan forblive nært ude i kommunerne. Hvad skal der til for at de små kommuner kan løfte alle opgaver på sundheds- og ældreområdet?

Først og fremmest vil vi gerne understrege, at kommunerne samlet set løser deres opgaver på sundheds- og ældreområdet med blik for lige præcis de lokale forhold, der gør sig gældende i deres kommune – dette gælder i særdeleshed for de små kommuner. Når det er sagt, anerkender vi naturligvis, at der er visse opgaver, som kan være svære at løse for en lille kommune.

I Syddanmark har vi god tradition for at lave forpligtende samarbejdsaftaler med hinanden, hvor de større kommuner løser specialiserede opgaver for de mindre kommuner. Denne tradition ser vi gerne videreudviklet i regi af sundhedsklyngerne, hvor andre modeller også kan overvejes, fx forpligtende samarbejder mellem flere små kommuner, der geografisk grænser op til hinanden.

På den måde får man løst nogle enkelte specialiserede opgaver, uden man trækker hele sundheds- og omsorgsopgaven ud af det nære.

Sundhedsklyngerne som forum til at skabe sammenhæng i borgernes forløb

Sundhedsdirektørkredsen ser potentiale i sundhedsklyngerne som det primære omdrejningspunkt for det tværsektorielle samarbejde, særligt hvis de bliver tilført et tydeligere mandat, opgaveområde og varig finansiering.

De seneste to år med sundhedsklyngesamarbejdet har vist, at der er stort potentiale for at udvikle gode, lokale samarbejder, der netop har fokus på at skabe sammenhæng i patientforløb med øje for de lokale forhold og med et fælles populationsansvar. Sundhedsklyngerne har både bidraget til nye, vigtige politiske samarbejdsflader, skabt et større fokus på sundhedsområdet for borgmestrene og styrket det administrative samarbejde mellem direktørerne i kommunerne og sygehusene. Sundhedsklyngerne repræsenterer dermed nytænkning og nye løsninger på tværs af sektorer. I Sundhedsklynge Lillebælt har man fx valgt at udbrede et succesfuldt tværsektorielt projekt mellem Middelfart kommune, Sygehus Lillebælt og almen praksis til alle kommunerne i sundhedsklyngen. Projektet indebærer, at et akutteam i den kommunale sygepleje har fået mulighed for at måle blodprocent, blodsukker, infektions- og væsketal og inden for få minutter kan få svar på testresultaterne hos den ældre i eget hjem eller på plejehjemmene. Det sparer mange ældre for en indlæggelse på hospitalet,

og det er et godt eksempel på, hvordan sundhedsklyngerne kan spille en rolle i forhold til at sikre sammenhængen for borgeren gennem samarbejde på tværs af sektorer. Klyngerne bidrager dermed til nye løsninger, som kan skaleres eller spredes til andre landsdele.

De første to års arbejde i sundhedsklyngerne, der bygger på et mangeårigt administrativt samarbejde mellem Region Syddanmark og de syddanske kommuner, har skabt grobund for en stærk kultur med samarbejde mellem sektorerne. Vi vil opfordre til, at man i højere grad sætser på det samarbejde og som en nødvendig konsekvens heraf tildeler sundhedsklyngerne flere muskler i form af økonomiske midler og klare opgaver.

En alternativ model for et sammenhængende og nært sundhedsvæsen

Med anbefalingerne i Sundhedsstrukturkommissionens rapport tager man livtag med den geografiske ulighed, hvilket vi støtter op om. Særligt anbefalingerne om i højere grad at kunne styre, hvor de praktiserende læger placerer sig, taler ind i at styrke ligheden i det nære sundhedsvæsen. Der, hvor kæden hopper af, er – fra vores perspektiv – når der efterfølgende forstås forvaltningsmodeller, hvor man svækker den geografiske lighed ved at trække størstedelen af opgaverne på sundheds- og ældreområdet ud af kommunerne for at samle dem i 8-10 centrale enheder.

I Sundhedsdirektørkredsen ser vi derfor ikke de tre forvaltningsmodeller, Sundhedsstrukturkommissionen har sat op, som garanter for, at vi når i mål med de anbefalinger, som Sundhedsstrukturkommissionen har udarbejdet.

Vi ser derimod, at svaret blandt andet ligger i det arbejde, man påbegyndte med etableringen af sundhedsklyngerne, og at de store kommuner i endnu højere grad skal indgå i forpligtende samarbejder med de små kommuner, så vi kan løfte de specialiserede opgaver i flok. Vi ser på ingen måde, at det kan skabe et nært sundhedsvæsen med geografisk og social lighed ved at centralisere sundheds- og omsorgsopgaverne.

De syddanske sundhedsdirektører ser frem til en dialog om den fremtidige sundhedsstruktur i Danmark.

På vegne af de 22 direktører i Syddanmark med ansvar for sundhedsområdet:

Michael Bjørn, Social- og Sundhedsdirektør, Assens Kommune

Annette Lund, Senior-Sundheds- og Fritidsdirektør, Kolding Kommune

Nicolai Dupont Heidemann, Direktør for Børn, Uddannelse og Sundhed, Sønderborg Kommune

Else Zippor, Direktør for Voksne, Billund Kommune

Henrik Mott Frandsen, Vicekommunaldirektør, Langeland Kommune

Keld Hansen, Direktør for Sundhed, Kultur og Udvikling, Tønder Kommune

Arne Nikolajsen, Direktør for Sundhed og Omsorg, Esbjerg Kommune

Irene Ravn Rossavik, Social- og Sundhedsdirektør, Middelfart Kommune

Claus Fjeldgaard, Social- og Sundhedsdirektør, Varde Kommune

Trine Nanfeldt, Velfærdsdirektør, Fanø Kommune

Mogens Bak Hansen, Social- og Arbejdsmarkedsdirektør, Nordfyns Kommune

Ole Slot, Kommunaldirektør, Vejen Kommune

Mette Heidemann,
Direktør for Velfærd og
Beskæftigelse, Fredericia
Kommune

Siggi Kristoffersen,
Vicekommunaldirektør,
Faaborg-Midtfyn Kommune

Rolf Dalsgaard Johansen,
Direktør for Social og
Sundhed, Haderslev
Kommune

Bettina Brøndsted,
Velfærdsdirektør,
Kerteminde Kommune

Anders Sørensen, Økonomi-
og Digitaliseringsdirektør,
Nyborg Kommune

Helene Bækmark,
Sundhedsdirektør, Odense
Kommune

Claus Sørensen, Direktør for
Social, Sundhed og
Beskæftigelse, Svendborg
Kommune

Sofie Plenge, Direktør for
Kultur og Sundhed, Vejle
Kommune

Kimma Thomsen, Kultur- og
Socialdirektør, Ærø Kommune

Karen Storgaard Larsen,
Social- og Sundhedsdirektør,
Aabenraa Kommune

Kommunerne i Sundhedsklynge Lillebælt

Vejle Kommune
Kolding Kommune
Middelfart Kommune
Vejen Kommune
Fredericia Kommune

Hørings svar fra Sundhedsklynge Lillebælts kommuner vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dato: 27. juni 2024
Sagsnr.: 24-15125
Fredericia Kommune

Sundhedsklynge Lillebælts Kommuner takker for muligheden for at give hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og afrapportering. Vi anerkender samtidig det store arbejde, der ligger bag kommissionens anbefalinger og forslag, der har til formål at styrke det danske sundhedsvæsen.

Opbakning til KLs hørings svar

Lillebælt kommunerne bakker op om KLs hørings svar, men ønsker at supplere med betragtninger fra Lillebælt og samarbejdet i sundhedsklyngen.

Værdi i sundhedsklyngerne

Sundhedsklyngerne har i kommissionens rapport fået en lidt blandet anmeldelse. Det skyldes måske til dels at kommissionens evaluering data vedrørende klyngerne, blev indhentet i sommeren 2023. Kun ét år inde i klyngernes levetid. I Lillebælt har Sundhedsklyngen dog haft en god start, og her i klyngernes 2. leveår, er der en enighed om, at Sundhedsklynge Lillebælt giver værdi.

Fælles viden, fælles ansvar og fælles handlemulighed

Sundhedsklyngen giver mulighed for at etablere fælles politisk viden og ståsted på tværs af sektorer, og dermed et rum for at være nysgerrig på rammerne for forebyggelse, sundhedsfremme og sundhedssamarbejde på tværs af sektorer.

Samarbejdsforpligtelsen i Sundhedsklyngens politiske niveau medfører en vigtig funktion som "politisk styregruppe" for omstilling og udvikling på sundhedsområdet, og dermed et fælles blik på effektiviseringsgevinster, når opgaver eller opgaveløsning ændrer sig.

Kendskab giver mod til at turde afprøve nye veje - sammen

Det mindre fællesskab i klyngen, det lokale og gensidige kendskab og den geografiske nærhed giver gode vilkår for afprøvninger og fælles løsninger. Erfaringerne kan gøres trinvis og i lille skala. Derved er der mulighed for at justere på baggrund af både gode og mindre gode erfaringer, før nye tiltag rulles bredere og mere forpligtende ud.

Sundhed er mere end behandling og forløb

Sundhedsklyngerne har haft en væsentlig funktion i at brede perspektivet på "sundhed" ud. I Lillebælt har vi afprøvet modeller i form af samarbejde på tværs af den kommunale akutfunktion, almen praksis og sygehusets akutmodtagelse for at undgå unødvendige indlæggelser. Det vil sige inden for de klassiske sundheds- og omsorgsområder i det nære sundhedsvæsen. Som eksempel kan nævnes, at vi har anvendt sundhedsklyngemidler på tværs af alle kommuner og regionen til at finansiere et pilotprojekt i Middelfart

Kommune, som vandt årets "Den Gyldne Tråd"-pris for netop til tætte samarbejde mellem sektorer til gavn for borgerne.

Men klyngen har samtidig haft et stort fokus på sammenhængen mellem uddannelsesområde, fritid- og foreningsliv og potentialet i tværgående sundhedsindsatser for sårbare unge. Og på de gode rammer for børn og unge i kommunerne, ved at kompetenceløfte en bred gruppe af fagfolk på børne- og ungeområderne og dermed styrke mulighed for at spotte og hjælpe børn og unge i mistrivsel.

Borgmestrenes rolle i klyngen er vigtig i forhold til at sikre og skabe den sammenhæng mellem det behandlende sundhedsvæsen, og al den forebyggelse og sundhedsfremme, som allerbedst sker tæt på borgernes hverdag. Og det er ønsket, at organiseringen af sundhedsvæsenet også i fremtiden giver mulighed for dette.

Med venlig hilsen



Jens Ejner Christensen
Borgmester i Vejle Kommune



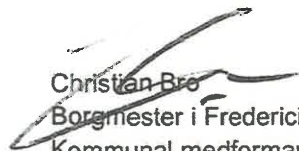
Knud Erik Langhoff
Borgmester i Kolding Kommune



Johannes Lundsryd Jensen
Borgmester i Middelfart Kommune



Frank Schmidt-Hansen
Borgmester i Vejen Kommune



Christian Bro
Borgmester i Fredericia Kommune
Kommunal medformand i Sundhedsklynge Lillebælt

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt Hovedstaden

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

27. juni 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sendt Sundhedsstrukturkommissionens rapport med tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen i høring. Vi takker for muligheden for at blive hørt, og nærværende høringssvar er et fælles høringssvar fra alle kommunerne i Sundhedsklynge Midt, Hovedstaden.

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt er enige i KL's og KKR Hovedstadens betragtninger om at sikre nære og stærke sundhedstilbud til de mange, og vi stiller os enige i, at en centralisering ikke vil styrke de nære tilbud. Samtidig bakker kommunerne op om KL's forslag til fremtidig sundhedsstruktur. Nærværende høringssvar supplerer KL's og KKR Hovedstadens høringssvar.

Generelle kommentarer

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt anerkender Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde og er enige i, at der er behov for en omstilling af det samlede sundhedsvæsen, så det nære sundhedsvæsen styrkes, og der skabes mere sammenhæng og lighed i sundhed.

Indledningsvist ønsker vi at anerkende, at landets 98 kommuner - som følge af den nuværende økonomiske ramme - løfter opgaven forskelligt. Vi bakker derfor op om nationale kvalitetsstandarder, men mener også, at der skal følge finansiering med til opgaverne. Vi gør samtidig opmærksom på, at selvom vi er mindre kommuner i Region Hovedstaden, så formår kommunerne at løfte opgaven med at skabe helhedsorienterede sundhedsindsatser, der skaber sammenhæng for borgeren i alle livets faser – det lykkes vi med, fordi vi er gode til at samarbejde internt og med hinanden, og fordi vi i kommunerne er tæt koblet til civilsamfundet og frivillige organisationer.

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt vurderer, at kommissionens rapport anlægger et forholdsvist snævert perspektiv på sundhed, og vi har svært ved at se, hvordan Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og modeller hænger sammen med en kommende ældrereform. Samtidig har vi en bekymring for, at ældreplejen bliver for fragmenteret, hvis plejeopgaver adskilles fra sygeplejeopgaver – i en kommunal kontekst hænger disse to områder sammen og kan ikke isoleres fra hinanden.

Tværgående anbefalinger

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt bakker op om kommissionens tværgående anbefalinger, som bør gennemføres uanset den fremtidige forvaltningsstruktur. Anbefalingerne kan bidrage til at sikre en stærk rammesætning på en række områder, som vil bidrage til øget sammenhæng i forløb, bedre datadeling og mindre ulighed i sundhed. Vi ser anbefalingerne som fagligt meningsfulde, og de skal være bærende for den forandring, der skal ske. Vi bemærker dog, at den stigende psykiske mistrivsel blandt børn og unge ikke adresseres i tilstrækkelig grad i rapporten - i særlig grad i forhold til anbefaling 4.

Sammenhæng og nærhed hører til i kommunerne

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt bakker op om, at de nære sundhedsopgaver løses og udvikles tæt på borgernes hverdagsliv. Vi løser i forvejen helhedsorienterede indsatser, som vi udvikler sammen med borgere og pårørende, hvilket medvirker til at sikre sammenhæng i alle borgerens livsfaser. I kommunen følger vi borgeren fra fødsel til den sidste tid – det er os, der kender borgerne og møder dem i deres hverdagsliv.

Helhedssynet er et centralt element i den kommende ældrereform, og hvis kommunerne skal kunne leve op til ambitionerne i en ældrereform, så kan sygeplejen og andre sundhedsindsatser ikke fjernes fra kommunerne. Vi mener, at det er helt afgørende at bibeholde sundheds- og sygeplejeindsatserne i kommunerne, tæt på borgerens hverdagsliv, der hvor borgeren har gavn af indsatserne, i et nært og helhedsorienteret perspektiv. Vi vurderer, at sygepleje- og sundhedsindsatser skal kobles tæt sammen med andre indsatser i borgerens liv – ellers kan vi ikke lykkes med at skabe sammenhæng for borgeren. Vores styrke er netop, at vi er integreret i borgerens hverdagsliv og tænker sundhed i et bredere perspektiv, koblet til andre områder, som kommunerne også løser, fx kultur og fritid, by og miljø, social og beskæftigelse, børne- og ungeområdet samt civilsamfundet og pårørende.

Nedenfor følger konkrete eksempler på, hvordan kommunerne i dag lykkes med at skabe nære og helhedsorienterede sundhedsindsatser til borgerne – både lokalt og på tværs af kommuner og sektorer.

Kommunale helhedsorienterede indsatser, der sikrer sammenhæng i borgerens liv

Den kommunale akutfunktion

Erfaringerne med den kommunale akutfunktion viser tydeligt, at kommunerne lykkes med at skabe sammenhængende borgerforløb af høj faglig kvalitet til gavn for borgerne. Akutfunktionerne samarbejder med en række aktører i sundhedsvæsenet, hovedsageligt plejecentre, den kommunale sygepleje, de praktiserende læger, 1813 og Herlev og Gentofte Hospital. Akutfunktionen sikrer en helhedsorienteret indsats og sammenhæng i borgernes liv – i borgerens nærmiljø. Den lokale kommunale forankring og nære relation til samarbejdspartnere er afgørende for et godt og konstruktivt samarbejde. Samtidig har akutfunktionerne et stærkt kommunalt ophæng til den øvrige kommunale sygepleje og dermed til hele ældreområdet. Akutfunktionerne medvirker til at forebygge u hensigtsmæssige ind- og genindlæggelser og er med til at kvalificere indsatser og behandlingsplaner.

Et godt eksempel på, at kommunerne sammen formår at bygge bro og skabe sammenhæng for borgeren på baggrund af et lokalt forankret samarbejde, er de to tværkommunale akutteams, som er etableret blandt nogle af klyngens kommuner. Evalueringer af de to teams viser, at akutteamene er stærkt forankrede enheder, som oplever stor anerkendelse for deres faglighed blandt samarbejdspartnerne. Akutteamene sikrer desuden en ensartet specialiseret sygeplejeindsats på tværs af kommunerne og sikrer, at der er øget mulighed for udredning og behandling af ældre og skrøbelige borgere i egen bolig i samarbejde med den praktiserende læge. Derudover bidrager akutteamene til bedre ressourceudnyttelse i kommunerne, hvor volumen, specialisering eller særlige kompetencer er afgørende for at sikre kvalitet.

Stærkt samarbejde med almen praksis og regionen

Erfaringerne med akutfunktionerne viser, at vi er lykkedes med at skabe et stærkt tværsektorielt samarbejde med stor opbakning fra både almen praksis, Herlev og Gentofte Hospital samt Akuttelefonen 1813. De praktiserende læger anvender i høj grad akutsygeplejerskerne til kliniske vurderinger af deres patienter, og akutfunktionen bidrager med at kvalificere en eventuel indlæggelse, så skrøbelige borgere undgår unødvendige ind- og genindlæggelser. Samtidig oplever de kommunale sygeplejersker at have en tæt og naturlig samarbejdspartner i form af akutfunktionen.

Stor tilfredshed og en høj grad af tryghed hos borgerne

Borgere, som modtager indsatser fra akutfunktionen, udtrykker stor tilfredshed med kvaliteten af og tryghed i plejen. Borgerne italesætter i særlig grad glæden ved at kunne blive i hjemmet. Glæden ved at være hjemme er i flere tilfælde en væsentlig parameter for de borgere, som fx bliver udlagt fra hospitalet.

Samarbejdet med de kommunale sygeplejersker

Akutfunktionen samarbejder med alle enheder og sygeplejersker i kommunerne. Samarbejdet mellem akutfunktionen og plejecentrene er velfungerende, og sygeplejerskerne og andre kommunale enheder oplever det som tryghedsskabende at have adgang til en akutfunktion, ligesom de oplever dem som naturlige sparringspartnere. Vi vurderer derfor, at det vil svække det tværgående samarbejde og det faglige niveau i kommunerne, hvis akutsygeplejen skulle overgå til regionen.

”Vi Samler Kræfterne”

”Vi Samler Kræfterne” er et tværkommunalt samarbejde, hvor formålet er, at borgere med kræft får tilbudt målrettede rehabiliterende indsatser af høj faglig kvalitet. ”Vi Samler Kræfterne” er et godt eksempel på et specialiseret tværkommunalt tilbud, hvor kommunerne går sammen om en opgave og derved sikrer, at indsatsen løses helhedsorienteret og med høj faglig kvalitet. Den lokale forankring og et lokalt kendskab til samarbejdspartnere er helt centralt for at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer og ikke mindst sikre, at borgerne tilbydes en rehabiliterende og/eller palliativ indsats, der tager udgangspunkt i de behov, den enkelte borger har. Det er helt centralt, at ressourcerne udnyttes effektivt – særligt i en tid, hvor medarbejderressourcer er en mangelvare – så det er muligt at have flere forskellige og differentierede tilbud til gavn for borgere i forskellige livsfaser. Vi bakker derfor op om kommissionens forslag om at styrke det tværkommunale samarbejde.

Erfaringer fra ”Vi Samler Kræfterne”

Evalueringer viser, at tilbuddet har en positiv effekt for borgerne, herunder øget livskvalitet og højere helbredsstatus efter endt forløb. Samtidig viser evalueringerne også, at borgere med lavt funktionsniveau og knappe ressourcer ikke magter at flytte sig ret langt over kommunegrænser. Derfor har borgerne behov for de helt nære og lokalt forankrede sundhedstilbud, hvis ikke vi skal risikere større ulighed i sundhed. Vi ved, at nærhed til tilbuddene betyder bedre tilslutning, særligt for de borgere der har størst gavn af tilbuddene. Vi mener derfor, at centralisering vil skabe mere ulighed i sundhed.

Tværasektorielle indsatser, der sikrer kvalitet og sammenhæng

I Sundhedsklynge Midt er vi gået sammen om at igangsætte et initiativ, der afprøver en model for styrket tværasektorielt samarbejde mellem Akuttelefonen 1813, Akutmodtagelsen på Herlev og Gentofte Hospital og de kommunale akutfunktioner i klyngen. Formålet med indsatsen er at skabe mere sammenhæng og bedre og mere skånsomme forløb for ældre skrøbelige borgere. Konkret afprøver vi, hvorvidt en mere systematisk brug af de kommunale akutfunktioner og øget brug af de eksisterende tværasektorielle tilbud i klyngen kan forebygge, at ældre borgere uden behov henvises til unødvendige ophold i Akutmodtagelsen.

Afprøvningen spiller også ind i Akuttelefonen 1813's udvikling og implementering af et såkaldt ”geri-spor”, svarende til det spor, der er udviklet til børn. Det betyder, at når en borger eller pårørende kontakter 1813, stilles opkaldet automatisk ind til medarbejdere med særlige kompetencer i visitation af målgruppen på baggrund af det indtastede CPR-nummer. Kompetencerne i geri-sporet skal bidrage til bedre udnyttelse af alternative tilbud til indlæggelse samt sikre bedre lægefaglig rådgivning af de kommunale akutfunktioner i hele regionen.

Sundhedsklyngens samarbejde om denne indsats er et godt eksempel på, at kommunerne og regionen sammen finder gode løsninger til gavn for borgerne.

Kommunernes indsatser sikrer det brede og nære sundhedsperspektiv

I kommunerne har vi blik for fremtidens ældre, der forventeligt lever længere og, på trods af kronisk sygdom, trives i dagligdagen. Med fokus på samspillet mellem borgere, pårørende, kommunen og civilsamfundet sætter kommunerne forebyggende ind og opretholder borgernes livskvalitet gennem hele livet. Kommunerne har en unik mulighed for at tænke sundhed ind i alle de forskellige arenaer, hvor vi møder borgerne, og hvor borgerne færdes. Eksempler på dette er gennem samarbejde lokalt i kommunen, hvor sundhedsindsatser også løses på andre områder – fx når vi understøtter dialog og indsatser om alkohol, tobak og nikotin i jobcentret, røg- og nikotinfrie skoler, institutioner og fritidstilbud, stress- og angsttilbud til de unge, fællesskab og netværk for sårbare borgere, samarbejde med frivillige foreninger – og meget mere.

Kommunerne i Sundhedsklynge Midt ser frem til det videre arbejde med fremtidens nære sundhedsvæsen.

Venlig hilsen

Trine Græse
Borgmester
Gladsaxe Kommune

Britt Jensen
Borgmester
Rødovre Kommune

Jesper Würtzen
Borgmester
Ballerup Kommune

Ole Bondo Christensen
Borgmester
Furesø Kommune

Thomas Gyldal Petersen
Borgmester
Herlev Kommune

Vicky Holst Rasmussen
Borgmester
Egedal Kommune

Ann Sofie Orth
Borgmester
Rudersdal Kommune

Michael Fenger
Borgmester
Gentofte Kommune

Sofia Osmani
Borgmester
Lyngby-Taarbæk Kommune



Høringssvar fra borgmestrene i Sundhedsklynge Nord, Region Hovedstaden

Vi anerkender, at der er et behov for en reform, idet der er pres på vores samlede sundhedsvæsen nu og i årene frem, og vi anerkender behovet for at styrke det nære sundhedsvæsen.

Som repræsentanter for en klynge i Region Hovedstaden, hvor andelen af ældre er stærkt stigende og langt større end regionens gennemsnit for +80 årige, mærker vi allerede nu et stigende pres på vores opgaveløsning på sundheds- og ældreområdet. Vi løfter disse opgaver og har gjort det i en årrække.

Nordklyngen i Region Hovedstaden har nogle særlige karakteristika:

- En høj andel af +80 årige, der stiger år for år
- De største geografiske afstande mellem borgere og hospital
- Byggeriet af det eneste bar-marks hospital i regionen og hvor sengekapaciteten reduceres betragteligt, hvilket afspejler sig i et mål om meget få indlæggelsesdage
- To sundhedshuse, der har matrikel-fællesskab med regionale funktioner (Frederikssund og Helsingør).

Vores erfaringer

De seneste to års samarbejde i vores klynge har føjet en ny dimension til samarbejdet, da borgmestrene og regionsrådet er trådt tættere sammen. Det har tydeliggjort vores forskellige perspektiver, vilkår og ikke mindst muligheder på tværs af sektorerne, og samarbejdet har samtidig tydeliggjort nødvendigheden af samarbejdet.

Den opgave har vi taget på os i Nordklyngen i Region Hovedstaden, og har udviklet effektive nære løsninger, der er bæredygtige og tilgængelige i borgernes nærmiljøer. Klyngesamarbejdet er nyt og skal finde sine ben at stå på, men vi har allerede skabt et fokus på flere samarbejds punkter i det nære sundhedsvæsen, hvor børn og unges mistrivsel er et gennemgående tema. Det andet tema for

3. juli 2024

Hillerød Kommune
Trollesmindealle 27
Hillerød

T: +4572324000

www.hillerod.dk

klyngens samarbejde er den ældre medicinske patient (indlæggelser og udskrivelser). Dette fokus har været med til at nedbringe antallet af ventedage meget væsentligt. Det strategiske samarbejde om borgerne i psykiatrien har tilmed fået mere kraft af klyn- gesamarbejdet.

Mulighederne i kommissionens rapport:
De tværgående anbefalinger

Vi kan fuldt ud tilslutte os de seks anbefalinger i kommissionens rapport, der er tværgående og modeluafhængige. Forslagene vedrørende almen praksis i rapporten understreger behovet for at sikre almen praksis, som en meget vigtig del af det nære sundhedsvæsen. Den enkelte praktiserende læge har en nøglerolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Muligheden for digitalisering af tilbud, giver nye muligheder for nære sundhedsløsninger, der kan blive understøttet af specialerne på hospitalet. Vi arbejder allerede med en række digitale løsninger, og vi vil gerne se på mulighederne for en fælles digital infrastruktur på sundhedsområdet. Det er dog meget væsentligt at huske at systemerne ofte flytter sig langsommere end borgernes og de fagprofessionelles behov gør det.

Det vil være godt med en national sundhedsplan for at sikre en øget lighed i sundhed, ligesom anbefalinger på psykiatriområdet også kan støttes. Det kræver dog en tilsvarende kapacitetsopbygning af den kommunale socialpsykiatri.

Det er også en god idé at se på en anden fordeling af speciallæger, så adgangen til speciallæge bliver mere ligeligt fordelt – også i nordklyngen.

Modellerne

Perspektivet for rapporten tager afsæt i hospitalerne og deres opgaveløsning og logik, men det nære sundhedsvæsen er så meget mere. Rammerne for borgernes sundhed er i hverdagen, hvor kommunerne, gennem mange år, har skabt gode almene sundheds- og ældretilbud, som borgerne kender og har tillid til.

Kommunerne har igennem årene foretaget mange investeringer, såvel i anlæg som i drift for at kunne imødekomme behovet for lokale tilbud i det nære sundhedsvæsen, der er vokset og vokset i takt med accelerationen og omlægningen af hospitalernes behandlinger. Det gjorde vi til trods for, at styringsmekanismen med den kommunale medfinansiering aldrig har virket. Vi har omlagt og udviklet det nære sundhedsvæsen, fordi vi som kommuner har en

fleksibilitet og mulighed for at finde løsninger i det nære – tæt på borgerens hverdag og i et tæt samspil med mange faggrupper og civilsamfund. Der er gennem årene opbygget relationer og gennemført megen kompetenceudvikling på tværs af faggrænser og sektorer.

Model 1 og 2 (jf. kommissionens modeller) vil udfordre den demokratiske legitimitet og sætte de nære tilbud under pres. I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur. Denne model flugter bedst med vores anbefalinger til sundhedsvæsenets struktur. Der ses potentiale for at skabe en omstilling til nære tilbud.

Sygepleje og ældrepleje hænger sammen

Vi er helt uforstående over for forslaget om at lade større eller mindre dele af sygeplejen og ældreplejen overgå til regionerne. Indsætterne hænger tæt sammen, og med udvidelsen af sygeplejen som selvstændigt virksomhedsområde vil kommunerne i stigende grad have mulighed for at løfte behandlingsopgaver. Vi kan se hvor stor effekten har været af 72-timers lægedækning efter borgerens udskrivelse har haft for at forebygge indlæggelser. Vi vil ikke kunne efterleve Ældreaftalens intentioner om helhedspleje og tværgående teams, hvis vi ikke fortsat kan tilbyde både sygepleje og øvrig pleje og omsorg til den enkelte borger. Der er bred enighed om, at sundhedsvæsenet særligt skal favne tre udfordringer, som hidtil ikke er blevet løftet i tilstrækkeligt omfang:

1. Sammenhæng i patientforløb
2. Lige adgang til sundhedstilbud i hele landet
3. Udbygning af almene tilbud uden for sygehusene.

For at løfte disse udfordringer skal vi justere strukturerne i sundhedsvæsenet og prioritere anderledes i vores sundhedspolitik med langt større fokus på at fremme sundhed frem for at behandle sygdom.

Alt i alt vil nye store strukturændringer indebære mange transaktionsomkostninger og produktivitetstab i vores drift – både regionalt og kommunalt. Det vil få store konsekvenser for borgerne.

Det nære sundhedsvæsen ser vi i kommunerne i et borgerperspektiv, hvor det i dag er muligt i langt højere grad at nå helt hjem til borgerne både med forebyggelse og behandling. Uden de store og ressourcekrævende strukturændringer kan vi udnytte ny teknologi

og give større tillid til veluddannede faggrupper bl.a. gennem autorisationer, og på den måde skabe mere lighed i sundhed og være mere borgernære. Borgerne skal i højere grad mødes hvor de er eller tæt på, og vi ønsker ikke yderligere centralisering og hospitalisering af opgaver, som ikke behøver blive det.

Vi kan ikke bygge et sundhedsvæsen uden snitflader.

Vi er godt i gang med at løse mange af opgaverne i det nære sundhedsvæsen i klynge Nord i Region Hovedstaden, og kommunerne har løftet en meget stor del af opgaverne i det primære sundhedsvæsen. Nu venter vi på en finansiering af opgaverne og et fortsat styrket samarbejde mellem kommuner, hospital, psykiatri og almen praksis.

Med venlig hilsen

Borgmestrene i klynge Nord, Region Hovedstaden

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar på sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Dette høringssvar sendes på vegne af Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Københavns, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk kommune. Vores særkende er, at vi er mange mindre kommuner, nogle mellemstore kommuner og landets største kommune, som alle indgår i Sundhedsklynge Syd. Vi har forskellige vilkår og forudsætninger for den kommunale opgaveløsning, og har gennem årene opnået forståelse for hinanden, og opbygget tillidsfulde samarbejder til gavn for borgerne.

Med sigte på, at vi bliver flere ældre med trænings- og plejebehov, flere borgere med kronisk sygdom og flere, der har det svært psykisk, er der behov for en samlet omstilling af sundhedsvæsenet. Den omstilling skal ske klogt, og vi mener, at det gøres bedst ved at styrke det nære og almene sundhedsvæsen, som er forankret lokalt i kommunerne.

Vurdering af forvaltningsmodeller

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at opstille og vurdere modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering.

Forvaltningsmodel 1 og 2

Med forvaltningsmodel 1 og 2 lægges der op til centralisering af sundhedsvæsenet, og det foreslås, at flytte ældre- og sundhedsopgaver væk fra kommunerne og til en myndighed, som også har det driftsmæssige ansvar for det sekundære sundhedsvæsen. Vi finder ikke, at model 1 og 2 kan være svar på den omstilling, sundhedsvæsenet har brug for.

Model 1 og 2 afspejler en centralisering af sundhedsvæsenet, hvor der er fokus på patienter og sygdom frem for borgere og deres dagligdag. En centralisering er i vores optik ikke en styrkelse af det nære og almene sundhedsvæsen, som i særdeleshed handler om den brede borgerrettede forebyggelse, pleje og rehabilitering, som løftes på tværs af fagområder, og der hvor borgerne færdes i hverdagen. Det er en indsats kommunerne i dag løfter i samspil med praksissektor og civilsamfund. Vi er bekymrede for, at en centralisering af sundhedsvæsenet vil betyde, at det almene og nære sundhedsvæsen drukner i prioriteringen af det specialiserede og højtspecialiserede sundhedsvæsen.

Vi ser ikke, at en enstregen politisk ledelse er garant for sammenhæng i patientforløb eller balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Ej heller ser vi, at et statsligt sundhedsvæsen med et stort demokratisk underskud, som model 2 lægger op til, kan være svaret på den omstilling, der er behov for. Vi finder den demokratiske legitimitet i model 2 dybt uhensigtsmæssig, og mener tværtimod, at en politisk ledelse tæt på driften er en fordel for borgerne, idet der i lokalsamfundene er en tæt politisk opmærksomhed på, at sundhedsvæsenet holder fokus på borgernes ønsker og behov.

En så markant omstilling af sundhedsvæsenet, som der lægges op til i model 1 og 2, vil betyde omfattende og årelange transaktionsomkostninger, som vi ikke er overbeviste om står mål med det resultat, der kan opnås ved et centraliseret sundhedsvæsen. En flytning af kommunale sundhedsopgaver vil desuden skabe nye tværsektorielle snitflader. Det ser vi som væsentlig transaktionsomkostning, da det tager en rum tid at bygge op og vi er bekymrede for, at vores borgere kommer til at møde alt andet end et sammenhængende sundhedsvæsen.

Forvaltningsmodel 3

I forhold til de opstillede forvaltningsmodeller anser vi model 3, som havende det største potentiale for at skabe en omstilling, der er brug for, for at imødekomme de udfordringer, det samlede sundhedsvæsen står overfor, idet udviklingen af de nære og almene sundhedstilbud får opmærksomhed i egen ret.

Model 3 lægger op til, at en række opgaver på sundheds- og ældreområdet samles og enten flyttes væk fra kommunerne eller løses i tværkommunale samarbejder. Vi er glade for, at sundhedsstrukturkommissionen ikke ser samling af opgaveansvaret under én myndighed som det eneste middel til at skabe stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet. Vi er bekymrede for, at en samling af opgaveansvaret under én myndighed vil skabe nogle meget store organisatoriske enheder, som medfører manglende nærhed i både den administrative og politiske ledelsesmæssige nærhed til opgaveløsningen tæt på borgerne.

De mindre kommuner er stærkt repræsenteret i sydklyngen og flere steder i rapporten læser vi, at der er en opfattelse af, at nogle kommuner ikke på alle områder har volumen til at drive sundhedstilbud. Det har vi lyst til at anfægte, for det er bestemt ikke vores opfattelse, og vi finder det ikke tilstrækkeligt underbygget i rapporten, at nogle kommuner ikke har tilstrækkelig volumen til at drive sundhedstilbud og varetage specialiserede opgaver.

Samtidig ser vi, at omstillingen af sundhedsvæsenet, ud fra et kommunalt perspektiv, kan løses gennem blandt andet en udbygning af forpligtende samarbejder på tværs af kommuner og nationale kvalitetsstandarder for at minimere den kommunale variation. Dertil et styrket tværsektorielt samarbejde, hvor der arbejdes systematisk og kontinuerligt med at finde nye løsninger for at bringe det sekundære sundhedsvæsen tættere på borgerne. Nogle kommuner i sydklyngen har større behov end andre for at skabe tværkommunale samarbejder. Vores oplevelse er, at det sker dér, hvor det er meningsfuldt for den enkelte kommune, og hvor det løfter den faglige kvalitet i indsatsen til borgerne.

Vi hæfter os særligt ved, at der i forvaltningsmodel 3 nævnes opgavesamling inden for den kommunale sygepleje, genoptræning, midlertidige pladser og akutpladser, patientrettet forebyggelse samt hjælpemidler. I nedenstående vil vi give eksempler på, hvordan vi i de mindre kommuner løser disse opgaver, og hvordan sundhedstilbuddene er forbundet med hinanden. Vi giver også eksempler på tværkommunale samarbejder, som allerede er etableret.

Kommunal sygepleje

Den kommunale sygepleje har stor betydning for den kommunale opgaveløsning på både socialområdet og sundheds- og ældreområdet. Det er derfor vigtigt for os, at sygeplejen forbliver kommunalt forankret, så den kan integreres med ældreområdet og det sociale område, herunder kommunale botilbud.

Vi har et godt kendskab til borgerne og deres livshistorie, herunder sociale, økonomiske og praktiske problemer, og vi prioriterer, at der skabes kendskab og relation mellem borger og sygeplejerske. Det gør, at vi langt hen ad vejen har mulighed for at tilgodese de ønsker og behov, borgerne har, gennem en fleksibel tilgang til omsorg og sygepleje. Vi mener, at det er til gavn for borgerne og er med til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Flere kommuner er i forbindelse med ældrereformen begyndt at organisere sig gennem faste teams, hvor det helt store mål er at opnå så høj kontinuitet og selvbestemmelse hos borgeren med så få medarbejdere som muligt i det enkelte hjem. En del af arbejdet med faste teams er at sikre, at der udarbejdes en fælles tværfaglig plan for borgeren og at alle kender og arbejder ud fra den. Kommunerne er gået lidt forskelligt til værks i organiseringen af faste teams. Flere kommuner, herunder Albertslund og Tårnby Kommuner, følger VIVEs anbefalinger om allerede fra opstart at integrere sygeplejen i faste teams. I Tårnby Kommune er der positive erfaringer ved at integrere hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i faste teams. Det har haft en klar positiv virkning på den faglige kvalitet i form af mere sammenhængende og kontinuerlig faglig indsats for borgeren. Hvidovre Kommune er gået skridtet videre, og har integreret visitationen i de faste teams.

En adskillelse af myndighedsansvaret for hjemmesygeplejen og den øvrige ældrepleje og socialområdet vil betyde, at vi mister den unikke mulighed for at sikre en tæt faglig koordinering omkring ydelser i eget hjem. Det vil skabe nye snitflader og behov for omfattende koordinering af det tværsektorielle samarbejde, og snitfladerne kan risikere at rykke ud i borgerens hjem.

Kommunale akutfunktioner

Samspillet mellem den kommunale sygepleje og akutsygeplejen betyder, at kommunerne kan løfte også de mere specialiserede sygeplejeopgaver i hjemmet. Vi ser akutsygeplejen som et stærkt bindeled både i det primære og mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Alle kommuner i sydklyngen har velfungerende kommunale akutfunktioner. Enten som en integreret del af den kommunale sygepleje, som er tilfældet i Dragør og Ishøj Kommuner, som en selvstændig enhed i Tårnby Kommune eller organiseret i et tværkommunalt samarbejde.

Som eksempler på tværkommunale samarbejder, kan nævnes FAF (Fælles Akut Funktion), som er et tværkommunalt samarbejde mellem Høje Taastrup, Glostrup, Vallensbæk og Albertslund Kommuner ligesom også Brøndby og Hvidovre Kommuner har et fælles akutteam.

Såvel akutfunktioner organiseret som tværkommunale samarbejder og integreret i den kommunale sygepleje virker i en kommunal kontekst, og både Ishøj og Dragør Kommuner er døgndækket med sygeplejekompetencer – også selv om befolkningsunderlaget er væsentligt mindre end de 75.000

borgere, som der i rapporten bliver fremhævet som gylden standard på baggrund af én kommunes udtalelse.

Midlertidige pladser

Alle kommuner i sydklyngen har oprettet midlertidige pladser, som anvendes fleksibelt i forhold til sundhedslov og servicelov og de behov, der er på et givent tidspunkt. Vores erfaring er, at ikke alle borgere på de midlertidige pladser, har haft en forudgående kontakt med hospitalet eller aktuell kontakt med praktiserende læger. De midlertidige pladser er i dag en integreret del af ældreplejen og tjener flere formål. De borgere, der visiteres til en midlertidig plads, er borgere, som af den ene eller anden årsag, ikke kan være i hjemmet, og derfor kan have brug for fx aflastning, social omsorg, venteplass eller genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse fra hospital. Kun Brøndby og Københavns Kommuner har dedikerede akutpladser efter sundhedsloven.

De midlertidige pladser bliver drevet lidt forskelligt i kommunerne. Nogle Kommuner har midlertidige pladser, som ligger i tilknytning til plejecentre, som fx Høje Taastrup, Brøndby og Ishøj Kommuner, mens andre midlertidige pladser har en særskilt fysisk beliggenhed, som fx Midlertidig Døgnrehabilitering i Hvidovre Kommune.

Vi ser en klar fordel i, at de midlertidige pladser er placeret i sammenhæng med plejecentre, som huser mange svækkede borgere, som har fået det for dårligt til selv at klare dagligdagen i eget hjem, idet vi i høj grad gør brug af, at personale går på tværs og understøtter hinanden. De midlertidige pladser har flere sygeplejersker ansat end et typisk plejecenter. Sådan skal det også være, idet pleje og omsorgsopgaven er mere kompleks. Sygeplejerskerne er med til at højne kvaliteten, efteruddanne personalet, forebygge indlæggelser og har kompetencer inden for palliation.

Med tanke på det fælles populationsansvar har vi i Politisk Sundhedsklynge Syd netop vedtaget at sætte ekstra fokus på det tværsektorielle samarbejde om borgere på midlertidige pladser, blandt andet i form af en tværsektoriel model for, hvordan borgerne på de midlertidige pladser kan få styrket deres adgang til lægebetjening.

En flytning af midlertidige pladser til en anden driftsorganisation vil skabe nye snitflader på tværs af sektorer, og det er vanskeligt for os at se, hvordan kommunerne kan gøre brug af de midlertidige pladser. Vi vil imidlertid hilse velkomment, at de midlertidige pladser reguleres i form af nationale kvalitetsstandarder ligesom vi ser, at et lægefagligt medansvar fra hospital og almen praksis på de midlertidige pladser kan udbygges, herunder være lettilgængelig og døgn dækket.

Genoptræning

Det er afgørende for os, at genoptræningen – både når det gælder almen genoptræning efter hospitalsindlæggelse og vedligeholdende genoptræning – forbliver samlet og varetages i kommunerne med en tæt kobling til det øvrige træningsområde og civilsamfundet. Såfremt myndighedsansvaret flyttes, vil vi være bekymrede for, at borgerne ikke i tilstrækkeligt omfang vil modtage den nødvendige genoptræning.

Mange af de borgere, der henvises til kommunal genoptræning efter hospitalsindlæggelse, har brug for lidt ekstra hjælp og støtte til at komme igennem træningen. Her er nærmiljøet vigtigt, idet genoptræningen tæt på borgeren ofte er essentiel for, at borgerne får gennemført træningen. Vi ved, at parametre som beskæftigelse, herkomst og uddannelsesniveau har en betydning for borgeres sundhed. Derfor er det et vigtigt fokus i arbejdet med at højne borgernes sundhed, og det er nogle af de faktorer, vi kan tage hensyn til i nærmiljøet. Vi ser, at det kan skabe øget ulighed i sundhed og på sigt flere indlæggelser og genindlæggelser, hvis borgerne ikke formår at opnå samme funktionsniveau som før indlæggelsen.

I nærmiljøet kan vi fx tilbyde udetræning, som anvendes i genoptræningen i nærmiljøet omkring de kommunale sundheds- og medborgerhuse, hvor genoptræningen holder til. Dette sikrer, at borgerne genoptrænes lokalt og selv vil kunne benytte faciliteterne efter endt forløb. I Ishøj Kommune er der også mulighed for at tilbyde selvtræning for borgere, som er medlem af en forening eller patientforening. Her åbnes genoptræningsfaciliteter aftner og weekender for forskellige foreninger, hvor genoptræningen oplærer nogle frivillige i at træne et hold fra pågældende forening.

Vi anerkender imidlertid, at der kan være områder, hvor en kommune ikke har tilstrækkelig volumen til at varetage mere specialiserede opgaver, fx når det gælder hjerneskaderehabilitering, genoptræning efter benamputationer, genoptræning og rehabilitering af borgere med fx hoved hals kræft. Her vil vi pege på, at der skal skabes tværkommunale samarbejder. Det gør vi allerede, og vi kan gøre endnu mere af det. Som eksempel kan nævnes, at Glostrup og Albertslund Kommuner har opbygget et stærkt samarbejde omkring almen genoptræning. Vi oplever, at en sådan samarbejdsmodel godt kan rumme almen genoptræning af mere særlig karakter. Tilsvarende gør sig gældende på genoptræningsområdet mellem Tårnby og Dragør Kommuner.

På de områder, hvor tværkommunale samarbejder ikke rækker til at tilbyde genoptræning af de mindre patientgrupper som fx hjerneskaderehabilitering, købes ydelsen af eksterne leverandører som Ringstedhave eller Filadelfia.

Forebyggelsesområdet

Langt de fleste af sydklyngens kommuner tilhører kommunesocialgruppe 3 og 4, hvor der ifølge sundhedsprofilens data, generelt er en høj forekomst af kroniske sygdomme. Sundhedsprofilen viser blandt andet også, at der på vestegnen er en relativ høj forekomst af svær overvægt, det samme gør sig gældende for daglig rygning.

Generelt savnes et stærkere fokus på forebyggelsesområdet i strukturkommissionens rapport. Over tid er der i kommunerne opbygget stærke kompetencer i både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse og vi ser to områder som tæt forbundne. Vi er bekymrede for, at synergien forsvinder, hvis den patientrettede og borgerrettede forebyggelse splittes op.

Vi ser den patientrettede forebyggelse som værende tæt forbundet med civilsamfundet og en vigtig opgave i den patientrettede forebyggelse er at understøtte borgerne til at få en god hverdag med kronisk sygdom. I lighed med borgere, der modtager genoptræning, er vores erfaring, at særligt

kronikere har behov for rehabiliterings- og forebyggelsestilbud i nærmiljøet. Det får man ikke ved at flytte opgaven fra kommunen til en ny myndighed.

Borgere med fx diabetes danner netværksgrupper med fokus på at lave diabetesvenlig mad efter endt trænings- og rehabiliteringsforløb i kommunerne. Det understøtter vi meget gerne i kommunerne. Ishøj Kommune stiller fx lokaler rådighed og samtidig har kommunen mulighed for at sætte andre i forbindelse med det netværk. Kommunale medarbejdere benytter både deres kendskab til de kommunale tilbud og deres lokalkendskab til civilsamfundet til at gøre borgerne opmærksomme på, opfordre til og evt. følge borgerne til nogle af de lokale sundheds- og netværkstilbud, der er etableret.

Vi oplever, at der på Vestegnen er et stort samarbejde kommunerne imellem, så borgerne har frihed til at vælge det tilbud, de ønsker. Fx stiller Albertslund Kommune deres hjerterehabilitering til rådighed for de nærliggende kommuner.

I Sundhedsklynge Syd har vi politisk prioriteret at sætte fokus på overvægtsområdet og på tværs af kommunerne i sydklyngen er der etableret et stærkt forebyggelsessamarbejde ”Klar livet uden røg og rusmidler”, som er forankret i Vallensbæk Kommune.

Hjælpeområdene

Vi mener, at hjælpemidler fortsat bør visiteres af de sagsbehandlere, som kender borgerne bedst. Deraf følger, at vi ser hjælpemiddelområdet som bedst placeret i kommunerne. Kommunerne leverer, hjemtager og reparerer de hjælpemidler, som allerede er blevet bevilget. Der er i dag etableret tværkommunale samarbejder om hjælpemidler, blandt andet mellem Albertslund og Glostrup Kommune.

De tværgående anbefalinger

I rapporten opstilles seks tværgående og uafhængige anbefalinger, som kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges. Det bakker vi op om. Vi har dog bemærkninger til fire af de seks anbefalinger.

Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Vi ser fortsat, at praktiserende læger får en stærk rolle i det fremtidige sundhedsvæsen. De har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet og løfter en stor og væsentlig opgave i forhold til at varetage diagnosticering og behandling og i forhold til at afklare, om borgerne skal henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen.

Vi bakker op om, at der skal ske en stærkere central styring af området, så der kan opnås en mere lige adgang til sundhed hos praktiserende læger. Flere vestegnskommuner er i 2024 fastlagt som lægedækningstruede områder. Det drejer sig om Vallensbæk, Ishøj, Hvidovre, Høje-Taastrup og Brøndby Kommuner. Vi finder det glædeligt, hvis det store lokale arbejde, der gøres i kommunerne for at tiltrække nye læger, understøttes af en stærkere national styring af området, herunder blandt andet

nye klinikformer og mulighed for differentiering af patienttal og honorar for at gøre disse områder mere attraktive for en praktiserende læge. Honorardifferentieringen bør, som der også skrives i rapporten, tage højde for borgernes sundhedsprofil, dog vil vi gøre opmærksom på, at der kan være forskelle fra kommune til kommune, selvom man geografisk ligger i nærheden af hinanden. Også internt i særligt de større kommuner kan der være markante forskelle i borgernes sundhedsprofil og borgersammensætning (fx kulturelt, sundhedsmæssigt, sprogligt og tyngden af socialt udsatte).

Vi oplever, som der også nævnes i rapporten, at der gradvist er kommet flere fasttilknyttede praktiserende læger til plejecentre. I flere kommuner i sydklyngen er vi imidlertid ikke i mål med at være dækket af plejehjemslæger. Vi har flere plejecentre, der ikke eller kun delvist er dækket af plejehjemslægeordningen. Det ser vi frem til bliver en fast standard.

Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Vi imødeser en større national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet, både i forhold til digitale løsninger for borgerne men også for sundhedspersonalet.

Vi er enige i, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, og at det er et middel til at skabe bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

Vi har længe savnet en national dataplatform og digital infrastruktur med et højt og pålideligt niveau af informationssikkerhed, der understøtter samarbejdet om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Det bakker vi op om. Vi oplever, at der er en skævvridning i den måde ressourcerne er fordelt på i dag. Vi er helt overbeviste om, at man ved at tilføre ressourcer til det primære sundhedsvæsen, kan lave den omstilling i det danske sundhedsvæsen, der er behov for.

Vi vil også gerne forpligtes til at levere en større ensartethed i den kommunale opgaveløsning. Det kan vi blandt andet gøre gennem nationale kvalitetsstandarder.

Vi bakker ligeledes op om kommissionens anbefaling om kommunale sundhedshuse, der også kan indeholde sundhedstilbud fra region, primær sektor og civilsamfund som en mulighed for at samle kompetencer og skabe sammenhæng og helhedsperspektiv i borgerforløb.

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Vi vil gerne fremhæve vigtigheden af sammenhængen ml. socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien, herunder krav om fast botilbudslæge, styrkelse af forebyggelse på sociale botilbud samt løft af kvalitet i de sundhedsfaglige indsatser og bedre sammenhæng ved at tydeliggøre af ansvars- og opgavefordelingen mellem aktørerne.

Vi tilslutter os en bedre sundhed og mere sammenhæng for psykiatriske patienter. Samtidig kan vi som kommuner have en bekymring om, hvorvidt en stor organisationsændring, som sammenlægning af somatik og psykiatri, vil tage fokus fra 10 års planen for psykiatrien.

Anbefalingen om fasttilknyttede læger på botilbud hilser vi velkomment. Vores erfaring er imidlertid, at det er vanskeligt at rekruttere praktiserende læger til dette. Brøndby Kommune har haft succes med det, men det er desværre langt fra lykkes alle kommuner.

Vi håber, at det videre arbejde med strukturkommissionens anbefalinger, kan øge tilslutningen af faste læger på såvel plejehjem som botilbud.

Videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde

Der vil fortsat være behov for et tæt, tværsektorielt samarbejde med fokus på at sikre sammenhæng i borgernes forløb mellem sektorerne. Vi ser, at en styrkelse af sundhedsklyngerne med både et fagligt og et politisk niveau kan bidrage til at fortsætte udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

I vores optik bør sundhedsklyngerne have tilført en højere grad af beslutningskraft, incitamentsstrukturer og finansiering for, at vi i fællesskab kan løfte populationsansvaret med udgangspunkt i fælles somatiske og psykiatriske patienter i akutsygehusets optageområde.

Som sundhedsstrukturkommissionen skriver, så virker strukturer bedst, hvis de får lov til at virke over en længere periode. Vi tror det samme gælder for sundhedsklyngerne. I Sundhedsklynge Syd er vi allerede godt i gang med at opbygge et stærkt og tillidsfuldt samarbejde. Fx er vi ved at søsætte en indsats omkring borgere med forløb i akutmodtagelsen og arbejder løbende med større tværsektorielle indsatser som dosisdispenseret medicin, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser og 72 timers behandlingsansvar. Det ønsker vi mere af, og vi tror ikke, at udviklingen af sundhedsklyngerne endnu har opnået sit fulde potentiale.

Vi ser frem til den videre dialog om sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, ligesom vi gerne står til rådighed med uddybende information om de eksempler på tværkommunale samarbejder, vi har valgt at nævne i høringssvaret.

Kommuner bag høringssvaret

Følgende borgmestre står bag dette høringssvar:

Steen Christiansen, Albertslund Kommune

Maja Højgaard, Brøndby Kommune

Kenneth Gøtterup, Dragør Kommune

Kasper Damsgaard, Glostrup Kommune

Anders Wolf Andresen, Hvidovre Kommune

Michael Ziegler, Høje Taastrup Kommune

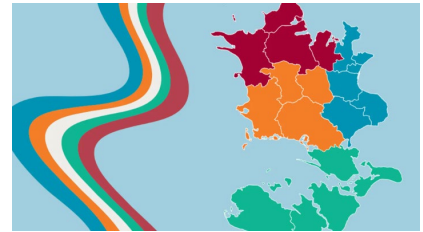
Merete Amdisen, Ishøj Kommune

Sisse Marie Welling, Københavns Kommune

Britt Jensen, Rødovre Kommune

Allan S. Andersen, Tårnby Kommune

Henrik Rasmussen, Vallensbæk Kommune



Dato: 05. august 2024

Sags ID: EMN-2022-08440

Dokument ID: 11694998

Sundhedsstrukturkommissionens rapport

– Høringsvar fra Sundhedssamarbejdsudvalget i Region Sjælland

Sundhedssamarbejdsudvalget i Region Sjælland takker for muligheden for at afgive høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Ulighed i sundhed

Som repræsentanter for almen praksis, region og kommuner i Region Sjælland er Sundhedssamarbejdsudvalget enig i de udfordringer, rapporten beskriver i relation til demografien og sundhedsbilledet med flere ældre og flere kronikere nu og i fremtiden. Der er stor social og geografisk ulighed i sundhed på tværs af regionerne. Det kommer særligt til udtryk i mangel på sundhedsfaglige medarbejdere, herunder ikke mindst ujævn geografisk tilgængelighed til almen praktiserende læger og speciallæger.

I januar 2024 fremsendte formandskabet for Sundhedssamarbejdsudvalget et bidrag til Sundhedsstrukturkommissionen for at gøre opmærksom på den sociale og geografiske ulighed. I Region Sjælland er der færrest ressourcer til håndtering af flest syge sammenlignet med de andre regioner.

- I Region Sjælland er der væsentligt færre sygehusansatte speciallæger (133 pr. 100.000) end i Region Hovedstaden (178 pr. 100.000), hvilket øger ulighed.
- Region Sjælland og Region Nordjylland er de regioner, der har flest ubesatte uddannelsesstillinger i almen medicin, samt den ringeste lægedækning med hensyn til alment praktiserende læger.
- Region Sjælland er den region, hvor gabet mellem efterspørgsel og udbud af social- og sundhedsassistenter vil blive størst i de kommende årtier. Denne udvikling forventes særligt at påvirke ældre- og sygeplejen i kommunerne.
- Region Sjælland var den landsdel, der i 2023 havde flest (35 %) forgæves forsøg på rekruttering af social- og sundhedsassistenter og flere end 20 % af forsøg på rekruttering af sygeplejersker endte i 2023 uden ansættelse. Det er et mønster, der hver dag giver udfordringer for medarbejdere, patienter og borgere.

Sundhedssamarbejdsudvalget bakker op om en kommende reform af sundhedsvæsenet, der i højere grad omfordeler økonomi, faglige ressourcer og sundhedstilbud, så det kommer de borgere med størst behov til gavn.

Gode perspektiver i tværgående anbefalinger

Vi ser gode perspektiver i at ændre rammer, prioriteringer og incitament i sundhedsvæsenet med afsæt i de tværgående anbefalinger, kommissionen har fremsat vedr. almen praksis. Der er behov for udvikling af almen praksis - med øget tilgængelighed i hele landet, kapacitetsudvidelser og bedre tid til patienter med størst behov. Denne anbefaling er helt central, fordi almen praksis spiller en nøglerolle for borgernes sundhed i det nære. Tilsvarende gælder for anbefalingen om bedre geografisk fordeling af speciallæger generelt og mere effektiv brug af privat praktiserende speciallæger.

Kommissionens forslag om en national sundhedsplan for ressourcefordelingen på tværs af landet og mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen kan blive et væsentligt bidrag til at reducere den sociale og geografiske ulighed i sundhed. Det er vigtigt at få klare rammer om ansvar og opgaver, hvor flere opgaver forventes at blive flyttet fra sygehusene til kommuner, almen praksis, speciallæger og andre aktører i primærsektoren. I forlængelse heraf ser vi også positivt på kvalitetsstandarder, der kan give en højere og mere ensartet kvalitet for borgerne på tværs af Danmark.

Med sundhedstilbud, der i stadig større grad ligger i nærmiljøet (f.eks. hjemmebehandling og hjemmemonitorering), er der behov for velfungerende it-systemer, telemedicinske løsninger og retvisende data. Her giver kommissionen gode forslag til løsninger, der kan medvirke til at styrke kvalitet, sammenhæng og effektivitet for borgerne og i samarbejdet på tværs af almen praksis, kommuner og region.

Det tværsektorielle samarbejde i psykiatrien er også vigtigt. Forslagene om fast tilknyttede læger på botilbud og kvalitetsstandarder rummer muligheder, såfremt ressourcerne er til stede. Her har vi gode erfaringer med samarbejde på tværs af kommuner og regioner om at tage et fælles ansvar for de psykiatriske patienter.

Styrkelse af lokalt forankrede samarbejdsstrukturer

I Region Sjælland har almen praksis, kommuner og region i årevis samarbejdet tæt om at udvikle sammenhængende sundhedstilbud til borgerne. Der er fortsat brug for stærke samarbejdsstrukturer for at sikre fælles løsninger i sektorovergangene til gavn for borgerne.

Både det primære og sekundære sundhedsvæsen bør udvikles i lokalt forankrede samarbejdsfora med demokratisk legitimitet. Udviklingen bør være baseret på et solidt kendskab til Region Sjællands borgere og regionens særlige geografiske muligheder og udfordringer.

Sundhedssamarbejdsudvalget ser gerne, at en kommende sundhedsreform har fokus på at videreudvikle de tiltag, der allerede viser sig effektive til at løse udfordringerne, og som kan få endnu større positiv effekt med en bedre fordeling af ressourcer gennem de tværgående anbefalinger.

Sundhedssamarbejdsudvalget i Region Sjælland ser frem til at fortsætte samarbejdet om udvikling af et nært og sammenhængende sundhedsvæsen og står til rådighed i forhold til at udfolde ovenstående synspunkter i eventuelle møder og debatter.

På vegne af det samlede Sundhedssamarbejdsudvalg i Region Sjælland

Pernille Beckmann



Borgmester, Greve Kommune og
Sundhedssamarbejdsudvalget

Heino Knudsen



Regionsformand, Region Sjælland og Næstformand i
Formand i Sundhedssamarbejdsudvalget

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk



Supplerende høringssvar fra Region Midtjylland vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dato 02.07.2024

Regionsrådet i Region Midtjylland vil indledningsvist kvittere for, at der af Sundhedsstrukturkommissionen er udarbejdet en grundig analyse af sundhedsområdet.

Side 1

Regionerne har formuleret bud på løsninger på sundhedsområdets udfordringer i form af udspil fra Danske Regioner. Danske Regioners høringssvar i forhold til Sundhedsstrukturkommissionens rapport tager afsæt heri, og Region Midtjylland bakker op om dette høringssvar, idet vi er enige i de pointer og bekymringer, som Danske Regioner fremfører. Samtidig ønsker Regionsrådet at supplere med følgende bemærkninger.

Bemærkninger til rapportens anbefalinger og forslag til forvaltningsstrukturer

Region Midtjylland lægger i forlængelse af Danske Regioners høringssvar særligt vægt på, at fokus i det videre arbejde skal være på patienten, og at der skabes sammenhængende patientforløb. For at dette kan lykkes, bør der ske en samling af opgaverne med øget kædeansvar, idet det vil bidrage til, at flere opgaver kan løses i borgerens nærområde.

Vi har allerede erfaring med, at hospitaler tager det lægefaglige behandlingsansvar for IV-behandling udført i borgerens hjem eller nærområde af kommunale sygeplejersker, men det er en indsats, det har været kompliceret at indgå aftale med kommunerne om. Med en øget opgavesamling vil vejen til sådanne løsninger være langt hurtigere.

Organisering i Model 4

Region Midtjylland bakker op om Danske Regioners forslag til en fremtidig organisering, som er skitseret i deres høringssvar som en model 4. Der bør som led heri være et direkte valgt politisk niveau med en størrelse, der giver mulighed for politisk repræsentation bredt fra regionens område.

De omtalte politiske nærudvalg vil kunne medvirke til at udbygge og udvikle indsatser i det nære sundhedsvæsen, men der vil også være behov for politisk koordinering på tværs af regionen, så der er et fælles service- og kvalitetsniveau på tværs af nærområderne.

Som det nævnes i Danske Regioners hørings svar, er en model 4 ikke ensbetydende med, at regionerne skal løse alle opgaver selv, men regionerne får et ansvar for at sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats i regionerne og på tværs af landet. Det kan give mening, at tværgående initiativer inden for den kapacitetsmæssige planlægning af sundhedsvæsenet og IT koordineres via indsatser på nationalt niveau, men det skal ske med fokus på lokale forhold, så de valgte løsninger matcher behovene. Derfor er det vigtigt med en lokal forankring.

Økonomisk fordeling

Der skal ses på de tidssvarende bloktilskudskriterier som led i en samling af opgaver og økonomi. Der er behov for at sikre økonomiske fordelingskriterier, der i større grad tager højde for befolkningens faktiske sundhedstilstand og behov for sundhedsydelser samt de geografiske vilkår for at levere disse. Det er ligeledes vigtigt, at udviklingen i de enkelte kriterier medfører en tilsvarende udvikling i den økonomiske tildeling på baggrund af kriteriet, så der sikres tilstrækkelig løbende tilpasning af de økonomiske rammer, når demografi og vilkår ændrer sig.

Vi deler i den sammenhæng Danske Regioners store bekymring i forhold til forslaget om, at demografimidlerne fremover skal målrettes almenmedicinske tilbud og nationale kvalitetsstandarder i kommunerne. Dette må ikke ske på bekostning af patienter med behov for behandling på hospitalerne og den fremdrift, der har været siden sidste reform på sundhedsområdet.

Rammer for organisatoriske ændringer

Region Midtjylland gør opmærksom på, at markante organisatoriske ændringer vil indebære meget store transaktionsomkostninger, både i forhold til økonomiske forhold, fokusering på de organisatoriske forandringer i stedet for kerneydelserne i en længere periode og risiko for medarbejderflugt.

Særligt vil en model med flere regioner betyde, at meget vil skulle ændres, fordi opgaveløsningen er tilpasset den nuværende geografi. Således er Region Midtjyllands hospitalsstruktur opbygget som et sammenhængende og tæt forbundet sundhedsvæsen med Aarhus Universitetshospital og en række regionshospitaler. En opdeling af regionen vil bl.a. betyde, at regionen vil skulle etablere en helt ny opgave- og specialefordeling. Samtidig har regionen en række fælles enheder, der er tilpasset den nuværende geografi og dækker hele re-

gionen, som f.eks. Præhospitalet, apoteksfunktion, It, indkøb og centrale stabsfunktioner. Også her vil der være væsentlige transaktionsomkostninger.

Vi er enige med Danske Regioner i, at den foreslåede model 4 vil indebære færrest transaktionsomkostninger. Den vil også understøtte, at der fortsat vil være et ligeværdigt samarbejde mellem de fem regioner, som vil blive udfordret, hvis der modsat etableres en stor østlig region.

Region Midtjylland vil foreslå, at eventuelle organisatoriske ændringer sker hurtigt, så der ikke bliver en lang periode med usikkerhed. Rammerne for virksomhedsoverdragelse bør i den forbindelse anvendes, så nuværende medarbejdere sikres ordentlige vilkår.

Bemærkninger vedrørende øvrige regionale områder

Region Midtjylland bakker fuldstændigt op om Danske Regioners store forundring og bekymring over kommissionens vidtgående forslag om at fjerne opgaver inden for socialområdet og Regional Udvikling, uden at der peges på forslag til, hvordan de kan løses bedre. Nedenfor gives eksempler på opgaver, der kræver organisatorisk forankring af en vis størrelse, samtidig med at der er brug for lokalkendskab:

På socialområdet skal der være en fagligt bæredygtig organisering med den rette volumen, økonomi og geografi, så der kan tilbydes specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov. Samtidig skal der være en volumen, der sikrer udvikling og fastholdelse af faglige miljøer på tværs af tilbud og kommunegrænser til gavn for de borgere, der anvender tilbuddene. Det må ikke afhænge af den enkelte kommunes borgersammensætning og interesse for at drive tilbud. Socialområdet bør endvidere have en stærk sammenhæng til psykiatrien og somatikken, så uligheden i sundhed mindskes.

Et eksempel på, at socialområdet skal have en vis volumen, er tilbudet "Gødvad" i Silkeborg, der i høj grad fungerer på grundlag af et stærkt understøttende fagmiljø, der bl.a. består af specialister som psykologer og autismespecialiserede fagkonsulenter, en psykiatrisk konsulent, socialrådgivere, kvalitetskonsulenter mv. Der er endvidere en medarbejder, som arbejder tværfagligt og tværsektorielt og understøtter hele specialområdet.

Hvis Gødvad Bo- og Aktivitetstilbud overføres til anden myndighed, vil en andel af de understøttende funktioner følge med. Dermed vil de tilbageværende afdelinger i specialområdet, i psykiatrien og i de kommunale og private tilbud, der benytter sig af dem, mangle de kompetencer og den rådgivning og supervision, som de får i dag. Endvidere

vil der være risiko for, at specialister på dette niveau, som tiltrækkes og fastholdes af et stærkt fagmiljø med andre specialister, vil søge væk.

Et andet eksempel er Fenrishus, som er et specialiseret tilbud til børn og unge med multiple og komplekse funktionsnedsættelser, og som fungerer i et tæt samarbejde med Aarhus Universitetshospital.

På miljøområdet er der store tværgående opgaver, der kræver stor ekspertise og faglig kapacitet samtidig med, at de kræver lokalt kendskab. De store udfordringer ved Høfde 42 og Nordic Waste er aktuelle eksempler, der illustrerer, at der er behov for en regional myndighed, der kan tage ansvar for miljøopgaverne, og som har de faglige kompetencer, der skal til for, at de kan håndteres.

Det gælder ligeledes de store EU-vandprojekter, som regionen er ansvarlig for i samarbejde med en lang række kommuner. EU-projektet Coast to Coast Climate Challenge, som Region Midtjylland har været leadpartner på, er et klart eksempel på, at der inden for området er behov for en instans, som både kan udvikle og skaffe finansiering til så store projekter med en lang række samarbejdsparter, og som efterfølgende kan stå for den overordnede projektledelse.

Endelig vil vi fremhæve, at vi i Region Midtjylland har udviklet indsatsområdet "Kultur som sundhedsfremme", der medvirker til en forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats i forhold til både unge og ældre raske borgere og borgere med fysisk og/eller psykisk sygdom.

Afslutningsvis vil regionsrådet se frem til at indgå i arbejdet i den kommende struktur, som forhåbentlig vil styrke vores sundhedstilbud og samfund.

Med venlig hilsen



Anders Kühnau
Regionsrådsformand



Svendborg
Kommune

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

E-mail: sum@sum.dk

Borgmesteren
Ramsherred 5
5700 Svendborg

svendborg@svendborg.dk

2. juli 2024

Sagsid: 24/13319

Hørings svar fra Svendborg Kommune

Svendborg Kommune tilslutter sig elementerne i KL's høringssvar samt Regions Syddanmarks høringssvar fra hhv. det regionale KKR og Sundhedsdirektørkredsen.

Svendborg kommune bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. Det er relevante og stærke pejlemærker på en national rammesætning, som vil bidrage til udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen.

Svendborg kommune vil gerne fremhæve betydningen og værdien af det nære sundhedsvæsen, som udspringer af demokratiske beslutningstagning og prioriteringer. Uden lokaldemokratiet vil prioriteringerne i sundhedsvæsnets ske langt fra slutbrugeren og være styret af klinisk ræsonnement.

Vi anerkender og genkender den brændende platform som sundhedsvæsnets står på. Vi arbejder dejligt med udfordringerne knyttet til den øgede efterspørgsel på sundhedsydelse. Dette arbejde foregår i en tæt og konstruktiv dialog med sygehus og de praktiserende læger. Gennem det gode samarbejde får vi skabt gode løsninger til gavn for borgerne.

I de tre forvaltningsmodeller, ser vi et svækket samlet sundhedsvæsen som ikke står på mål for den fremtidige udvikling. Med modellerne ser vi større ulighed i sundhed, og skitser af et sundhedsvæsen som er for de få mere end de mange. Hvis man spørger borgerne hvad der er vigtigste, er det et sundhedstilbud som er nært.

Siden kommunalreformen har Svendborg Kommune haft forpligtende samarbejder med hhv. Ærø og Langeland Kommune. Disse har mulig gjort at vi sammen kan skabe volumen til at kunne løfte specialiserede opgaver tæt på borgerne. Dette vil vi gerne mere af.

Det har i lang tid handlet om at centralisere sygehusene med henblik på specialisering og optimering. Samtidig har vi i kommunerne

Svendborg Kommune opfordrer alle til at skrive sikkert via Digital post. Derfor bør du aldrig sende fortrolige personhenførbare oplysninger (CPRnr. helbreds- og økonomiske oplysninger) i en almindelig mail. Læs mere: <https://www.svendborg.dk/om-kommunen/digital-post-og-selvbetjening>

Åbningstider:

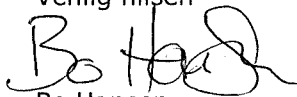
Mandag-onsdag	Kl. 09.00-15.00
Torsdag	Kl. 10.00-16.45
Fredag	Kl. 09.00-14.00



arbejdet målrettet og fagligt med at kvalificere og udbygge det nære sundhedsvæsen som modsvar på det akutte og højt specialiserede sygehus.

I dag løfter vi en stor opgave med den borgerrettede forebyggelses- og sundhedsfremmende indsats som kræver prioritering, vedholdende og indgående viden om en kommunens borgergrundlag. Med kommissionens anbefalinger flyttes denne opgave, og vi har en stor bekymring for at opgaven med forebyggelse og sundhedsfremme nedprioriteres.

Venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bo Hansen', written in a cursive style.

Bo Hansen
Borgmester

Sundhedsstrukturkommissionen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sønderborg Kommunes hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionen

Sønderborg Kommune takker for muligheden for at indsende hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forvaltningsmodeller. Sønderborg Kommune anerkender Sundhedsstrukturkommissionens omfattende arbejde med at udvikle anbefalinger og forslag til forvaltningsmodeller, der skal fremme et forebyggende, sammenhængende og nært sundhedsvæsen med fokus på lighed og bæredygtighed.

Sønderborg Kommune ønsker at pointere kommunens opbakning til KL's politiske hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Sønderborg Kommune ønsker derudover at gøre opmærksom på særlige borger- og lokalperspektiver til Sundhedsstrukturkommissionens rapport, som kommunen ser som særligt vigtige for at opnå et sammenhængende sundhedsvæsen. Disse perspektiver uddybes i de kommende afsnit.

Samlet set har Sønderborg Kommune følgende bekymringer og ønsker til en sundhedsreform:

Sønderborg Kommunes bekymringer:

- Centralisering af sundhedsydelser kan forringe tilgængeligheden for borgere i yderområder.
- Tab af faglig ekspertise og lokalkendskab ved centralisering.
- Øget ulighed i sundhed og svækkelse af forebyggelsesindsatser.
- Afkobling af civilsamfundet og svækkelse af lokalt samarbejde.

Sønderborg Kommunes ønsker:

- Bevare et nærhedsprincip med sundhedstilbud tæt på borgerne.
- Sikre et sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af områder.
- Bevare kommunal sygepleje og akutsygepleje.
- Styrke forebyggelsesindsatser i samarbejde med civilsamfundet.
- Bekæmpe ulighed i sundhed med fokus på lokale behov og forskelle.

Sønderborg Kommune har følgende overordnede betragtninger på baggrund af gennemgang og drøftelse af Sundhedsstrukturkommissionens rapport:

Sønderborg Kommune har i sine politikker på sundheds-, ældre-, og socialområdet allerede en betydelig vægt på flere af de fokusområder, der rejses i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, såsom ulighed i sundhed, sammenhængende sundhedsforløb, forebyggelse og rehabilitering. Kommunens politikker beskriver klare målsætninger om, at borgere skal opleve en lige adgang til forebyggelsestilbud, behandling, rehabilitering og pleje. Derudover er der på tværs af politikkerne klare målsætninger om, at borgerne skal opleve sammenhænge, tryghed og gode overgange mellem sygehus, kommunen og almen praksis. Sønderborg Kommune viser på nuværende tidspunkt, at kommunen tager ansvar og prioriterer nationale dagsordener på



sundheds-, ældre-, og socialområdet. Det er et ansvar og prioriteringsområde, som Sønderborg Kommune fortsat ønsker at have.

Sønderborg Kommune vurderer ikke, at forvaltningsmodellerne og sammenlægningen af sundheds- og ældreplejeopgaver under én myndighed er løsningen på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for i de kommende år. Sønderborg Kommune mener, at en opgavesamling under én myndighed vil føre til øget centralisering og derigennem svække det nære sundhedsvæsen. At centralisere sundhedsvæsenet er ikke i overensstemmelse med kommissionens budskab om, at potentialet for omstilling ligger i nærhed til borgeren. I Sønderborg Kommune samarbejdes der tæt med andre kommunale aktører, såsom PLO, boligforeningerne, beskæftigelsesområdet, kultur- og fritidsområdet samt frivillighedsområdet og civilsamfundet generelt, for at fremme sundhed og trivsel blandt borgere i alle aldre og livssituationer. Kommunen er bekymret for, at centraliseringen kan svække sundhedsrådets samarbejde med disse relevante partnere.

Et sundhedsvæsen tæt på borgeren

Sønderborg Kommune ser det som særligt vigtigt, at et sammenhængende sundhedsvæsen skabes ud fra et nærhedsprincip, hvor forebyggelse, genoptræning, behandling og pleje sker tæt på borgeren i nærmiljøet.

Sønderborg Kommune ønsker at pointere vigtigheden af at tilbyde den patientrettede forebyggelse i borgernes nærmiljø, da det sikrer en bedre tilslutning til indsatsen. Dette forhold gælder særligt for udsatte borgere, hvorfor Sønderborg Kommune frygter, at en centralisering af den patientrettede forebyggelse vil øge uligheden i sundhed.

Sønderborg Kommune har fra især misbrugsområdet og palliationsområdet adskillige eksempler på vigtigheden af, at behandling og pleje sker i borgerens nærmiljø. Borgerne ønsker ikke at tage imod tilbud, der ligger langt fra familien og hjemmet. Der er allerede i dag lange afstande for borgere i Sønderborg Kommune til Sygehus Sønderjylland i Aabenraa. Fra både Kegnæs og Nordborg er der ca. 65 km, hvilket svarer til en times kørsel i bil eller 2,5 timers kørsel med offentlige transportmidler.

Det er Sønderborg Kommunes erfaring, at det er vigtigt at have et nært kendskab til den enkelte borger og et indgående lokalkendskab til de lokale samarbejdspartnere ved implementering af nye løsninger, fx velfærdsteknologi. Dette vil sikre, at vi kan tilbyde de mest effektive og passende løsninger til vores borgere, hvor oplæring og uddannelse af borgerne kan tage udgangspunkt i borgerens forudsætninger og dennes omgivelser.

Sønderborg Kommune stiller sig uforstående overfor anbefalingen om, at hele genoptræningsområdet centraliseres i regionerne. Sønderborg Kommune ønsker at bibeholde sundhedstilbuddene om genoptræning i borgernes direkte nærmiljø og lokalområde, da det sikrer sammenhæng til de øvrige kommunale indsatsområder fx på beskæftigelsesområdet og misbrugsområdet.

Sønderborg Kommune har opbygget en særlig lokal faglig ekspertise på genoptræningsområdet, som borgerne kan tilgå i deres lokalområde. Denne faglige ekspertise vil gå tabt ved at centralisere genoptræningsindsatserne i regionerne, samtidig med at genoptræningstilbud rykker længere væk fra borgerne. Derfor vurderer Sønderborg Kommune, at centraliseringen af genoptræning utvetydigt vil få negative konsekvenser for borgernes genoptræningsforløb.

En centralisering af genoptræningsindsatserne kan føre til mere ulighed i sundhed, da vigtige koblinger til andre lovgivningsområder i relation til genoptræning potentielt afkobles og vanskeliggør et sammenhængende og givtigt genoptræningsforløb for borgerne. Sønderborg Kommune ønsker at påpege det vigtige arbejde kommunale koordinatører udfører i dag og som netop sikrer sammenhængende genoptræningsforløb.



Kommunen råder over genoptræningsfaciliteter i kommunale sundhedshuse i Gråsten, Nordborg og Sønderborg for at sikre borgerne mulighed for genoptræning tæt på deres hjem.

Sønderborg Kommune er derudover bekymret for, at samling af plejehjem hos en større enhed vil betyde samling af plejecentre på færre matrikler. Dette vil forringe borgernes mulighed for at komme på plejehjem i sit nærområde, hvilket Sønderborg Kommune ved er vigtigt for borgerne og deres pårørende. Efter strukturreformen overvejede Sønderborg Kommune muligheden for at oprette større og færre plejecentre i kommunen, men har prioriteret plejehjemsboliger i borgerens nærmiljø både for at borgerne bliver tæt på pårørende og for at skabe plejehjem med særlige lokale islæt med medbestemmende beboer/bruger- og pårørenderåd, samarbejde med børnehaver/skoler og venskabsforeninger. Sønderborg Kommune har erfaring med, at det giver værdi og kvalitet for borgerne. Derudover har Sønderborg Kommune vanskeligt ved at se, hvilken motivation lokale erhvervsdrivende har for at indgå i bestyrelsesarbejde på lokale plejecentre, og kan derfor forudse udfordringer med at få tilstrækkeligt med egnede bestyrelsesmedlemmer på plejecentrene. Sønderborg Kommune har desuden prioriteret opførelsen af ældreboliger i nærhed til plejecentre. Dette gør det muligt for borgere at blive i deres nærområde, mens de flytter ind i en mere ældrevenlig bolig. Det styrker bosætningsmulighederne i lokalområdet ved at skabe attraktive og tilgængelige boligmuligheder for ældre, da det kan tiltrække nye indbyggere og fastholde nuværende indbyggere.

Kommunerne har en unik fordel i at sikre sundhed ude i lokalsamfundet og kan dermed bidrage til at skabe balance i sundhedsvæsenet. Nærhedsprincippet er afgørende for at sikre langsigtede effekter af behandlinger, da det er nødvendigt at adressere de bagvedliggende årsager til sygdom, der ofte er forankret i livsstilsvaner og omgivelser.

Et sammenhængende sundhedsvæsen

Borgerne ønsker at blive set som hele mennesker med individuelle behov og præferencer. Sundhedsvæsenet skal tage højde for alle aspekter af borgernes liv, herunder deres fysiske, mentale, sociale og psykiske sundhed. Sønderborg Kommune ser det derfor som vigtigt, at der er tæt sammenhæng mellem sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet, familieområdet og socialområdet, hvilket er den opgave kommunerne udfylder i dag. Behandling på et sygehus er oftest kun en meget lille del af det samlede forløb i borgerens liv og bør derfor ikke være omdrejningspunktet om borgerens liv.

Sammenhæng skal skabes ud fra den enkeltes behov og levede liv. Sønderborg Kommune har et indgående kendskab til borgerne og lokalsamfundet, hvilket er afgørende for at opnå denne sammenhæng. Decentraliserede beslutninger og tværfaglige teams bestående af sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter samt SOSU-personale, med fokus på helhedspleje er nødvendige for at sikre sammenhængende forløb. Samtidig har Sønderborg Kommune et stort fokus på brugen af velfærdsteknologier, fx Smilla robotten til dosispakket medicin og hjælpemidler på tværs af områderne.

En reduktion af kommunernes prioriteringsrum kan hæmme muligheden for at imødekomme lokale ønsker og behov og dermed skabe sammenhæng i borgernes liv.

Ældre og skrøbelige borgere

Den nyligt vedtagne ældrereform kræver netop decentraliserede beslutninger og tværfaglige teams, hvorfor sygepleje og akutsygepleje skal bevares i kommunerne for at sikre den nødvendige faglighed og kapacitet til at håndtere komplekse forløb.

Sygepleje har tæt sammenhæng med ældreområdet. En betydelig del af borgerne modtager både ydelser efter serviceloven og ydelser efter sundhedsloven. En del af sundhedslovsydelseerne varetages af SOSU-medarbejderne i ældreplejen i sammenhæng med øvrige opgaver og indgår som en del af helhedsplejen.



Skrøbelige borgere med høj kompleksitet og uforudsigelige forløb har oftest et forløb i både ældreplejen og sygeplejen, hvor der vil være behov for løbende faglig sparring, tæt observation og løbende justering af indsatser og behandlingsplan.

Den kommunale sygeplejerske løfter hver dag kvaliteten for borgere med komplekse medicinske og sociale problemstillinger. Sygeplejerskerne er i Sønderborg Kommune organiseret i tværfaglige teams sammen med terapeuter, koordinatore og SOSU-personale med det formål at sikre både det forebyggende og behandlende perspektiv i kompleksitet. Løbende daglige teammøder understøtter tværfaglige drøftelser og handlinger. Her sikrer borgerens faste forløbssygeplejerske, at faglige problemstillinger bliver behandlet i dybden og med udvidet perspektiv, så rette faglighed allokeres og indsats kan iværksættes. Kendskab og relation til borgerne opbygges gennem lang tid, giver unik mulighed for at udøve en tidlig opsporing og tidlig indsats hos ældre som ofte har atypiske symptomer og dermed viser små tegn begyndende sygdom.

Et konkret eksempel fra Sønderborg:

Sygeplejersken sidder hos en borger, er terminalt syg. Der kommer en SOSU-medarbejder ind fra en anden leverandør med sin iPad i hånden. SOSU-medarbejderen fortæller sygeplejersken, at vedkommende skal lave en ernæringsindsats. Dette er et tydeligt eksempel på en medarbejder, som ikke har været i hjemmet før, ikke kender noget til borgeren og som derfor udelukkende arbejder efter en køreliste. Ernæringsindsatsen er i dette tilfælde ikke nødvendig, da borgeren er terminal og meget forpint. Borgeren har brug for lindring og omsorg og ikke at blive vejet og målt. Casen viser værdien af helhedspleje og små tværfaglige teams. En fælles vagtstart eller et kort øjeblik til at snakke sammen inden kunne have gjort, at man kunne afstemme hvad opgaven er og hvordan går de sammen ind til opgaven i borgerens hjem.

Det sikre borgerforløb handler om koordinering mellem faggrupper, organisering og overgange internt i det nære sundhedsvæsen. Her er sygeplejersken det vigtigste led. For borgerne er det vigtigt, at deres forløb varetages af få, gennemgående medarbejdere. Mange af ældreplejens borgere lider af demenssygdomme, og særligt i disse borgerforløb er kontinuitet og forudsigelighed afgørende for et succesfuldt forløb. At besøg af samme SOSU-personale og sygeplejerske er vigtigt for borgerne, viser eksempler fra praksis:

Sønderborg Kommune er bekymret for, at en opdeling af sygeplejen vil reducere adgangen til sygeplejefaglige kompetencer i kommunen, og dermed risikerer at svække effekten af tidlige og forebyggende indsatser. Det gælder både i forhold til hjemmeplejen, som ovenstående eksempel viser, og i forhold til plejecentre, hvor plejecentrene i dag har tæt samarbejde med sygeplejen uden for den normale arbejdstid.

Ligeledes vil en opdeling af sygeplejen med udskillelse af akutteam medføre betydelige snitflader på tværs af sektorer med øget koordineringsbehov og et uklart myndighedsansvar samt give mindre sammenhæng i borgerens forløb.

Forebyggelse og civilsamfund

Styrkelsen af det nære sundhedsvæsen kræver inddragelse af civilsamfundet og fremme af sociale relationer for at forebygge ensomhed og fremme sundhed. Kommunernes kendskab til lokale aktører og tilbud er afgørende og skal tænkes ind i forebyggelsesindsatserne.



Sønderborg Kommune udmærker sig ved at samarbejde på tværs af forvaltninger og med det omkringliggende civilsamfund. Dette samarbejde er særligt fordelagtigt i den patientrettede forebyggelse, som kommunen tilbyder borgerne. Sundhedsvejlederne i kommunens forebyggelsesenhed har et bredt kendskab til lokale tilbud på det frivillige sociale og sundhedsfremmende område. Efter endt kommunalt forebyggelsestilbud informerer medarbejderne borgerne om de relevante foreningstilbud på det frivillige og sociale område. 58 hjertepatienter deltager fx aktivt i Hjerteforeningens fitnessstræning i Sønderborg Kommune.

Sønderborg Kommune ser det som særlig vigtigt at have respekt for, at civilsamfundet drives af frivillige foreninger og derfor kræver pleje og en særlig opmærksomhed på dets skrøbelighed. En betydelig del af det sundhedspædagogiske arbejde i Sønderborg Kommune er fokuseret på at understøtte de frivillige aktiviteter i foreningerne. Aktiviteter der sikrer, at de mennesker der har det svært, får muligheden for en aktiv hverdag og muligheden for at blive en del af civilsamfundets fællesskaber. Dette stiller krav til de professionelle lokalkendskab. Igennem samarbejdet med civilsamfundet har Sønderborg Kommune skabt gode overgange fra patientrettede forebyggelsestilbud til en aktiv og positiv hverdag. Sønderborg Kommune frygter, at der vil ske en afkobling til civilsamfundet ved at forankre den patientrettede forebyggelse i regionerne, og herigennem svækkes det eksisterende civilsamfundssamarbejde.

Ulighed i sundhed

Sønderborg Kommune mener, at en samling af store dele af sundheds- og ældreområdet under regionerne kan forværre uligheden i sundhed, især på det sociale område, herunder borgere med psykiske diagnoser og/eller misbrugsproblemer. Sønderborg Kommune har de seneste mange år arbejdet målrettet for at skabe lighed i sundhed for disse borgere ved at etablere lokale initiativer, ofte i samarbejde med civilsamfundet. Borgere med psykiske lidelser er en udsat gruppe, der har meget vanskeligt ved at begå sig i store centrale systemer, og hvor det er af afgørende betydning at skabe tætte relationer i deres lokalområde, fx ved socialpsykiatrien, gadesygeplejersker og få kendte medarbejdere fra hjemmeplejen, for at få etableret tilstrækkelig tryghed og tillid til at få borgerne til at benytte sundhedstilbud. Derudover bruger Sønderborg Kommune mange ressourcer og tæt samarbejde på tværs af de mange instanser i kommunen, fx misbrugscenter, jobcenteret, sundhedscenteret og hjemmeplejen for at forebygge den sociale arv.

Der er en bekymring for at en samling af store dele af sundheds- og ældreområdet under sundheds- og omsorgsregioner vil kunne medføre en øget ulighed i sundhed. Netop kommunernes viden og lokalkendskab til geografiske forskelle i kultur, livsstil mm. har stor betydning for dette område. Som eksempel kan det nævnes, hvornår den enkelte borger søger læge om et sundhedsproblem. I landkommuner kan der være en tendens til at borgeren negligerer et potentielt sundhedsproblem indtil det er alvorligt, inden der søges læge mens en ressourcestærk borger i en større by søger læge inden sundhedsproblemet opnår samme alvor. Denne lokale forskellighed skal indtænkes, når der planlægges indsatser mod ulighed i sundhed.



Et konkret eksempel fra Broager:

En borger under 65 år, der har svær lungesygdom og samtidig misbrugsproblematik med indsatser både fra den kommunale hjemmepleje, socialpsykiatrien, ringer i en weekend mange gange til både akutteam og det lokale tværfaglige borgerteam med få minutters interval. Borgeren kan ikke angive årsag til de mange opkald.

Sygeplejerskerne i det kommunale akutteam og det tværfaglige borgerteam tager hurtigt kontakt til hinanden og sparrer sammen om ændringen i borgers adfærd, fordi de har en relation og kendskab til borgeren. Det aftales, at det kommunale akutteam besøger borger og vurderer hans tilstand.

Det kommunale akutteam besøger borger og måler både vitale værdier og vurderer hele situationen i hjemmet. Det kommunale akutteam vurderer, at der både kan være mistanke om forværring i kendt lungesygdom og samtidig ændring i kendt misbrug.

Borgeren undersøges ambulantly på sygehuset og opstarter antibiotisk behandling.

Efter borger er udskrevet, sikrer det kommunale akutteam opfølgning på virkningen af behandlingen og koordinerer samtidig med socialpsykiatrien i forhold til at få rettet op på misbrugsproblematikken og med hjemmeplejen for at sikre at langtidsindsatsen i forhold til sundhedsområdet bevares.

Rekruttering og fastholdelse af sundhedsfagligt personale

På mange områder af sundhedsvæsenet er der i dag rekrutteringsudfordringer fx af læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Sønderborg Kommune stiller sig kritisk overfor at centralisering, opgaveflytning og afspecialisering i kommunerne vil løse rekrutteringsudfordringerne. Sønderborg Kommune vurderer, at der i stedet skal arbejdes med lokale tiltag for at tiltrække sundhedsfagligt personale, og herigennem sikre borgernes fortsatte adgang til lokale og nære sundhedstilbud. Dette vil også bidrage til at nedbringe den geografiske ulighed i sundhed. Kontinuitet og relationer til borgere har vist sig at være særligt betydningsfuldt for sundhedsfagligt uddannede. Herunder beskrives lokale tiltag, som Sønderborg Kommune har igangsat for at sikre rekruttering og fastholdelse af sundhedsfagligt personale.

Sønderborg Kommune samarbejder i regi af Sundhedsklynge Sønderjylland om at sikre lægedækning i de sønderjyske kommuner. På baggrund af de fire sønderjyske kommuners initiativ etableres et lægerekrutteringsnetværk og udvikles et forløb, der har til formål at styrke lægers tilknytning til Sønderjylland. I samarbejdet indgår kommunale repræsentanter med sundhedsfaglig viden samt indsigt i lokal erhvervsfremme og bosætning. Indsigter som kommunerne særligt kan bidrage med i et tværsektorielt samarbejde. Dette initiativ understøtter rekrutteringen af sundhedsfagligt personale og understøtter sikring af lægedækning.

Foruden det tværsektorielle samarbejde har Sønderborg Kommune etableret sundhedshuse, hvor der tilbydes kommunal sundhedspleje, sygepleje og genoptræning geografisk spredt i kommunen. Dette initiativ understøtter fastholdelse af sundhedsfagligt personale og sikrer sundhedstilbud i borgernes nærområder. Sundhedshusene rummer sundhedstilbud, der dækker borgernes behov fra barn til voksen, og muliggør et sundhedsfagligt fællesskab på tværs af sektorer og specialer – et fællesskab, der er vigtigt for faglig sparring og fastholdelse af sundhedsfagligt personale. Senest arbejder Sønderborg Kommune på at etablere et sundhedshus i Augustenborg med afsatte midler i budgetaftalen for 2024-2027, samt sonderes mulighederne for etablering af et sundhedshus i Sønderborg. Åbningen af Augustenborg Sundhedshus og Sønderborg



Sundhedshus vil supplere de eksisterende sundhedshuse i Gråsten og Nordborg. Hertil bemærkes, at Region Syddanmark kun har ønsket at etablere regionale tilbud i et af sundhedshusene.

Sønderborg Kommune har haft god succes med at øge optaget til SOSU-uddannelserne gennem lokale tiltag. Det skyldes primært et tæt samarbejde mellem de lokale institutioner og uddannelsesinstitutioner. Denne succes kan blive vanskeliggjort, hvis sparring med sygeplejersker og andre fagfolk fjernes fra lokalområdet, som derfor kan påvirke rekrutteringen negativt.

Et fremtidigt sundhedsvæsen med fokus på forebyggelse og sundhedsfremme

Sønderborg Kommune ønsker, at fokus på fremtidens sundhedsvæsen i højere grad rummer forebyggelsestiltag og sundhedsfremmende tiltag. Som forvaltningsmodellerne er skitseret nu, er fokus primært på, når borgerne allerede er ramt af én eller flere sygdomme. Sønderborg Kommune anerkender, at det sekundære sundhedsvæsen er vigtigt, men mener samtidig, at kommunernes nære kontakt med borgerne giver mulighed for at skabe rammer, der reducerer behovet for specialiserede sundhedsydelse. Der bør derfor i højere grad også lægges vægt på sundhedsfremmende og forebyggende initiativer fremfor blot at håndtere sygdom.

Kerneverdier: nærhed og lokalkendskab

Sønderborg Kommune tilskynder Sundhedsstrukturkommissionen til at værne om værdierne nærhed og lokalkendskab i arbejdet med at sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen og mindske ulighed i sundhed i Danmark – værdier, som Sønderborg Kommune fremmer hver dag i mødet med borgerne.

Videre dialog

Sønderborg Kommune ser frem til en videre dialog om den fremtidige sundhedsstruktur i Danmark og stiller sig gerne til rådighed i tilfælde af, at Sundhedsstrukturkommissionen har spørgsmål eller brug for yderligere uddybning af ovenstående.

Venlig hilsen

Sønderborg Kommune

(Erik Lauritzen, borgmester)

(Didde Lauritzen, formand for Sundhedsudvalget)

(Stefan Lydal, formand for Social-, Senior- og Handicapudvalget)

Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Tandlægeforeningen
Amaliegade 17
1256 København K

Tel.: 70 25 77 11
info@tandlaegeforeningen.dk
www.tandlaegeforeningen.dk

CVR nr. 21318418

Dato: 5. august 2024

Sagsbeh: NOJ
E-mail: noj@tdl.dk
Sagsnr.: 2024 -7250

Vedr.: Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Tandlægeforeningen har med interesse gennemlæst strukturkommissionens afrapportering, som omfatter en række konkrete modeller og forslag til, hvordan sundhedsvæsenet kan fremtidssikres.

Sundhedsvæsenet står over for en række grundlæggende udfordringer, som kræver

et helhedsorienteret og langsigtet blik på det samlede sundhedsvæsen. Tandlægeforeningen konstaterer, at strukturkommissionens fokus i overensstemmelse med kommissoriet har været funderet på et overordnet niveau og ikke isoleret på enkelte fagområder. Dette finder Tandlægeforeningen fornuftigt henset til det politiske ønske om at øge samspillet mellem det specialiserede sundhedsvæsen på sygehusene og det nære sundhedsvæsen i kommuner og praksissektoren. Efter foreningens opfattelse er det imidlertid uhensigtsmæssigt, at tandsundhedsområdet ikke har været repræsenteret i den følgegruppe, som ministeriet nedsatte, da en lang række af de øvrige aktører i praksissektoren har været inddraget. Tandlægeforeningen vurderer i forlængelse heraf, at strukturkommissionens afrapportering desværre afspejler denne manglende inddragelse.

Sammenhængen mellem almen og oral sundhed er veldokumenteret. Behandling af sygdomme i munden kan således forebygge sygdomme andre steder i kroppen, ligesom andre sygdomme kan have følgevirkninger for tandsundheden. Det være sig fx diabetes, hjerte-kar-sygdomme, gigt og cancer. Et andet eksempel er, at der er evidens for, at en god mundhygiejne kan betyde færre og kortere indlæggelser på hospitalerne, reducere risikoen for postoperative infektioner med op mod 50 pct., forebygge lungebetændelse med op mod 45 pct. - og i sidste ende redde liv.

Henset til fraværet af fokus på oral sundhed i strukturkommissionens arbejde og afrapportering, mener Tandlægeforeningen, at regeringen og Folketingets partier bør igangsætte en proces, hvor den orale sundhed indtænkes og i højere grad integreres i det samlede sundhedsvæsen, som tandlægerne allerede i dag er en

Sund mund - Sund krop [#SundmundSundkrop](#)

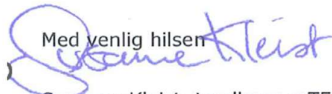
del af. Dette kan med fordel ske i forbindelse med udformningen af nye rammer for voksentandplejen.


Tandlægeforeningen har sammen med bl.a. Ældre Sagen, Danske Patienter og Diabetesforeningen i regi af Tandtænketanken lanceret 35 konkrete anbefalinger til at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet og nedbringe den sociale og geografiske ulighed i tandsundhed. Flere af de enkelte forslag omhandler også elementer, som Tandlægeforeningen mener, at regeringen i den videre proces med udmøntning af strukturkommissionens afrapportering kan inddrage. Det drejer sig bl.a. om:

1. Tandlægen på sundhedskortet
2. Opprioritering af tandpleje i forbindelse med behandling
3. Sammenlægning af ordninger
4. Øget samarbejde mellem læger og tandlæger
5. Nedsættelse af overenskomstforum

Tandtænketankens rapport, hvor ovenstående forslag indgår, er vedlagt.

Tandlægeforeningen er naturligvis til rådighed for yderligere dialog om udmøntning af strukturkommissionens forslag og ser frem til den videre proces.

Med venlig hilsen

Susanne Kleist, tandlæge mTF
Formand


Isabel Brandt Jensen
Adm. direktør



TØNDER KOMMUNE

Høringsvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Tønder Kommunes høringssvar skal ses i sammenhæng med KL's høringssvar, som kommunen har tilsluttet sig. Dette er en række yderligere betragtninger i forhold til Sundhedsstrukturkommissionens rapport med undertitlen "*Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen*".

Beslutningsgrundlagsmangler

Den 28. januar 1986 var en frostkold morgen på Cape Canaveral i Florida. Rumfærgen Challenger var klar til opsendelse, og som de fleste ved, eksploderede rumfærgen 73 sekunder efter opsendelsen. Det har i sig selv ikke meget med sundhed at gøre, men den store lære fra den ulykke var, at man havde al den nødvendige data som kunne vise, at det ville ske, men at politiske, ledelsesmæssige, faglige og økonomiske interesser gjorde, at man overså disse data.

Dette primært ved ikke at stille de spørgsmål, som disse data ville give svaret på.

Det er lidt den samme fornemmelse Sundhedsstrukturkommissionens rapport efterlader os med. Der er f.eks. meget lidt analyse af kulturforskelle, og den indflydelse det har. Det ledelsesmæssige bliver for meget med vægt på det overordnede/ politiske, uden at komme tæt på de rammer, hvor dag til dag beslutninger træffes, og hvor reelle forandringer skabes.

Ligeledes er historien primært beskrevet fra 2007, hvor strukturreformen blev gennemført, men samarbejdet mellem primær og sekundær sektor har stået på siden slutningen af 1980'erne, hvor kommunerne indførte døgnsygepleje, hvilket for alvor åbnede op for at f.eks. terminale borgere kunne behandles i eget hjem i stedet for at være indlagt.

Forståelse / definition af sundhed

Sundhedslovens formålsparagraf §1 siger: "*Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.*"

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger tager meget udgangspunkt i nuværende lovgivning og strukturer uden for alvor at udforske sundhedsbegrebet. I kommissoriet er der lagt op til, at der kan tænkes fordomsfrit. Det viser sig desværre ikke så tydeligt i afrapporteringen.

Man kunne f.eks. have skelet til WHO's sundhedsdefinition: "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*", kigget på de steder hvor man f.eks. ser Blue Zones som en løsning på bedre populationssundhed, eller Health Innovation Schools, hvor sundhed bygger på tillid, samskabelse og begrænsede ressourcer.

Uden præcisering af udgangspunktet i en sundhedsforståelse bliver strukturdesign arbitrær og mere et udtryk for foretrukne forståelser og ikke en fordomsfri tilgang.

Grundlæggende forskellige udgangspunkter

Kommuner har borgere, og sygehuse har patienter. Almen praksis har en blanding. Dette har betydning for forståelsen af den opgave, som skal løses.

Kommunerne skal tænke sundhed, pleje, bolig, tilbud, frivillighed og meget andet ind i borgerperspektivet. Sygehusene fokuserer på udredning og behandling i patientperspektivet. Almenpraksis skal forene begreberne og være gateway til overgange.

”Det nære er det svære” eller ”det som ikke er svært, skal være nært” er udsagn, som kan være lige rigtige, og det er måske også noget af det, som gør det vanskeligt at se en fælles organisering. Det er i bund og grund forskellige principper, som skal sikre, at man lykkes med den primære opgave.

Den grundlæggende tilegnelse af viden tager af samme grund forskellige udgangspunkter og videnskabsteoretiske dogmer og verdenssyn. Dette er i sig selv ikke et problem, men som f.eks. Kurt Klaudi Klausen peger på i sin bog, ”Strategisk ledelse på de mange arenaer”, er det udfordrende at skabe mening, når en forståelse bliver sat over en anden.

Netop det at skabe mening (eller formål) med det arbejde man har, er en af de mest fundamentale brikker til at motivere medarbejdere og dermed en væsentlig faktor i forhold til, at de bevarer tilknytningen til arbejdspladsen eller fagområdet. Ved at centralisere beslutninger og dermed også ensrette forståelser er risikoen for, at medarbejdere, både eksisterende og potentielle, fravælger fagområdet.

Man kunne måske skele til England og deres ”Health and Care Act” fra 2022, som prøver at opsætte rammer for samarbejde og incitamenter fra det lokale til det nationale, men samtidig bevarer lokale strukturer. Disse kan også omfatte borgerbestyrelser, frivillige organisationer og lignende, og de kan dermed skabe en forankring af sundhedstiltag lokalt.

Akutområdet

Akutsygeplejen er et af de steder, hvor Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der kan ske et opgaveflyt fra kommuner til regioner.

Desværre har kommissionen fokuseret på nogle få eksempler på kommunalt/regionalt samarbejde om dette. Det betyder, at den model som Tønder Kommune har valgt (og som enkelte andre, f.eks. Aalborg også arbejder efter), ikke er vurderet som en løsning. Det som adskiller Tønder og de kommuner, som arbejder tilsvarende, er, at alle sygeplejersker har en akutuddannelse og dermed kan håndtere de opgaver, som ligger indenfor akutområdet. I Tønder har vi uddannet vores SSA og SSH til at bidrage til akutarbejdet ved at sikre, at kommunikation og tidlig opsporing er en del af den kompetence, som vi kan møde borgere og samarbejdspartnere med. Det er vores oplevelse, at denne model har fordele ved implementering af samarbejdsaftaler med regionerne. Som eksempel var Tønder Kommune meget hurtig til at implementere IV-aftalen i forhold til vores nabokommuner, som anvender en teamorganisering af akutsygeplejen.

Vores erfaringer leder os også til at kigge på det næste lag af kompetencer, som lige nu er indenfor psykiatriområdet og nogle af de kompetencer, som ligger i APN-uddannelsen (Advanced Practice Nurses). Dette netop for at være med til at løse de udfordringer, som Tønder Kommune har som udkantkommune med lav lægedækning. Det vil for os ikke give mening at adskille akutsygeplejen fra vores multifunktionelle teams, som netop forsøger at være faste teams med høj og bred faglighed - et slags virtuelt nærhospital i lokalområderne.

Tønder Kommune og vores nabokommuner har alle korttidscentre, men med forskellige tilgange og opgaveporteføljer. Det ville efter Tønder Kommunes opfattelse være en god ide, at korttidscentrene, lidt i tråd med kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, også fik en kvalitetsstandard, så sygehusene vidste, hvad de kan forvente fra kommunerne på dette område. I den lokale sundhedsklynge er der lige nu fire forskellige modeller, som sygehuset skal forholde sig til, hvilket selvfølgelig vanskeliggør samarbejdet.

Sammen med regionen har vi i Tønder Kommune i flere år forsøgt at finde løsninger for Tønder Sygehus, som et velfungerende alternativ til indlæggelser på Aabenraa Sygehus (supersygehus). Det er lykkedes på nogle områder og ikke i så høj grad på andre, når f.eks. lovgivningen og GDPR-hensyn har været vanskelige eller umulige at komme uden om, eller Covid har sat en kæp i hjulet, men det væsentlige er, at der kommer

en bedre fælles forståelse af sammenhænge i denne konstellation, hvor det er udvalgsformænd og forvaltninger, som sidder rundt om bordet, i forhold til Sundhedsklyngesamarbejdet, hvor borgmestrene fra kommuner har et bredt arbejdsområde og sidder overfor politiske kolleger fra regionen, som har et smalt og dermed meget større indblik i sundhedsområdet.

Sundhedsklynger og dagsordner

Sundhedsklyngerne er også nævnt i rapporten, som et organisatorisk greb der ikke har haft den ønskede effekt. Den opfattelse deler Tønder Kommune. Ovenfor er nævnt en af de ting, som Tønder Kommune mener er årsagen, nemlig et ikke afstemt niveau i forhold til den politisk opgaveportefølje. Udover det ikke er afstemt politisk fagligt, sidder regionens repræsentanter også i flere klynger, mens de kommunale kun sidder i en. Det har derved også betydning for dagsordnerne, som bliver mere med udgangspunkt i regionernes behov end i kommunernes. Det er ikke af ond vilje, men en konsekvens af den struktur, som klyngerne er sat i verden på ryggen af.

I stedet for at kalde sundhedsklyngerne for ikke succesfulde kunne man tage en lærende tilgang til dem i stedet. Det fælles populationsansvar, som klyngerne fik, er nok ikke det, som har præget arbejdet indtil nu. Måske en yderligere afklaring af begrebet, en anden personkreds af politikere og fagfolk i klyngen, samt en mere agil sekretariatstilgang kunne formodentlig hjælpe meget. Ligeledes kunne beslutningskompetencer, hvor der fra de forskellige aktører var budgetmidler med hjemmefra, give sundhedsområdet og dets forskellighed en større bevidsthed og generel politisk interesse.

I den sønderjyske klynge er det besluttet at fastholde implementeringsniveauet. Det er Tønder Kommunes opfattelse, at dette niveau er essentielt i samarbejdet og koordineringen imellem sygehus og kommuner. Det har blandt andet været med til at sikre hurtig og sikker implementering af Kom trygt Hjem, 72 timers udvidet behandlingsansvar, IV behandling og meget andet, og det er med til at styrke kendskabet mellem de operationelle aktører i samarbejdet i klyngen.

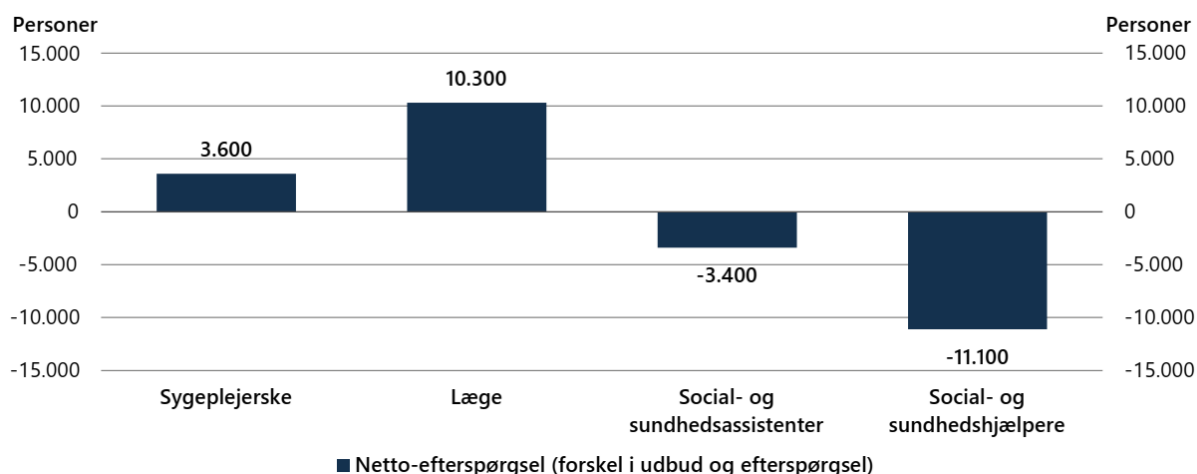
Medarbejdersituationen

Det helt store spørgsmål og et centralt tema i kommissoriet er, hvad gør vi med den forventede mangel på medarbejdere?

I rapportens figur 4.13 (herunder) ses, at stigning i læger og sygeplejersker svarer nogenlunde til nedgangen af SSA og SSH ansatte.

Figur 4.13

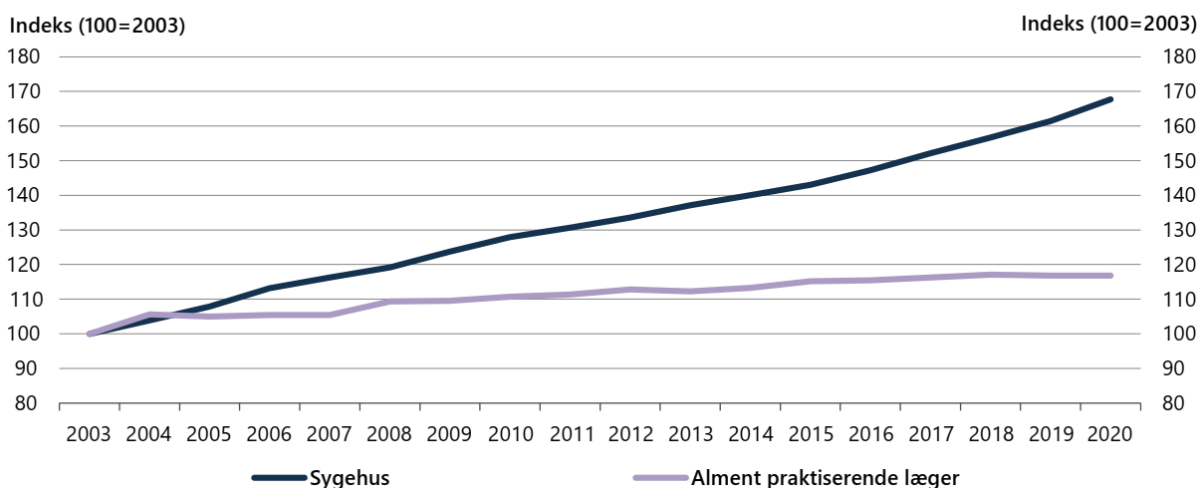
Ændring i efterspørgsel på udvalgte grupper af sundhedspersonale i 2035, målt i forhold til 2021



I rapportens figur 2.2. (herunder) vises udviklingen i antallet af læger i almen praksis og på sygehusene.

Figur 2.2

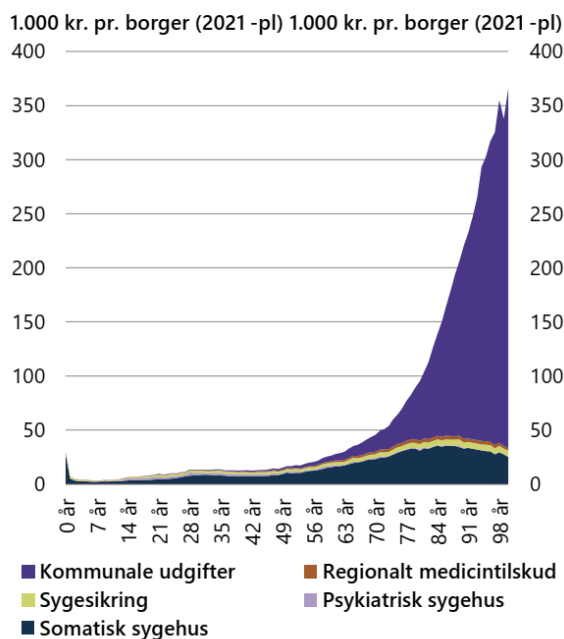
Udvikling i antal læger ansat på sygehusene og alment praktiserende læger, indeks (2003=100)



I rapporten er også en fremskrivning af behov for sundhedsydelser i figurerne 2.4 og 2.5 (herunder), hvor den store stigning ifølge analyserne vil være i forhold til personlig pleje og praktisk hjælp, og specielt i de sidste leveår og særligt på det kommunale område.

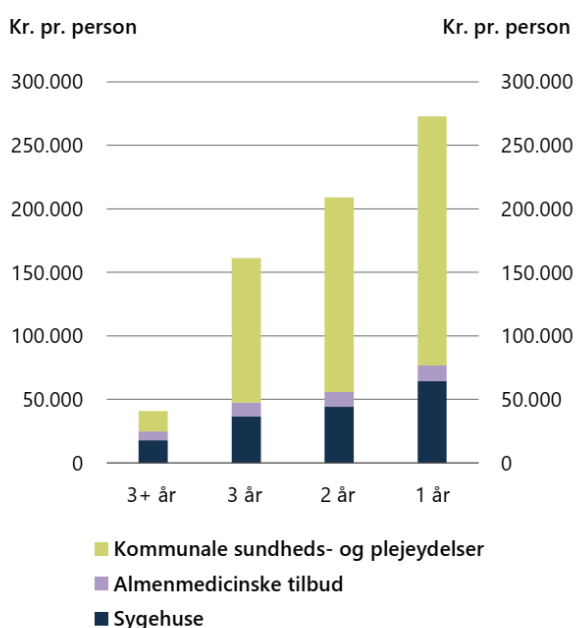
Figur 2.4

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person, fordelt på alder, 2022



Figur 2.5

Forbrug af sundheds- og plejeydelser pr. person over 65 år, fordelt på afstand til død, 2019



Hvis man sammenholder disse data med demografien som viser, at der vil være en væsentlig stigning i de grupper af borgere som særligt vil give udfordringer med pleje, er det et regnestykke, som ikke vil komme til at gå op.

Der mangler grundlæggende en forståelse for, at man er nødt til at tage andre perspektiver på en løsning af dette. Det er ikke Tønder Kommunes opfattelse, at Sundhedsstrukturkommissionen er lykkedes med dette.

Medarbejdere motiveres af mening, formål, værdsættelse, oplevelse af kompetence og autonomi. En implementeringsøvelse, som primært fokuserer på overordnede strukturer med den grad af kaos det medfører, er der efter Tønder Kommunes opfattelse en meget stor risiko for at frastøde medarbejdere i stedet for

at sikre deres tilknytning og medspil. Det er nærmest strategisk forbudt at bruge løs af den knappe ressourcer, man har til rådighed for at tilgodese andre forhold. Dette mener Tønder Kommune, at Sundhedsstrukturkommissionen helt fejltolker, når man beskriver, at der er implementeringsomkostninger ved alt, og så lader 5 og 7 være lige. Der er ganske simpelt ikke råd til, at vi fejler med den stadige tilknytning af vores medarbejdere.

Model fattigdom eller mangel på kreativitet?

Vi kan ikke løse vores problemer med den samme tankegang, som skabte dem. — Albert Einstein

Der er behov for at stille en række spørgsmål i forhold til de givne data.

- Hvad er grunden til, at læger hellere vil arbejde på sygehuse fremfor almen praksis?
- Hvad vil der ske, hvis læger og sygeplejersker skal løse opgaverne med personlig pleje og praktisk hjælp?
- Skal almen praksis stadig være en privat foranstaltning, eller er der behov for hybridmodeller?
- Hvad skete der med FAM, og skal den (hybride) praktiserende læge være den nye lokale FAM i samarbejde med et korttidscenter (f.eks. med adgang til laboratorier og billeddiagnostik)?
- Hvordan vil målrettet tidlig opsporing og intervention kunne ændre de sidste år af livets behov for pleje (tidlig indsats, færre omkostninger, mindre behov for medarbejdere)?
- Hvordan sikres det frie valg for borgerne sammenholdt med en mere lokal forankring af sundheds-tiltag?
- Hvordan indtænkes de ældres øgede problemløsningskompetencer og -ressourcer i en forbedret populationssundhed?

Der er fra Sundhedsstrukturkommissionen foreslået tre modeller.

1. Sundheds- og omsorgsregioner
2. Statsligt enhedssundhedsvæsen
3. Sundhedsregioner

Da et af mantraerne i afrapporteringen er, at der skal ske noget andet, er model 3 sådan set udelukket, og model 2 er der ikke appetit på fra ministeriet. Det efterlader et indtryk af, at kommissionen har lavet to pseudoforslag og kun et reelt som mulighed, nemlig model 1.

Det er her, at historien om rumfærgen kommer i spil. Der efterlades et indtryk af ikke erkendt bias for noget bestemt.

Model 1 svarer til den organisering, som man arbejder med i Norge og Finland. Her er der et par data-nedslag til eftertanke.

- Norge er inddelt i 15 fylker (amter) og 357 kommuner. Den mindste kommune, Utsira, har kun lidt over 200 indbyggere, mens den største, Oslo har 697.000 (2021)
- Finland er inddelt i 19 regioner og 70 delregioner og 309 kommuner.
- Danmark er inddelt i 5 regioner og 98 kommuner.

	Danmark	Norge	Finland
Regioner	5	15	19
Kommuner	98	357	309

National befolkning	5,90 mio.	5,45 mio.	5,56 mio.
Areal	42.952 km ²	323.781 km ²	338.462 km ²
Gns. befolkning region	1.180.000	363.300	292.600
Gns. befolkning kommune	60.200	15.266	17.993
Gns. areal region	9.184 km ²	21.585 km ²	17.813 km ²
Gns. areal kommune	458 km ²	906 km ²	1.095 km ²

Som det ses i tabellen, er der store forskelle i både befolkningsgrundlag og areal fra Danmark til Norge og Finland.

I Danmark ved vi, at spændet er fra ca. 1.600 på Læsø til ca. 650.000 i København. Vi ved også, at vi har forholdsvis få meget små kommuner, egentlig allokeret på øer. I tallene fra Norge kan vi se, at Oslo indtager ca. samme plads som København, men den mindste kommune er også repræsentant for en lang række tyndt befolkede områder med tilsvarende kommuner.

Hvis du er i Norge eller Finland, giver det mening at indskyde et sundhedsniveau a la det, som er foreslået i model 1 for at skabe den nødvendige robusthed, men i Danmark er situationen en væsentlig anden. Her er det et spørgsmål om at flytte eller rettere have et supplerende fokus på robusthed af det sundhedstilbud, som kan håndteres i og omkring den bopæl, man har som borger. Tønder Kommune er helt enige i, at et meget væsentligt udfordringsområde er manglen på ikke kun almenmedicinske læger, men også hvad lægerne i almen praksis faktisk kan tilbyde af udredning og behandling af de ikke akut syge.

I Tønder Kommune har vi gode erfaringer i samarbejdet med vores lokale sygehus omkring vent og se indlæggelser (tidlig kobling til sygehuslæge og praktiserende læge). Det sikrer, at mange borgere undgår indlæggelse, men bevarer trygheden. Ligeledes er samarbejdet omkring samdriftspladser, hvor borgere, som ikke er færdige til at tage hjem fra daghospitalsophold, får en plads på kommunens korttidscenter til næste morgen, som alternativ til indlæggelse.

Der kan sagtens etableres løsninger indenfor den nuværende struktur, f.eks. fremskudte FAM til de skrøbelige borgere, som kommunerne meget hellere vil holde i rolige og trygge rammer i lokalområdet, frem for at sende dem omkring et i deres øjne kaotisk sygehusophold, hvor det ofte opleves, at de har mistet funktionsniveau, som er både vanskeligt og ressourcekrævende at genetablere.

Tønder Kommune stiller sig gerne til rådighed for et yderligere dialog om, hvordan nogle af de ovenstående spørgsmål kan besvares, og hvordan eksisterende strukturer kan forbedres.

De bedste hilsner

Sundhedsudvalget Tønder Kommune

Vicekommunaldirektør Keld I. Hansen (kih@toender.dk) eller Fagchef Torben Lindbæk-Larsen (torlin@toender.dk) kan kontaktes for uddybende forklaringer.

Jf. nedenstående fremsendes hermed UlykkesPatientForeningen og PolioForeningens input til høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

- I lyset af den varslede omorganisering af ressourcer mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen er der en risiko for en nedsat specialiseret indsats til patienter med højt specialiserede og sjældne diagnoser. Det er derfor vigtigt for os, at en opprioritering af almen praksis og den store gruppe ældre og kronikere med mindre specialiserede behov ikke sker på bekostning af nogle af sundhedssystemets svageste og mest komplekse patienter. Det kan i denne sammenhæng overvejes at skabe en øget decentral specialiseringsgrad ved at gøre det muligt for de praktiserende læger at dygtiggøre sig særligt i forhold til bestemte patientgrupper. Desuden foreslår vi, at man i forbindelse med udflytning af sundhedsopgaver til almen praksis benytter lejligheden til at se på de fysiske tilgængelighedsudfordringer, som gennem mange år har knyttet sig til området.
- Vi savner, at rapporten forholder sig til det specialiserede socialområde, som griber dybt ind i sundhedsvæsenet. Kun fire gange nævnes området i rapporten og her i forhold til effekterne af strukturreformen i 2007.
- Rehabilitering fylder ikke meget i rapporten, men mere og mere blandt danskerne i takt med, at flere lever længere med et stigende antal samtidige sygdomme. Det er dokumenteret, at en effektiv rehabilitering forbedrer den samlede behandlingseffekt og dermed har en indbygget samfundsøkonomisk gevinst. Hvis man ønsker et mere sammenhængende sundhedsvæsen med bedre koordination af den enkeltes behandlingsforløb, er det helt centralt at interessere sig for rehabiliteringsområdet, som i dag er skævt fordelt i forhold til både modtagergrupper og kvalitet af den modtagne hjælp på tværs af kommuner og regioner. Vi ønsker os, at området opprioriteres og sidestilles med den medicinske behandling af patienterne samt i tråd med rapportens anbefaling flyttes ud af kommunerne, idet rehabilitering af små patientgrupper, som kræver særlige kompetencer, er udfordrende at varetage fagligt bæredygtigt i alle kommuner.
- Vi ønsker desuden med afsæt i aktuelle undersøgelser blandt vores egne medlemmer at sætte fokus på to opmærksomhedspunkter. Dels at en øget indfasning af digitalt baseret behandling i eget hjem forudsætter en omfattende og grundig uddannelse af patientgruppen, dels at man bør være varsom med at regne de pårørende med som en ressource i sundhedssystemet. Ofte er de pårørende i forvejen hårdt spændt for, og hver tredje af vores medlemmer har slet ikke pårørende, som kan hjælpe i forhold til behandlingssystemet.
- Rapporten beskæftiger sig indgående med et mere sammenhængende sundhedsvæsen, men udelukkende på et organisatorisk makroniveau i forhold til fordeling af ansvar for de enkelte sundhedsopgaver. Vi savner et konkret tilbud til den enkelte patient, hvor der skabes mulighed for, at én person har ansvaret for at hjælpe patienten med at navigere mellem indsatser og sektorer, fx i form af en forløbskoordinator, som enten kan være egen læge eller tilknyttet hospitalet. Denne person bør have adgang til al relevant information om patientens samlede behandlingsforløb samt bemyndigelse til at træffe beslutninger, som sikrer det bedst

mulige forløb for patienten i de tilfælde, hvor der opstår en tvist mellem forskellige muligheder.

Venlig hilsen

Marlene Langbo-Friis

Politisk konsulent

Fjeldhammervej 8 · 2610 Rødovre
D · M +45 36 73 90 08 · H 36 73 90 00

ulykkespatient.dk

UlykkesPatientForeningens formål er at forbedre livsvilkårene for de flere end 100.000 danskere, der har alvorlige følger efter en ulykke. Primært gennem støtte, oplysning og forskning. UlykkesPatientForeningen har tæt fællesskab med PolioForeningen, der sammen driver Specialhospitalet for Polio- og Ulykkespatienter og HandicapBilistCentret.

Alle fire navne er tidligere kendt som PTU – Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede.

Her kan du læse vores [privatlivspolitik](#).

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport med tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen.

Ungdommens Røde Kors har med interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens rapport, og vi takker for muligheden for at afgive kommentarer og give vores bud på fremtidens sundhedsvæsen. Vores bemærkninger tager afsæt i vores arbejde med børn og unge i udsatte livspositioner. Herigennem har vi fået dyb indsigt og faglig viden i både udfordringerne og (nogle af) løsningerne for hvad der skal til for at skabe et børne- og ungevenligt sundhedsvæsen.

Civilsamfundet skal være en større del af fremtidens sundhedsvæsen

Vi noterer os, at samarbejdet med civilsamfundet står beskrevet enkelte steder i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, men er bekymret over, at det ikke er fremhævet tydeligere. For vores frivillige kan nemlig noget andet end psykologer, læger og andre sundhedsprofessionelle.

Hver dag arbejder vi med at styrke unges selvværd, selvtillid og mentale trivsel. Det gør vi ved at skabe meningsfulde, frivillige og trygge relationer og fællesskaber, hvor unge hjælper andre unge. Netværk, som eksisterer i hverdagen og lokalområdet. Både før og efter indlæggelsen. Og vi har allerede mange gode samarbejder i kommunerne og regionerne i næsten alle dele af landet. Vi er fx i høj grad til stede på hospitalerne, hvor vi med vores hospitalscaféer sætter sygdom på pause for indlagte børn og unge og i stedet skaber fællesskaber under indlæggelsen, der mindsker følelsen af at være anderledes og ensom. Vi har også mere end ti års erfaring med frivilligbaserede mentorordninger for børn og unge. Senest er vi gået sammen med Region Syddanmark om en ny samarbejdsmodel på tværs af region og civilsamfund, hvor vi har startet en mentorordning op rettet mod unge, der lige er blevet udskrevet fra psykiatrien. Det arbejder vi også på at få udbredt til andre regioner.

Men vi oplever desværre også en række strukturelle udfordringer i samarbejdet med det offentlige system. Det handler fx om, at politikere og embedsmændene ude i regionerne og kommunerne, er uvante med at bruge civilsamfundet, eller at de ikke har de nødvendige ressourcer til at kunne samarbejde med civilsamfundet. Og det sætter desværre nogle gange barrierer for at frivillige og velafprøvede projekter kan komme til sin ret og gøre en forskel for borgerne.

Derfor mener vi, at man i en kommende sundhedsreform skal tænke civilsamfundet aktivt ind som en del af sundhedsvæsenet. Vi skal sikre, at sundhedsvæsenet arbejder strategisk med civilsamfundet som en fast partner, og at man tænker os ind som et supplement til den professionelle indsats.

Den svære overgang fra barn til voksen i psykiatrien skal styrkes

Vi er helt enige i Sundhedsstrukturkommissionens store fokus på psykiatrien, herunder vigtigheden i at sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser og mellem psykiatrien og somatikken samt styrke det tværsektorielle samarbejde.

Vi synes, at det er særligt vigtigt at skabe blidere overgange *i psykiatrien og ved udskrivelse*. Vi hører fra mange unge patienter, at overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien kan være svær. Den fysiske flytning til en anden afdeling, nyt personale, ny kultur, nye medpatienter og i nogle tilfælde også en ændring i selve behandlingen gør unge særligt sårbare. Overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien bør styrkes ved fx at ansætte socialsygeplejersker på de psykiatriske afdelinger, der specifikt skal hjælpe unge i overgangen. Sygeplejerskerne bør afholde afklarende samtaler med de unge i månederne og ugerne op til, at de overgår til voksenpsykiatrien. Når indlæggelsen slutter, og den unge udskrives til ambulante behandling, er der flere, der mangler støtte til at klare hverdagen, hvor mange står alene i en sårbar tid.

Hvis vi skal arbejde for, at færre skal genindlægges, skal psykiatrien have en forståelse af, at man er et ungt menneske. Ofte bliver man set og behandlet som enten barn eller voksen, men både 'systemet' og personalet skal have blik for den enkelte unge i overgangene.

De unge er fremtidens patienter, pårørende og medarbejdere – derfor skal vi lytte

I Ungdommens Røde Kors er det de unge frivillige og deltagerne, der er vores eksperter. Den tilgang er unik og kendetegner os som organisation. Og vi ved, det kan noget helt særligt. Samtidig arbejder vi for at give alle unge en platform og en stemme - særligt de stemmer, der alt for sjældent bliver hørt. Vi giver derfor mikrofonen videre til nogle af de unge, der har haft den sværeste vej gennem livet. For de kan vise udsathed, som den opleves af børn og unge, og de kan pege på årsagerne til svigt. I foråret har vi faciliteret en heldagsworkshop med vores egen U-strukturkommission, hvor 60 unge studerende på tværs af studieretninger og fagligheder deltog med det formål at udvikle nye løsninger på de svære problemstillinger i sundhedsvæsenet. Vi har overrakt anbefalingerne til formanden for Sundhedsstrukturkommissionen, Jesper Fisker.

Vi håber, at man vil inddrage de unge - både ift. at videreudvikle idéer og løsninger, der bliver taget alvorligt, men også i de videre skridt, når en kommende sundhedsreform skal implementeres lokalt og nationalt.

Om Ungdommens Røde Kors

Ungdommens Røde Kors er Danmarks største humanitære ungdomsorganisation med 4.000 unge frivillige. Vi er en frivillig, social organisation, der laver indsatser for og med børn og unge i hele Danmark og ude i verden.

Vores aktiviteter spænder over alt fra mentoring og lektiehjælp til ungdomsklubber og ferielejre. Vi er til stede med unge frivillige og fællesskaber på hospitalernes somatiske og psykiatriske afdelinger, på børne- og ungehjem, på asylcentre, på sikrede institutioner, på krisecentre og i fængsler.

Vi bestræber os på at være der, hvor der er størst behov for børn og unge, som befinder sig i en udsat position.

Gennem vores arbejde med de unge, har vi fået dyb indsigt og faglig viden i både udfordringerne og (nogle af) løsningerne for hvad der skal til for at skabe et børne- og ungevenligt sundhedsvæsen.

Ungdommens Røde Kors er en selvstændig organisation med egne vedtægter, en politisk valgt landsstyrelse og egen økonomi. Vi er en del af Røde Kors-bevægelsen, og vi samarbejder med Røde Kors i Danmark, når det giver mening.

Til rådighed for yderligere dialog

Ungdommens Røde Kors håber, at nogle af ovenstående perspektiver kan indgå i det videre arbejde med at nytænke det danske sundhedsvæsen, og vi står naturligvis til rådighed til en yderligere dialog med Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Med venlig hilsen

Politisk næstforperson i Ungdommens Røde Kors, Benedikte Rønn Sørensen



Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens Rapport

Kommentarer og anbefalinger til den fremlagte rapport fra U-strukturkommissionen

U-STRUKTURKOMMISSIONEN er et initiativ, der samlede unge studerende fra forskellige uddannelsesinstitutioner og fagområder for at udvikle innovative løsninger til sundhedsvæsenets udfordringer.

Udfordringerne som de unge skulle adressere, var beskrevet gennem 31 behovsvideoer fra eksperter og brugere af sundhedsvæsenet. 60 unge studerende fra hele landet deltog i en workshop på Aarhus Rådhus for at skabe løsninger til fremtidens sundhedssektor. Under workshoppen arbejdede de studerende intensivt på at udvikle konkrete løsninger, som efterfølgende blev udarbejdet til seks "hvad-nu-hvis"-scenarier, der adresserer fremtidige sundhedsudfordringer med innovative løsninger.

I dette høringssvar ønskes at fremhæve fire områder, som blev understreget, bør have større fokus for at sikre en fremtidssikret og bæredygtig sundhedssektor i Danmark. Vores bemærkninger baserer sig på indsigter fra U-Strukturkommissionens arbejde. Se mere om initiativet på dette [link](#)

1. Reducering af CO2-aftryk (Side 17, 22, 380)

Det er essentielt at gentænke strukturen for sundhedssektoren med et klart mål om drastisk at reducere CO2-aftrykket. I rapporten nævnes bæredygtighed overfladisk, men der er mangel på konkrete mål og initiativer, der sigter mod at reducere sektorens CO2-aftryk. Sundhedsvæsenet står for omkring 6% af Danmarks samlede CO2 udledninger (næsten en fordobling siden 1990). WHO vurderer samtidig, at klimaforandringerne er den største trussel mod den globale folkesundhed.

De unge fra U-Strukturkommissionen foreslår at skabe økonomiske incitamenter for at fremme grønne initiativer i sundhedssektoren. For eksempel kan man indføre økonomiske belønninger for sundhedsfaciliteter, der aktivt reducerer deres CO2-udledning gennem energibesparende foranstaltninger og bæredygtige praksisser.

2. Civilsamfundets rolle (Side 11, 12, 190)

Civilsamfundet spiller en afgørende rolle i at understøtte og komplementere sundhedsvæsenets arbejde. Rapporten nævner inddragelse af forskellige interessenter, men civilsamfundets potentiale som en aktiv ressource er ikke tilstrækkeligt fremhævet. Civilsamfundet kan bidrage med frivillige ressourcer, støtte til patienter og innovative løsninger, som kan aflaste det offentlige sundhedsvæsen, og være med til at fremme sundere liv.

U-Strukturkommissionen opfordrer til en mere systematisk inddragelse af civilsamfundet i fremtidige sundhedsstrategier og udmøntningen af disse.

3. Helhedsorienteret sundhed og trivsel (Side 15, 211)

Rapporten berører kædeansvar og nødvendigheden af sammenhængende patientforløb. Vi mener dog, at der bør lægges større vægt på en helhedsorienteret og proaktiv tilgang til sundhed og trivsel.

U-Strukturkommissionen foreslår at nedbryde de silo-opdelte ansvarsområder og i stedet skabe et integreret system, hvor samfundet aktivt bidrager til at bevare og fremme sundhed. Dette kan inkludere tværsektorielle samarbejder, hvor kommuner, sundhedsvæsen og civilsamfund arbejder sammen om forebyggende initiativer og tidlig indsats. Dertil bør man arbejde mere med tværfaglige



teams, der både kan tage hånd om de fysiske og mentale udfordringer, så der skabes mere lighed i sundhed.

4. Dataudnyttelse og teknologiintegration (Side 211, 260, 336)

Rapporten anerkender behovet for digitalisering og bedre dataudnyttelse, men konkrete tiltag og mål er begrænsede.

U-Strukturkommissionen ønsker en radikal forbedring af dataudnyttelse med fokus på integreret og automatiseret dokumentation, processer og beslutningsstøtte. Automatiserede systemer kan forbedre beslutningsprocesser og sikre en mere effektiv ressourceudnyttelse. Dette inkluderer anonym deling af sundhedsdata, hvor patienter informeres og gives mulighed for at dele deres data til gavn for både dem selv og samfundet.

Afsluttende Bemærkninger

Vi håber, at kommissionen vil tage ovenstående anbefalinger i betragtning og inkludere dem i det videre arbejde. De unge stemmer har leveret værdifulde indsigter, som kan bidrage til at forme et mere bæredygtigt, integreret og fremtidssikret sundhedsvæsen.

Tak for jeres opmærksomhed. Vi ser frem til fortsat dialog om udviklingen af det danske sundhedsvæsen. For yderligere information om resultaterne fra U-Strukturkommissionen, kontakt: martin@meddata.dk

Med venlig hilsen,

Initiativgruppen bag U-Strukturkommissionen

Tenna Korsbæk Andreasen

Philip Rørvig

Karen Kisakeni Sørensen

Mikkel Rathje

Martin Vesterby

Varde Kommunes høringsvar for Sundhedsstrukturkommissionens rapport - Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen

Varde Kommune roser Sundhedsstrukturkommissionen for det omfattende og meget grundige arbejde, der er lagt i rapporten. Med udgangspunkt i de væsentlige tendenser og udfordringer, der i de kommende år vil ændre forudsætningerne for opgaveløsningen på sundheds- og ældreområdet, fremlægger kommissionen forslag til nye strukturer, der skal gøre sundhedsvæsenet mere sammenhængende og effektivt.

Centrale hensyn

Varde Kommune finder det relevant, at de seks centrale hensyn gennemgående anvendes til at vurdere fordele og ulemper ved de præsenterede tværgående anbefalinger, forvaltningsmodeller og forslag til opgavesamlinger. Samtidig anerkendes, at ingen af forslagene vil kunne tilgodese alle hensyn i samme grad, og at det derfor er nødvendigt at afveje hensynene op mod hinanden.

Tværgående anbefalinger

Varde Kommune bakker op om de seks tværgående anbefalinger, og er enig i, at de vil medvirke til at imødekomme nogle af de store udfordringer, der er i sundhedsvæsenet. Varde Kommune ser derfor frem til, hvordan anbefalinger vil blive implementeret i praksis.

Ift. anbefalingen om at integrere psykiatrien organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, er Varde Kommune enig i, at det medfører flere fordele. Organiseringen vil understøtte en styrket sammenhæng samtidig med, at der er potentiale for at løfte sundheden og livskvaliteten for borgere med psykiske lidelser og dermed reducere ulighed i sundhed for borgergruppen. Dog er der også en bekymring for, at psykiatrien risikerer at blive opslugt af somatikken, der er et langt større område. Desuden skal der være en opmærksomhed på, at der i dag er et tæt samarbejde med Lokalpsykiatrien og kommunen, hvorfor der fortsat vil være snitflader mellem to sektorer på dette område.

Forvaltningsmodeller

Ift. de tre forvaltningsmodeller hæfter Varde Kommune sig ved, at modellerne varierer i graden af demokratisk kontrol samt den politiske nærhed til opgaveløsningen. Da sundhed er et område, hvor der træffes politiske beslutninger med store konsekvenser for borgerne, mener Varde Kommune, at der skal prioriteres en model, der klart placerer det politiske ansvar samtidig med at politisk nærhed vægtes højt. Ved at placere ansvaret for opgaveløsningen tæt på borgerne, skabes de bedste muligheder for at politikkerne både kan identificere og reagere på lokale problemstillinger samtidig med, at opgaverne kan tilpasses lokale ønsker og behov. Derudover giver det netop borgerne gode muligheder for at få indflydelse på opgavevaretagelsen og for at placere et politisk ansvar for udviklingen.

Regionerne løser i dag bl.a. følgende opgaver:

- Ansvar for regionale busruter og jernbaner
- Miljø, jordforurening, generationsforureninger og råstoffer (PFAS, Klimatilpasning, vand)
- Udviklingsplaner inden for uddannelse, kultur, miljø samt udvikling af byregioner, byer, byområder og landdistrikter i samarbejde med kommunerne
- Internationalt samarbejde relateret til regioner som medlemmer fx Interreg-samarbejdet

Varde Kommune ønsker at få mulighed til at forholde sig til kommunal vs. statslig placering af de nuværende regionale opgaver, såfremt det besluttet at fjerne disse fra regionerne.

Opgavesamlinger

Det er med stor opmærksomhed, at Varde Kommune har læst de tre opgavesamlinger, da de i større eller

mindre grad vil forandre den nuværende kommunale ansvars- og opgavevaretagelse på sundheds- og ældreområdet. Det noteres, at markante ændringer i opgaveplaceringen vil indebære både omstillings- og implementeringsomkostninger, ligesom enhver samling af opgaver hos én myndighed vil medføre nye snitflader til øvrige indsatser.

Varde Kommune er optaget af, hvordan de tre opgavesamlinger vil bidrage til at løse rekrutteringsudfordringerne på sundheds- og ældreområdet, og mangler en beskrivelse af dette i rapporten. Generelt kan der i Varde Kommune være en bekymring for, at opgavesamlingerne får betydning for kommunernes mulighed for at anskaffe tilstrækkeligt kvalificeret arbejdskraft, da det kan være mindre attraktivt for de berørte faggrupper at løse de tilbageværende opgaver i kommunen. Særligt landkommuner, som Varde Kommune, med en stor geografi, kan blive udfordret i at opretholde faglig bæredygtighed, da det vil betyde, at medarbejdere vil bruge en stor del af arbejdstiden på at transportere sig rundt til borgerne grundet de store afstande.

Varde Kommunes overordnede betragtning af hhv. den store og mellemstore opgavesamling er, at de begge indeholder stort potentiale for at skabe bedre sammenhæng for de borgere, der i dag har forløb på tværs af sektorer. Dog er en bekymring, at opgavesamlingerne kan forringe borgernes adgang til sundhedstilbud, der ikke foregår i borgerens hjem. Bekymringen skyldes, at der kan være risiko for, at en ny myndighed vil samle opgaverne geografisk med henblik på at opnå stordriftsfordele. Hvis det bliver tilfældet, vil det være i modstrid med at en ny organisering skal understøtte relevante sundhedstilbud tæt på borgerne. Ligesom der kan være bekymring for at borgere med lav grad af sundhedskompetencer og få ressourcer i endnu højere grad end i dag vil få vanskeligheder ved at benytte sig af de relevante tilbud.

Ift. den store opgavesamling har Varde kommune følgende bemærkninger:

Variant B og D - aldersgrænse på 67 år:

- Da folkepensionsalderen løbende ændrer sig, er det nok at tilføje, at det gælder personer under folkepensionsalderen
- Der kan være en bekymring for at en aldersgrænse kan få betydning for den faglige bæredygtighed og kvaliteten af den kommunale opgavevaretagelse, da nogle kommuner vil udfordres af mindre borgervolumen
- Ift. den patientrettede forebyggelse giver det god mening at skelne opgavevaretagelsen med en aldersgrænse, da borgere i den arbejdsdygtige alder har flere snitflader til øvrige kommunale fagområder fx beskæftigelsesområdet og socialområdet

Særligt ift. socialområdet

- Variant A og C:
 - Disse varianter vil skabe nye snitflader til socialområdet fx mellem personlig pleje og socialpædagogisk støtte samt mellem plejebolig og socialt botilbud
 - I den nuværende organisering kan fagområder på ældre- og socialområdet understøtte hinanden fx praktiskhjælp, det vil være vanskeligt, hvis opgaverne samles i ny myndighed
- Variant B og D:

- Ved disse varianter skal det være en særlig opmærksomhed på, at der skabes uklarhed over, hvem der har ansvaret for indsatser, når borger fylder 67 år, hvor støttebehovet både er relateret til funktionsnedsættelse og alderssvækkelse
Udfordringen er i dag mellem kommunale forvaltninger, men forstærkes når ansvarsdelingen bliver mellem to myndigheder

Ift. den mellemstore opgavesamling har Varde kommune følgende bemærkninger:

- Da ny myndighed kan have incitament til at flytte borgere i eget hjem på plejehjem/bolig, anses det positivt, at finansieringsansvaret deles mellem kommunen og den nye myndighed
- Der skal være opmærksomhed på, at borgere på plejehjem/bolig har indsatser, der går på tværs, hvorfor der fortsat vil være snitflader mellem ny myndighed og kommunen. Derudover vil der ske en opbygning af delvist parallelle funktioner i de to sektorer fx sygepleje, personlig og praktisk hjælp samt træningsindsatser. I praksis kan det vanskeliggøre opretholdelsen af en faglig bæredygtig opgaveløsning, og der er risiko for et endnu mere administrativt tungt system

Ift. den lille opgavesamling har Varde kommune følgende bemærkninger:

- Generelt stiller Varde Kommune spørgsmål ved om opgavesamlingen vil frigive ressourcer og øge arbejdskraften? Derudover er der en bekymring for, at de foreslåede opgavefordelinger vil skabe et tungt administrativt system, da der kan opstå flere snitflader mellem sektorerne og dermed også forhandlinger om, hvem der har ansvaret for borgerne i konkrete situationer

Dele af den kommunale sygepleje og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed:

- I praksis vil det i nogle situationer være uklart, hvornår borgerforløb er komplekse og skal overgå til akutsygeplejen. Hvis det er uklart, hvem der har ansvaret, kan der være risiko for at der er borgere, der falder mellem to stole
- Der skal være en opmærksomhed på, at fastlæggelse af arbejdsdelingen mellem akutsygeplejen og den kommunale sygepleje kompliceres af, at en række sygeplejeopgaver i dag udføres af social og sundhedsassistenter
- Varde kommune mener ikke, at opgaver som i dag udføres på sygeplejeklinikker, skal være omfattet af en ændret opgaveplacering, da der hverken er tale om komplekse sygeplejefaglige opgaver eller komplekse borgere

Patientrettet forebyggelse og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed

- Selvom Varde Kommune ikke oplever udfordringer med at opnå tilstrækkelig borgervolumen til de patientrettede tilbud, anerkendes at andre kommuner kan være udfordret. Derfor giver det i et nationalt perspektiv god mening at samle den patientrettede forebyggelse med sygehus og praksissektor. Varde Kommune vurderer at størstedelen af borgere der modtager patientrettet forebyggelsestilbud, er under pensionsalderen.
- Det kan være vanskeligt i praksis at adskille den patientrettede forebyggelse fra den borgerrettede forebyggelse, da der er indsatser der hører til begge stede fx rygestop og alkoholforebyggelse. Det vil betyde en opgavedeling, hvor to myndigheder vil varetage de samme opgaver.

Derudover noteres det, at det kan blive mindre bæredygtigt at opretholde de borgerrettede tilbud i kommunen.

Dele af opgaven med genoptræning efter udskrivning og sygehus- og praksissektor samles under én myndighed

- Det vil være forskelligt hvordan kommuner har organiseret sig ift. den specialiserede rehabilitering. I Varde Kommune vil det betyde konsekvenser for Bo- og rehabiliteringscenter Lunden, der er et specialiseret tilbud målrettet mennesker, som har pådraget sig en hjerneskade som følge af sygdom eller ulykke
- For at udgå forvirring og misforståelser er det vigtigt, at det beskrives tydeligt, hvornår den specialiseret rehabilitering bliver til avanceret rehabilitering

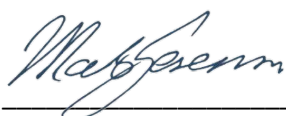
Ansaret for behandling og sygepleje for borgere på midlertidige pladser samles under én myndighed og reglerne for ophold efter sundhedsloven præciseres

- Der skal være en opmærksomhed på, at når midlertidige pladser bliver til akutpladser, kan det betyde øget samfundsfinansiering, da der ikke opkræves brugerbetaling på akutpladser
- Det vurderes meget positivt, at der tilknyttes almenmedicinske kompetencer til de midlertidige pladser
- Der skal være en opmærksomhed på, at midlertidige pladser i dag oftest vil være placeret på forskellige plejecentre rundt om i kommunerne, hvilket kan gøre det vanskeligt at samle dem til akutpladser

Ansaret for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler samles eller præciseres

- Der er stor opbakning til at fastsætte et entydigt myndighedsansvar ift. behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Det noteres, at det er mangelfuldt, at der i afsnittet ikke er beskrevet noget omkring APV-redskaber til personligpleje, som i dag er koblet til arbejdsgiveren

Med venlig hilsen



Mads Sørensen
Borgmester
Varde Kommune



Sarah Andersen
Formand Social & Sundhedsudvalget
Varde Kommune

Vejen Kommune den 3. juli 2024

Vejen Kommunes høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Vejen Kommune takker for mulighed for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vejen Kommune anerkender, at Sundhedsstrukturkommissionen har leveret et omfattende arbejde, som kommer med nye perspektiver på, hvordan sundhedsområdet i Danmark kan struktureres.

Med høringssvaret her ønsker Vejen Kommune at komme med et lokalpolitisk blik på, hvilke overvejelser der er vigtige at tage med, inden der træffes endelig beslutning om den fremtidige organisering af sundhedsområdet.

Vejen Kommune er desuden medunderskriver af det politiske høringssvar, som KL har fremsendt på vegne af landets borgmestre, det høringssvar som KKR Syddanmark har fremsendt, samt høringssvaret fra Sundhedsklynge Lillebælt.

Vejen Kommune og det tværsektorielle samarbejde

Vejen Kommune er beliggende midt mellem Sygehus Lillebælt og Esbjerg Sygehus og er dermed en del af to sundhedsklyngesamarbejder. Til begge sundhedsklynger opleves samarbejdet som velfungerende. Sundhedsklyngemidlerne har været med til at igangsætte en udvikling, hvor kommunerne og sygehusene er rykket tættere sammen om det fælles populationsansvar. Her kan fremhæves stor succes med at reducere akutte indlæggelse og genindlæggelse for ældre i eget hjem og på plejecentre bla. via udekørende funktioner og tæt samarbejde med sygehusene.

Vejen Kommune har et velfungerende sundhedscenter i Brørup, hvor både kommunale og regionale funktioner samt almen praksis er placeret og ca. 200 medarbejdere har deres daglige arbejde. I fællesskab er der i 2021 formuleret en ny politisk vision om at sikre sammenhængende forløb tæt på borgeren, en vision, som alle aktører arbejder efter.

Ledere med deres daglige gang i sundhedscenteret samt ledere med en tæt samarbejdsflade ind i sundhedscenteret har i foråret været samlet flere gange for at arbejde med organisationernes modenhed til at omsætte visionen til virkelighed.

Vejen Kommune ønsker at fremhæve disse to eksempler med samarbejdet i sundhedsklyngerne samt samarbejdet i Brørup Sundhedscenter, som eksempler på hvordan kommune, region og almen praksis kan arbejde med pejlemærkerne fra sundhedsstrukturkommissionens rapport uden, at det kræver en ændret organisering. Men det tager tid.

Sundhedsklyngerne er nu efter to års implementering nået et punkt, hvor ny organisering, relationsdannelse og udviklingsinitiativer begynder at vise resultater.

Et stort arbejde går tabt, hvis ikke sundhedsklyngerne fortsætter i deres nuværende eller en revideret form. Vejen Kommune ønsker at fremhæve dette over for regeringen, inden beslutningen om fremtidens organisering af sundhedsområdet tages.

Det interne samarbejde i kommunen – på tværs af lovgivninger og fagområder

Ældreområdet i Vejen Kommune er kendetegnet ved et stort fokus på rehabilitering, som gennem de sidste mange år har betydet, at en stigning i antallet af ældre borgere ikke har betydet en tilsvarende stigning i ydelsesforbrug til personlig og praktisk hjælp. Som et eksempel kan nævnes et tæt samarbejde mellem den kommunale genoptræning efter Sundhedslovens §140, Servicelovens §86 og indsatser efter Servicelovens §83, som i Vejen Kommune løftes af BASH terapeuter (**Bevar en Aktiv og Selvstændig Hverdag**).

I Vejen Kommune er der i dag et tæt samarbejde mellem sundhedsområdet (Sundhedslovens §119) og beskæftigelsesområdet (Lov om aktiv beskæftigelse). Med et sundhedsfagligt fokus på borgere som er uden for arbejdsmarkedet, hjælper medarbejderne borgerne med at flytte deres fokus og navigere mellem at leve et liv med en sygdom/kronisk lidelse og samtidigt have et hverdags- og arbejdsliv på trods af kronisk sygdom.

Dette er blot to eksempler på, hvor medarbejderne i Vejen kommune arbejder sammen på tværs af lovgivning og på tværs af fagområder. Hvis der ændres i organisationsstrukturen på sundheds- og ældreområdet, bør der være en opmærksomhed på, hvilke samarbejdsflader man risikerer at ødelægge ved en ændret organisering af sundhedsområdet. Dette er en bekymring, som vejer tungt i Vejen Kommune.

Vejen Kommune ønsker derfor at fremhæve dette over for regeringen, inden beslutningen om fremtidens organisering af sundhedsområdet tages.

Samarbejdet til almen praksis

Vejen Kommune er en af de kommuner, som i flere år har været udpeget som lægedækningstruet. Noget som vi i kommunen ikke forventer at komme fri fra inden for den nærmeste fremtid.

Vejen Kommune hilser derfor de tværgående anbefalinger velkomne, særligt de anbefalinger, som omhandler styrkelse af almen praksis.

Vejen Kommune ønsker at fremhæve samarbejdet med de praktiserende læger som godt og velfungerende, både samarbejdet i den daglige drift og samarbejdet på strategisk niveau. Men der er behov for at få flere praktiserende læger ud i alle dele af kommunen og generelt at få styrket den nære lægedækning. Det vil også give muligheden for faste læger på vores botilbud, som det i dag er tilfældet på plejecentre.

Vejen Kommune ser samtidigt et stort perspektiv i et endnu tættere samarbejde mellem almen praksis og de kommunale medarbejdere, særligt den kommunale akutsygepleje i fht. tidlig opsporing og behandling af begyndende sygdom blandt ældre borgere og borgere med kronisk sygdom.

Vejen Kommune anbefaler derfor, at kommissionens anbefalinger vedr. almen praksis følges.

Den borgerrettede forebyggelsesindsats

Vejen Kommune ser med bekymring på det meget ensidige syn, som strukturkommissionen har haft i fht. at sundhed udelukkende omhandler ældre og kronisk syge borgere samt sygdom og behandling. Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats omtales kun i begrænset omfang. For at borgere kan leve deres eget liv uden eller med mindst mulig hjælp, er det afgørende vigtigt, at de får hjælp til også at mestre et hverdagsliv med en sygdom og forebygge forværring af nye kroniske sygdomme. Her har den patientrettede forebyggelse en vigtig plads. Men også den borgerrettede forebyggelse, i forhold til at færre borgere bliver fremtidens kronikere, er særdeles vigtig.

Vejen Kommune har derfor et ønske om, at den borgerrettede og patientrettede forebyggelsesindsats prioriteres højere og ikke adskilles organisatorisk fra det øvrige sundhedsområde, når der træffes beslutning om den fremtidige struktur på sundhedsområdet.

Det frivillige foreningsliv og civilsamfundet – afgørende vigtige medspillere

På både sundheds-, ældre- og socialområdet i Vejen Kommune er det frivillige foreningsliv samt civilsamfundet afgørende vigtige medspillere i at skabe de bedste rammer for borgernes hverdagsliv.

Eksempler fra Vejen Kommune er frivillige sundhedsambassadører, som er frivillige ildsjæle tilknyttet sundhedscenteret, peermedarbejdere i socialpsykiatrien og frivillige på aktivitetscentrene på ældreområdet. Den daglige ledelse af den enkelte institution eller område har en særlig opgave i at udvikle samarbejdet og til stadighed skabe de bedste rammer for at tiltrække frivillige til vores institutioner eller hjælpe med overgangen til foreningslivets mange tilbud. Alt sammen med det formål at skabe mest mulig værdi i borgernes hverdagsliv. Mange kommunale indsatser er midlertidige, så der er brug for, at borgerne kan fortsætte det, de er startet op i kommunalt regi et andet sted, hvad enten det handler om bevægelse, socialt samvær, hverdagsfærdigheder eller noget helt andet.

Vejen kommune ønsker at slå et slag for, at sammenhængen til frivillighedsområdet og civilsamfundet tænkes ind i de beskrevne forvaltningsmodeller og får en fremtrædende plads. Vejen Kommune ser med bekymring på, om det tætte og velfungerende samarbejde med civilsamfundet vil kunne fungere under en organisation med en stærk centralisering.

Nye samarbejdsformer og fælles data til gavn for særligt de ældre borgere

Nye samarbejdsformer mellem kommuner, region og almen praksis afprøves ude i sundhedsklyngerne og følges tæt. Som eksempler kan nævnes 72 timers udvidet behandlingsansvar, forskellige udgaver af akutbiler som kører ud fra sygehusene akutmodtagelser, samt andre projekter som eks. Solnedgangsprojektet omkring Esbjerg Sygehus, hvor det handler om at rykke tættere sammen omkring døende borgere, så borgeren kan blive i eget hjem til det sidste.

I de nye samarbejdsformer byder alle (kommuner, region og almen praksis) ind med de opgaver og kompetencer, som man hver især er specialiseret i. Noget af det, som ofte drøftes som en barriere i disse samarbejder, er mulighederne for at dele patientoplysninger omkring borgeren. Kun information om borgerens medicin er fælles tilgængeligt for alle.

Vejen Kommune ønsker at fortsætte udviklingen omkring de tværgående borgerforløb med regionen og almen praksis med et ønske om, at der fra national side ses på mulighederne for fælles data samt løbende at kunne følge data om borgerne.

Ligesom bedre muligheder for elektronisk kommunikation mellem kommuner, regioner og almen praksis også er et ønske, som der ses et stort behov for i den daglige drift.

Ældreområdet – vi skal fastholde det lokale og nære tilbud

I relation til ældreområdet har Vejen kommune med stor succes valgt at bevare de mindre plejecentre rundt i kommunen. De mindre plejecentre på omkring 20 plejeboliger og et par aflastningspladser er lige så rentable som de større plejecentre på 50 – 105 pladser. Dette med baggrund i at de drives som integrerede ordninger. Det betyder, at tilbuddene til ældre i eget hjem og på det lokale plejecenter hænger tæt sammen. I de mindre byer fungerer disse plejecentre som samlingspunkt for ældre borgere med forskellige aktivitetstilbud. På baggrund af denne lokale forankring er det ligeledes muligt at tilknytte en stor gruppe af frivillige.

Vi er i Vejen kommune bekymret for, at en flytning af det kommunale ældreområde vil skubbe til en samling af tilbuddene til ældre over i større enheder. Dette vil udvande de lokale tilbud, som har en meget stor betydning for såvel de ældres livskvalitet som den tidlige og forebyggende indsats gennem forskellige aktiviteter.

Hermed kan en ændret organisering på sundhedsområdet vanskeliggøre realisering af intentionerne i regeringens ældrereform.

Sammenhæng mellem ældreområdet og handicapområdet

Et vigtigt opmærksomhedspunkt er, at oplægget fra Strukturkommissionen ikke forholder sig til det stadig tættere samspil, der i kommunerne er mellem ældreområdet og handicapområdet. I takt med at flere handicappede får tilbud i eget hjem og samtidig lever betydelig længere, får en del borgere hjælp på tværs af de to områder, ligesom overgange fra tilbud på handicapområdet til tilbud på ældreområdet ikke har nogen skarp opdeling.

Vejen Kommune ønsker derfor at fremhæve dette over for regeringen, inden beslutningen om fremtidens organisering af sundhedsområdet tages.

Afsluttende bemærkninger

Vejen Kommune ønsker at slutte høringssvaret af med igen at rose sundhedsstrukturkommissionen for at bringe nye perspektiver på organiseringen af sundheds- og ældreområdet frem.

Vejen kommuner ønsker at fastholde de specialiserede opgaver på sygehusene, da det kræver et stort volumen med mange patientforløb og særlige kompetencer.

Vejen kommune ønsker at slå et slag for at flest mulige sundhedstilbud, også i fremtidens sundhedsvæsen løses tæt på borgerne. Visionen for Brørup Sundhedscenter indeholder netop et mål om det matrikelløse sundhedscenter tæt på borgerne. Transport betyder ofte meget for den gruppe af borgere, som er særligt udsatte i fht. at modtage de rette sundhedsydelser. Hvis flere sundhedsydelser centraliseres, risikerer vi at øge uligheden i sundhed, da de mest udsatte borgere med stor sandsynlighed vil få flere udeblivelser.

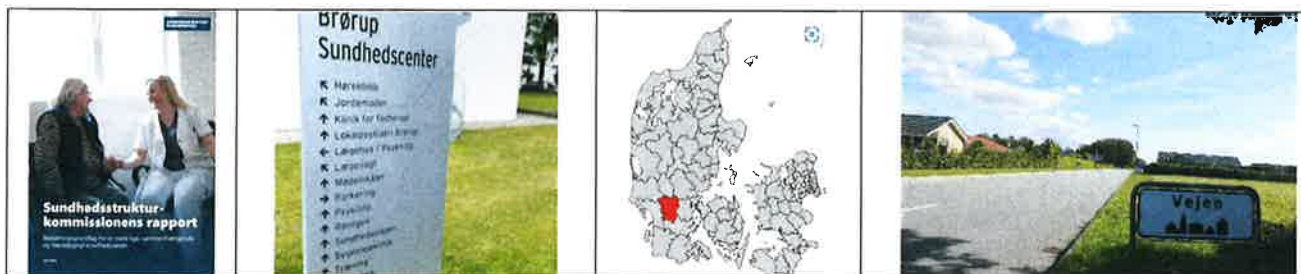
Vejen Kommune ønsker at pege på en retning, som vil understøtte et mere sammenhængende, nært og helhedsorienteret sundhedsvæsen på et højt fagligt niveau. En retning hvor overgange er nemme, hvor kulturen har fokus på det hele menneske og hvor sundhed er i fokus frem for ensidigt på sygdom.

Med venlig hilsen

Frank Schmidt-Hansen, Borgmester

Jørgen Thøgersen, 1. viceborgmester og formand for Udvalget for sundhed, kultur og fritid

Egon Nissen, Formand for Ældrerådet



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sofie Plenge
Kultur- og
Sundhedsdirektør

Lokal tlf.: 60609923
Mobil tlf.: 60609923
SOFPL@vejle.dk

5. august 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget i Vejle Kommune takker for muligheden for at give høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og afrapportering.

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget bakker generelt op om de høringssvar, der er afgivet af KL på vegne af de 98 kommuner, men ønsker at bidrage med perspektiver om forebyggelse og sundhedsfremme. Dette i erkendelse af, at det ligger uden for kommissionens opdrag, men ikke desto mindre er væsentligt, hvis de udfordringer, kommissionen er sat i verden for at imødegå, skal adresseres.

Vi skal prioritere forebyggelse

Kommunerne står med sundhedsopgaver af store samfundsmæssig betydning. Unges mistrivsel, flere ældre med kroniske sygdomme og en forandret demografi. Vi kan ikke behandle os ud af de udfordringer, men må over de kommende år i endnu højere grad lægge vægt på at forebygge inden problemerne opstår. Målet må være, at så få borgere som muligt for brug for hjælp i det danske sundhedsvæsen, men holder sig friske, aktive og handlekraftige i eget liv.

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget bakker op om, at det nære sundhedsvæsen bør have et lokalt, demokratisk ophæng. Men uanset hvilken forvaltningsmodel, man ender med, er der brug for, at vi ikke i mange år skal fokusere ressourcer og opmærksomhed på ændringer af strukturen i sundhedsvæsenet. Dertil er udfordringerne for mange. Vi skal arbejde strukturelt og systematisk med forebyggelse, fx gennem indsatser rettet mod forbrug af alkohol og nikotin. Vi skal understøtte borgernes mulighed for at være fysisk aktive og indgå i positive fællesskaber og vi skal imødegå social ulighed i sundhed gennem lokale indsatser, der virker.

I Vejle Kommune sætter vi med en ny sundhedspolitik ekstra fokus på de gevinster, der er ved at tænke forebyggelse bredt både i den kommunale forvaltning og med inddragelse af civilsamfundets mange aktører. Vi ønsker at sætte fokus på de gevinster, forebyggelsen giver både i den enkelte borgers liv, for lokale fællesskaber og for kommunen som helhed. De økonomiske gevinster i

Kultur & Sundhed Kultur & Sundhed

Åbningstider
Fremmøde
Mandag-onsdag kl. 10-15
Torsdag kl. 08-17
Fredag kl. 10-12

Telefon
Mandag-onsdag kl. 8-15
Torsdag kl. 8-17
Fredag kl. 8-14

form af sparede sundhedsudgifter og de mange andre gevinster, det giver, at borgerne oplever øget livskvalitet.

Sammenhængende kommunikation er vigtig

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget bakker op om kommissionens seks tværgående anbefalinger, men ønsker i særdeleshed at rette fokus på behovet for bedre kommunikation og deling af data på tværs af sektorer. For mange borgere oplever bøvl og manglende koordinering og tid og ressourcer går tabt, når kommunikationen ikke er sammenhængende. Tid og ressourcer, der kunne bruges til bedre hos både borgeren og hos de sundhedsprofessionelle.

Venlig hilsen

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget i Vejle Kommune

Camilla Eva Jørgensen (V), formand

Svend Erik Nielsen (Æ), næstformand

Azra Hasanbegovic (A)

Claus Behrendsen (A)

Eva With (D)

Gitte Frederiksen (V)

Peder Hummelrose (V)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

sum@sum.dk

Kontakt:
Kia Sofie Abildtrup

KISAB@vejle.dk

28. juni 2024

Hørings svar på sundhedsstrukturkommissionens rapport

Vi er glade for muligheden for at give vores bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering og modeller for fremtidens sundhedsvæsen.

I Vejle har vi fokus på at skabe et nært sundhedsvæsen i tæt dialog med borgerne og med udgangspunkt i lokale samarbejdsrelationer. Vi ser derfor store udfordringer i kommissionens modelforslag 1 og 2, hvor der lægges op til at store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde overflyttes til et regionalt niveau. Dermed vil man miste det direkte demokratiske ophæng og begrænse mulighederne for lokale løsninger.

Det er vores erfaring fra tidligere reformer, at centraliseringer på trods af gode intentioner ofte ikke giver de forventede effektiviseringer og faglige resultater og dermed ikke er balanceret med det tab af nærhed og indflydelse, som borgerne oplever. Det kan dog give mening at samle opgaver på højt specialiserede områder.

En større omstrukturering af det danske sundhedsvæsen er ressourcekrævende, og det er vores vurdering at der ikke er tilstrækkelige gevinster at hente. Der vil altid være snitflader i sundhedsvæsenet, så vi anbefaler, at man i stedet arbejder fokuseret med at skabe en stærk samarbejdskultur med fokus på relationer og kommunikation og med udgangspunkt i at skabe sammenhæng i borgernes møde med sundhedsvæsenet.

Der er gode perspektiver i de tværgående anbefalinger og forslag. Særligt oplever vi i det daglige samarbejde og kan i egne analyser se, at flow af information og deling af data på tværs af kommune og region er en af de store udfordringer for gode overgange og sammenhænge. Vi er også positive overfor forslaget om at styrke almen praksis og samspillet med de praktiserende læger.

Endelig ser vi et stort behov for, at en reform af sundhedsvæsenet tænkes sammen med de mange øvrige reformer, som er vedtaget eller er undervejs. Det gælder f.eks. på ældreområdet, hvor vi ser eksempler på modsatrettede beslutninger. F.eks. ligger der i alle Sundhedsstrukturkommissionens modeller

Åbningstider
Fremmøde
Mandag-onsdag kl. 10-15
Torsdag kl. 08-17
Fredag kl. 10-12

Telefon
Mandag-onsdag kl. 8-15
Torsdag kl. 8-17
Fredag kl. 8-14

en grad af centralisering af ældreområdet, mens der i Ældrerformen er lagt op til en lokal frisættelse og nye initiativer, der understøtter den dagsorden.

En reform af sundhedsvæsenet kræver et grundigt forarbejde og beslutningsproces for at sikre den nødvendige lokale forankring. Vi byder gerne ind i den videre proces.

Venlig hilsen

Jens Ejner Christensen
Borgmester, Vejle Kommune

Morten Kristensen
Formand for Ældrerådet, Vejle Kommune

Supplerende høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fra Vordingborg, Lolland og Guldborgsund kommuner

Kommunernes Landsforening har netop afgivet et fælles politisk høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger. Et høringsvar, som vi tre borgmestre er enige i og har underskrevet.

I tillæg til det fælles høringsvar har vi nogle særlige opmærksomhedspunkter, som vi ønsker at fremføre set fra Sydsjællands og Lolland-Falsters perspektiv.

Sundhedsstrukturkommissionens rapport kommer med seks anbefalinger til at styrke hele området samt tre forslag til ny struktur. Vi er som borgmestre helt enige i de seks tværgående anbefalinger, som kan implementeres hurtigst muligt til borgernes fordel. Vi anerkender, at der med fordel kan indtænkes et reformsekretariat, der skal være med til at sikre tværgående implementering.

Vi har dog svært ved at se, hvordan de tre forslag til ny struktur skal afhjælpe sundhedsvæsenets problemer eller befolkningens behov for støtte, hjælp og behandling på sundhedsområdet.

Kroniske sygdomme og hverdagens sundhedsudfordringer skal løses lokalt

Vores område har en af de største andele af borgere med kroniske sygdomme. Med Sundhedsstrukturkommissionens oplæg til ny struktur er vi stærkt bekymret for udviklingen af det nære sundhedsvæsen, særligt i et landdistriktsområde som vores.

Når kernen i en reform er at skabe et nært sundhedsvæsen, som er så stærkt, at mere forebyggelse, behandling og opfølgning kan foregå tæt på borgernes hverdag, så undrer det os, at der lægges op til tre forskellige modeller, der udelukkende handler om at centralisere opgaver og styring. Vi har ikke set dokumentation for - hverken i rapporten eller gennem historien - at centralisering af sundhedsvæsenet styrker det nære og det individuelle forløb for den enkelte borger.

Til gengæld har vi dokumentation for, at vi som kommuner både er kompetente og omkostningseffektive til at drive det nære sundhedsvæsen - herunder genoptræningen af borgere efter operationer, hjerneskadet mv. for blot at nævne ét eksempel.

En øget centralisering af det nære sundhedsvæsen, som der lægges op til i alle tre modeller, vil fjerne fokus fra de lokale forskelle, der er rundt om i landet, herunder hos os. Målet må være, at befolkningens sundhedstilstand styrkes, så presset på det specialiserede sundhedsvæsen kan afhjælpes. Vi er specialister i at tænke forebyggelse og sundhed for lige netop vores borgere på Sydsjælland og Lolland-Falster, fordi vi kender dem og kender de udfordringer, der er særlige hos os. Det indretter vi vores tilbud efter, og derfor er prioriteringen af sundhedstilbuddene hos os anderledes end i andre dele af landet - og det skal de blive ved med at være.

Lægedækningen i yderområderne skal være bedre

For få dage siden kunne lægehuset i Sakskøbing på Lolland, som er beliggende i Guldborgsund Kommune, meddele, at lægehuset lukker til nytår, fordi ingen læger står klar til at overtage, når de nuværende læger går på pension. Dermed står 7.500 borgere uden praktiserende læge fra 1. januar 2025.

Det er blot det seneste eksempel fra vores landsdel på utilstrækkelig lægedækning. Derfor er vi enige i kommissionens anbefaling 1, der lægger op til, at lægekapaciteten skal styrkes og ud i de områder, hvor

der er mest brug for den. Vi behøver ikke en ny struktur for at rette op på det. Der er mange forslag - både i kommissionens anbefalinger, fra sundhedsfaglige eksperter og andre - til at rette op på den meget store ulighed inden for den struktur, vi har i dag. Det vil vi se frem til.

Kommunal sygepleje udgør en central del af det nære sundhedsvæsen

Meningen med det nære sundhedsvæsen – den primære sektor – er, at borgerne behandles bedst, hurtigst og mest effektivt, når det sker tæt på deres bopæl og hverdag. Derfor er sygeplejen en vigtig del af det nære sundhedsvæsen.

Fagligheden skal i vores optik forblive i kommunerne, fordi kommunale sygeplejersker er særligt kompetente til at binde borger- og patientforløb sammen på tværs af akutte såvel som almene sundhedsopgaver. Også fremtidigt ser vi sygeplejersker som en væsentlig del af det tværfaglige samarbejde på sundheds- og ældreområdet, fx i de faste tværfaglige teams (Ældrereformen), palliation, forebyggende opgaver, hygiejne, kvalitet, faglig udvikling og akutsygepleje. Kommunal sygepleje er en central funktion for øvrige faggrupper, herunder SOSU-assistenten og -hjælperen. Det er svært at se, hvordan hele eller dele af de sygeplejefaglige opgaver kan løftes ud af kommunerne.

Tiden og pengene skal bruges på borgerne – ikke på ny struktur for strukturens skyld

En af udfordringerne i sundhedsvæsenet er ressourcer – både de menneskelige og de økonomiske. Alle ved, at store strukturændringer koster milliarder.

Der er udfordringer ved alle former for strukturer, organiseringer og snitflader. Men hvorfor bruge mange penge og ressourcer på at lave alt om i sundhedsvæsenet? Det har vi ikke tid eller penge til.

Omkostningerne ved omstillingen vil være meget store, og vi taber fart i opgaveløsningen. I stedet for at arbejde ud fra en helt ny struktur, kan vi forbedre den nuværende ved at have fokus på:

- At styrke det nære og lokale sundhedsvæsen, så ulighederne forsvinder
- At sikre, at der er tid og personale til de specialiserede opgaver i sygehusvæsenet
- At sikre samarbejdet mellem de snitflader, vi har, så overgangene for borgerne bliver usynlige og gnidningsfrie

Øvebane for fremtidens tiltag i det nære sundhedsvæsen

Med rapporten fra Sundhedsstrukturkommissionen skal Folketinget tage stilling til, hvordan fremtidens sundhedsvæsen indrettes.

I Vordingborg, Guldborgsund og Lolland kommuner stiller vi os til rådighed som forsøgsområde med både datagrundlag, erfaring, samarbejde på tværs af sektorer. Det har vi erfaring med gennem et tæt og lovende samarbejde mellem SUH Nykøbing Falster, kommunerne, private sundhedsaktører og fonde. Vi har samtidig et unikt vidensgrundlag om vores borgere (LOFUS 1 og 2), som er relevant for forskningen og for både offentlige og private sundhedsaktører.

Vi ønsker med dette supplerende høringssvar at gøre opmærksom på de særdeles store sundhedsudfordringer, som dele af vores befolkning har. For at imødegå ulighed i sundhed mener vi, det er vigtigt, at der i alle tiltag - både indenfor de tværgående anbefalinger såvel som valg af strukturel model - skabes bedre balance.

Med venlig hilsen

Simon Hansen, Holger Schou Rasmussen og Mikael Smed
Borgmestre i Guldborgsund, Lolland og Vordingborg kommuner

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

sum@sum.dk

9. juli 2024 • MS/RH/MTN

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport samt Ældre Sagens forslag til fremtidens sundhedsvæsen

Ansvar for sundhedsydelser og ældrepleje, herunder plejehjem, skal samles under samme myndighed – det vil give sammenhæng for ældre

Ældre Sagen takker for invitationen til høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport og kommenterer i det følgende på udvalgte dele af rapporten, idet vores særlige perspektiv naturligvis er på ældre patienter og deres store behov for bedre sammenhæng.

Overordnet set finder vi, at det er en meget grundig og gennearbejdet rapport over sundhedsvæsenet, både med beskrivelse af den historiske baggrund, situationen i dag og scenarier for fremtiden. Vi mener, at den grundige rapport giver politikerne et solidt grundlag for at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen.

Det helt store problem for ældre, der er syge eller svækkede, er manglen på sammenhæng i deres møde med sundhedsvæsen og ældrepleje. Det er ikke nogen ny problemstilling, men de tiltag, der hidtil er gjort for at løse problemerne, har langt fra været tilstrækkelige. Der er behov for at få skabt tryghed for ældre, hvilket kræver, at der er et samlet ansvar for deres forløb. Derfor mener vi tiden er inde til at være ambitiøs og gennemføre en visionær reform, der for alvor vil bidrage til at løse de grundlæggende problemer – ikke blot for patienternes skyld, men også til gavn for personale og samfund.

Helt overordnet opfordrer Ældre Sagen i denne høring og frem mod en sundhedsreform til, at ansvar for sundhedsvæsenet og ældreplejen skal samles under samme myndighed.

Et samlet ansvar vil skabe mere sammenhæng og give muligheder for - og incitamenter til – at koordinere og planlægge alt fra forebyggelse, pleje, behandling, genoptræning og rehabilitering.

Mangel på sammenhæng er central – vi er enige i kommissionens analyse af udfordringer og forudsætninger

Ældre Sagen har gennem længere tid gjort opmærksom på behovet for at tilpasse sundhedsvæsenet til et stigende antal ældre i befolkningen og dermed et stigende antal ældre patienter med behov for tryghed, kvalitet og sammenhæng. Der vil være ca. 144.000 flere 80+-årige i 2035 end de knap 320.000 80+-årige i 2024 – en stigning på 45 pct. Blandt 80+-årige har 43 pct. kontakt med både kommunen, sygehuset og egen læge, og langt de fleste, der modtager hjemmepleje, har kontakt med sundhedsvæsenet.

Vores medlemshenvendelser og undersøgelser af patienters oplevelser har gennem årene dokumenteret, at der mangler tryghed, helhedsblik og sammenhæng mellem sygehus og kommune: nødvendig hjemmehjælp, der ikke er på plads, når man udskrives, manglende rehabilitering og genoptræning i kommunal sammenhæng og lang ventetid på hjælpemidler. Og trods gode intentioner om at forebygge er forebyggelige sygehusophold blandt hjemmehjælpsmodtagere 65 år+ steget fra 159 ophold i 2015 til 169 ophold i 2022 pr. 1.000 hjemmehjælpsmodtagere 65 år+.

Vi er således i allerhøjeste grad enige med kommissionen i, at en væsentlig udfordring er usammenhængende patientforløb. Vi er glade for at se, at kommissionen har "sammenhæng" som et af de centrale hensyn i den systematiske vurdering af de foreslåede modeller. Kommissionen taler om en "ubalance" mellem det primære (kommuner og almen praksis) og det sekundære sundhedsvæsen (specialiserede sygehuse). Vi mener, at det vil være endnu mere rammende at udpege manglen på ressourcer, kompetencer og økonomi i det primære sundhedsvæsen som den centrale udfordring.

Vi er enige i de tre forudsætninger, kommissionen ser, nemlig et stigende antal ældre patienter samt manglen på arbejdskraft, særligt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Kommissionen nævner også stigende forventninger til sundhedsvæsenet hos borgere og patienter. Vi finder det en vigtig tilføjelse, at stigende forventninger ikke kun ses blandt borgere, men i lige så høj grad hos personale, der kender til og ønsker at kunne tilbyde nye og bedre behandlinger.

Ældre Sagens forslag til en sundhedsreform: Saml ansvar for sundhed og ældre under samme myndighed

Allerede få år efter strukturreformen i 2007 kunne vi i Ældre Sagen se, at der var noget galt med strukturen i forhold til at sikre ældre en sammenhængende indsats på tværs af sygehus og kommune. Vi foreslog dengang at samle ansvaret for sundheds- og ældreplejeområdet under ét. Vores vision var - og er stadig - at med sundhed og ældrepleje under samme myndighed vil det give ikke alene helhed i behandlingen og løse mange af de problemer, ældre typisk oplever, når de er i kontakt med sygehus og kommune - det vil også give økonomiske gevinster, ikke mindst ved at forebygge indlæggelser.

I de drøftelser, der de senere år har været om en sundhedsreform, har Ældre Sagen lagt vægt på behovet for at sikre:

- sammenhæng for patienter
- helhedsblik på det enkelte menneskes sundhed og trivsel
- tryghed for ensartet (sundheds)faglig kvalitet uafhængig af behandlingssted
- sundhed og omsorg skal gå hånd i hånd (fx træning, medicin, ernæring, social indsats)
- styrket forebyggelse i det nære sundhedsvæsen og i ældreplejen (styrke trivsel for det enkelte menneske og forebygge (gen)indlæggelser)

Konkret har vi med en task force¹ anbefalet, at sundhed og omsorg i højere grad end i dag tænkes sammen. Ældrepleje og sundhedsvæsen skal tænkes som en helhed og ikke hver for sig. Vores taskforce har talt om "mere sundhed i omsorg", idet ældreplejen rummer et uudnyttet potentiale til at forebygge indlæggelser og til at styrke ældres helbred og trivsel – hvilket kræver, at vi styrker den sundhedsfaglige indsats og kompetencerne i ældreplejen.

¹ <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/oevrige/2024-taskforce-anbefalinger-fremtidens-sundhedsvaesen-190124>

Den anden del, ”mere omsorg i sundhed”, handler om, at man i sundhedsvæsenet skal have bedre blik for det enkelte menneske og dets livssituation – det tror vi på også vil give ikke bare større patienttilfredshed, men også bedre sundhedsfaglige resultater og øget personaletilfredshed. Som ét eksempel kan nævnes, at udvisning af mere omsorg kan føre til, at personalet kan afdække, hvis det er ensomhed, der er den grundlæggende årsag til de – også somatiske – helbredsproblemer, der plager et menneske. En sådan indsigt vil gøre, at man kan tage fat i den egentlige årsag i stedet for at symptombehandle.

Sammenfattende har Ældre Sagen følgende konkrete anbefalinger til en kommende sundhedsreform – uanset hvilken strukturel model der vælges:

- Helhedsblik og omsorg for den enkelte: personalet møder patienten som et menneske og ikke som en opgave eller summen af diagnoser.
- Forløbskoordinatorfunktion med særligt mandat hjælper patienten på tværs af sektorer og myndigheder (herunder på tværs af sektorer og lovgivning).
- Samlet ansvar for svækkede ældre patienter
- Ensartet og kompetent behandling af høj faglig kvalitet i det nære sundhedsvæsen.
- Sygehuset understøtter behandling og pleje til svækkede ældre patienter i det nære sundhedsvæsen i tæt samarbejde med det nære sundhedsvæsens sundhedsfaglige personale.
- Mere sammenhæng mellem sundhed og ældrepleje med fokus på forebyggelse og rehabilitering i det nære sundhedsvæsen.

Tværgående anbefalinger er relevante – men ikke tilstrækkelige i sig selv til en bæredygtig reform

Ældre Sagen er meget enig i behovet for at implementere de seks tværgående anbefalinger og tilhørende forslag uanset fremtidige forvaltningsstruktur. Særligt anbefalingerne vedr. det almenmedicinske tilbud, digitalisering og data og en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet finder Ældre Sagen helt afgørende for et bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen. Derudover ser vi yderligere forhold, der skal sikres uanset struktur.

Digitale løsninger skal udbredes i samarbejde med brugerne

Vi har i Ældre Sagen sammen med ovennævnte taskforce peget på, at en national digital infrastruktur, der understøtter datadeling og bedre kommunikation, er en nødvendig forudsætning for at lykkes med sammenhæng. Vi ser således på linje med kommissionen et potentiale i, at der skal være en overordnet plan for udbredelse af digitale løsninger. For ældre patienter kan det være oplagt med digitale opfølgende konsultationer med geriater fra sygehuset, der understøtter egen læge eller sygepleje hos patienten efter udskrivning.

Vi ønsker dog meget stærkt at understrege, at brugen af digitale løsninger aldrig må blive tvang, men skal være et tilbud til patienterne, når det er patientsikkert, og når det giver mening både for patient og behandler. Desuden ser vi det afgørende, at brugerne er med i fortsat udvikling af digitale løsninger, så det er bedst muligt tilpasset patienters behov.

Kvalitetsstandarder og udbredelse af best practice er essentielt

Med nævnte taskforce har vi også peget på nødvendigheden i et sammenhængende forløbsansvar (”end to end” ansvar), der skal give mulighed for at sammentænke ressourcer fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Derfor er vi enige med kommissionen i, at der skal være en national plan med kvalitetsstandarder for at fordele ressourcer og kompetencer, så geografisk ulighed mindskes og ensartet kvalitet opnås. Vi finder det

vigtigt, at der ikke kun er fokus på at udbrede gode løsninger vedrørende data og IT, men at det i lige så høj grad handler om, at *best practice* generelt udbredes nationalt. Vi mener, det er oplagt med krav til at udbrede positive erfaringer med samarbejde ml. sygehus og det nære sundhedsvæsen med henblik på at forebygge indlæggelser og skabe øget sammenhæng.

Flere ældrelæger

Vi er desuden enige i, at det er vigtigt med styring af uddannelse af læger, og vi ser ikke kun behov for fokus på den almenmedicinske uddannelse, jf. kommissionens anbefaling, men derimod også behov for at sikre uddannelse og spredning af flere speciallæger i geriatri, taget den demografiske udvikling i betragtning.

I en fordeling af ressourcer er det essentielt, at den geografiske lighed også sikrer en form for nærhed, så der er tryghed for adgang til tilbud i det nære sundhedsvæsen til fx sygeplejeklinikker eller midlertidige pladser, særligt i tilfælde af ny større organisatoriske enheder.

Brug for en national "sundheds- og omsorgsplan"

I forlængelse af at vi ønsker et samlet ansvar for sundhed og ældre, mener vi, det er oplagt, at en sundhedsplan også bør omfatte og sikre omsorg – dvs. det skal være en national "sundheds- og omsorgsplan". Dette bl.a. for at sikre, at ressourcer ikke alene prioriteres til klinisk behandling, til sygehuse, til speciallægebehandling, mv., men i lige så høj grad til omsorg på såvel sygehus som i det primære sundhedsvæsen og i ældreplejen.

Vi er enige med kommissionen i, at en plan bør godkendes af Sundhedsstyrelsen. Vi vil desuden opfordre til, at en sådan plan også bør trække på styrelsens arbejde for værdig ældrepleje og ikke alene handle om sundhedsfaglige kvalitetskrav, jf. vores understregning af behovet for "mere omsorg i sundhed".

Følgegruppe til implementering

Vi er enige med kommissionen i, at der som led i en større ændring i struktur og organisering er behov for at prioritere ressourcer og tid til implementering fx med det foreslåede reformsekretariat. Vi vil desuden opfordre til, at der til implementeringsprocessen etableres en følgegruppe med bl.a. patient- og pårørenderepræsentanter, både for patienter generelt og for ældre. Ældre Sagen stiller sig naturligvis til rådighed for en sådan gruppe.

Anbefalinger skaber ingen reform i sig selv

Vi noterer os med bekymring, at de seks anbefalinger i aktuel debat umiddelbart efter kommissionsrapportens publicering er blevet omtalt som en "reform i reformen", dvs. at alene de seks anbefalinger i sig selv skulle være en reform. Uanset hvor rigtige og vigtige de seks anbefalinger er, ser vi på ingen måde, at de kan stå alene. Ældre Sagen mener ikke, at de seks anbefalinger alene vil være tilstrækkelige til at opnå en bæredygtig reform.

Det almen medicinske tilbud er afgørende som tovholder for ældre og som fasttilknyttet læge i det nære

Særligt anbefaling 1 vedr. kapacitetsudvidelse af det almen medicinske tilbud er et væsentligt og nødvendigt tiltag. For ældre patienter har almen praksis en helt central rolle,

det ved vi bl.a. fra undersøgelser af ældres oplevelser fra sundhedsvæsenet². Den praktiserende læge kender typisk den ældre med flere sygdomme godt og varetager en stor opgave som tovholder for borgernes kontakt med sundhedsvæsenet.

Styrk egen læges rolle som tovholder, der kan henvide og visitere til indsatser efter patientens behov

Ældre Sagen mener, at almen praksis i fremtiden skal have en endnu tydeligere tovholderfunktion. Derudover vil vi opfordre til, at egen læge skal kunne visitere ældre med behov til en overordnet indsats med hjemmehjælp, sygepleje, genoptræning og vedligeholdende træning, ernæringsindsats, sociale indsatser, mv.

Ældre Sagen ser det som vigtigt, at der, som foreslået af kommissionen, afsættes mere tid til konsultationer med patienter med komplekse behov. Det kan fx være tid til opfølgende hjemmebesøg, overblikskonsultation, medicingennemgang (evt. i samarbejde med geriater eller farmaceut), koordinering med den kommunale sygepleje, samtale om behandlingsbehov, stop for behandling, palliativ pleje eller stillingtagen til genoplivning. Ligeledes finder Ældre Sagen det oplagt, at der udvikles en ny model for honorering af almen praksis, der tager højde for sygdomsbyrde i patientpopulation.

Læger fast tilknyttet til midlertidige sengepladser og hjemmeplejen

Ligesom der nu er tilbud om faste plejehjemsleger til næsten alle plejehjemsbeboere, finder Ældre Sagen det helt essentielt, at der med en reform skabes fast tilknytning af læger til midlertidige pladser samt til hjemmeplejen/sygeplejen. Ældre Sagen ser derfor meget positivt på, at kommissionen foreslår, at den ansvarlige myndighed skal kunne etablere eller udbyde ”fokuserede almenmedicinske tilbud” i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper, fx modtagere af kommunal sygepleje eller borgere med ophold på midlertidige pladser.

Kvalitet og tryghed til patienter på midlertidige pladser

I forlængelse af de seks anbefalinger fra kommissionen mener vi, at det er helt afgørende, at der uanset struktur, og en gang for alle, kommer styr på midlertidige kommunale pladser, som i dagens sundhedsvæsen er vokset frem i en uklar og underbelyst gråzone mellem sundheds- og servicelov. Igennem mange år har Ældre Sagen påpeget, at der ikke er styring af kvalitet på pladserne, og at der med deres udbredelse opstår urimelig brugerbetaling i sundhedsvæsenet. Det burde være en selvfølge, at vi som samfund kan love ensartet kvalitet i pleje og behandling for ældre patienter uanset, hvor man som patient behandles.

På de fleste midlertidige pladser mangler der kompetencer, udstyr og medicin, hvis man sammenligner med indlæggelse på et sygehus. Der er ingen klare tal for antal pladser og antal patienter, for slet ikke at tale om helt almindelig sundhedsstatistik som dødelighed og genindlæggelser fra pladserne. Der mangler deciderede kvalitetskrav til plejen og behandlingen til patienter på midlertidige pladser – kun for patienter, der får pleje fra akutfunktion eller på en akutplads, er der tryghed for kvalitetskrav fra Sundhedsstyrelsen. Det betyder i praksis, at det er et postnummerlotteri for patienterne, hvilken kvalitet de udsættes for. Som kommissionen beskriver, er det usystematisk, hvorvidt der er faste samarbejdsaftaler, så fx sygehuslæger kommer på stuegang på midlertidige pladser. Vores kendskab fra medlemmers erfaringer svarer helt til kommissionens konstatering af, at det i

² <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/analyser-og-undersogelser/2020-analyse-en-vaerdig-behandling-091020>

praksis er vanskeligt at skelne mellem, om en borger tilbydes et ophold som en akutplads eller en midlertidig plads. Denne situation, mener vi selvsagt, er helt uholdbar.

Vi vil derfor som supplement til de tværgående anbefalinger foreslå, at der kommer klare krav til kvalitet i pleje og behandling til patienter på midlertidige pladser, og herunder at pladserne hører ind under sundhedsloven.

I denne sammenhæng er det i øvrigt relevant at understrege behovet for midlertidigt ophold til aflastning, og at der bør være tryk for denne mulighed fremadrettet.

Hjælpemidler og behandlingsredskaber

Vi er enige med kommissionen i, at hjælpemiddelområdet har stor sammenhæng med sundhedsområdet. På baggrund af vores kendskab til medlemmers erfaringer ser vi behov for, at der som supplement til de seks tværgående anbefalinger fokuseres på at løse hjælpemiddelområdet med en kommende sundhedsreform.

Som kommissionen påpeger, kan samme produkt være et hjælpemiddel (fra kommunen) eller et behandlingsredskab (fra sygehuset) afhængig af kontekst. Dette betyder i praksis, at der kan opstå kassetænkning, og det har igennem mange år været et uløst problem at få klare rammer for, hvordan der skal skelnes. Ældre mennesker med behov for hjælpemidler eller behandlingsredskaber står som taberne i denne interessekonflikt. Ny tal viser, at 45 pct. 80+-årige har fået udlånt et hjælpemiddel, og at der (med forbehold for forskel i køns- og alderssammensætning) er stor variation på kommunalt niveau.³ Senest har vi desuden hørt fra hundredvis af medlemmer, som er kommet i klemme i afgrænsningen mellem kommune og region i vurderingen af om kompressionsstrømper er et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab. Disse mennesker er i limbo mellem kommuner og regioner, der hver især vurderer, at det ikke er deres bord at bevilge støttestrømper – et klassisk kassetænkningseksempel. Det efterlader dem, der har brug for støttestrømper med en udgift, der kan løbe op i flere tusinde kroner.

Det bør fremover være sådan, at man kan få udleveret et egnet hjælpemiddel efter en terapeutfaglig vurdering, og at man får faglig kompetent vejledning i brugen, så man i størst mulig grad kan klare sig selv. Der bør være en entydig ansvarsplacering af, hvor man kan få udleveret et hjælpemiddel, og hvem der betaler for hjælpemidlet (uden brugerbetaling).

Altafgørende for reform med stor opgavesamling, så der er sammenhæng i sundhed, ældrepleje og plejehjem

Kommissionen beskriver tre overordnede former for opgavesamlinger, stor, mellem og mindre. Vi noterer os, at kommissionen ud af de tre vurderer, at en stor opgavesamling (dvs. sundhedsopgaver i kommuner, ældrepleje og plejehjem samles med sygehus og praksissektoren) har det størst mulige potentiale for sammenhæng for mennesker, der har forløb på tværs af sektorer – netop det, der kendetegner forløb for ældre mennesker med behov for behandling, hjælp og støtte. Vi er enige i, at myndigheden vil kunne arbejde med blik for at forebygge og prioritere hen over kæden af tidlige forebyggende indsatser, behandling, opfølgning og rehabilitering. Indsatser, som vi anser for højst relevante for målgruppen af ældre patienter med flere sygdomme. Selvom der vil være snitflader til socialområdet, vurderer vi, at for ældre, der modtager sundheds- og plejeydelser vil en stor

³ <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=53011>

opgavesamling være en væsentlig forbedring sammenlignet med situationen i dag, fordi der vil komme bedre sammenhæng.

En mere omfattende opgavesamling vil også forbedre mulighederne for, at sundhedsvæsenet – sådan som Ældre Sagen flere gange har anbefalet - kan arbejde med en ”pakke-model” i lighed med det, der med succes er gennemført på fx kræftområdet. På kræftområdet er erfaringerne, at pakkerne har skabt et fælles fokus på, at sundhedsvæsenets indsats skal og kan optimeres. Samme intention og ambition bør gælde over for ældre med flere sygdomme.

På denne baggrund ser Ældre Sagen behov for, at der med en ny struktur sættes ambitiøst ind med en opgavesamling, der omfatter såvel sundhedsopgaver som ældrepleje og plejehjem.

Plejehjemsbeboere skal have lige adgang til sundhed og omsorg

Det er vigtigt for Ældre Sagen, at plejehjemsbeboere har lige adgang til sundhedsvæsenet og ældreplejen, hvorfor vi ikke mener, det er bæredygtigt at udskille plejehjem fra en samling af sundhed og ældre. Blandt andet fordi plejehjemskapaciteten ikke er blevet udbygget de seneste årtier, og visitationen derfor er blevet stadig mere stram, er helbredstilstanden hos plejehjemsbeboere blevet markant forværret. Ældre på plejehjem har ofte flere sygdomme, et stort flertal har kognitive problemer som fx demenssygdomme, og der er et højt medicinbrug. Vi mener, det vil være sundhedsmæssigt uforsvarligt, hvis ikke plejehjem ses som en del af den samlede sundheds- og omsorgsopgave. Hvis ikke dette sker, kan plejehjemsbeboere risikere som de eneste patienter at stå uden for et samlet sundheds- og omsorgsvæsen og blive spist af med discountløsninger.

Det er vigtigt for os at understrege, at et plejehjem er noget andet end et sygehus; man lever i gennemsnit ca. - 2½ år på et plejehjem. Det er afgørende for livskvaliteten at sikre, at plejehjem er hjem med omsorg for den enkelte og med hjemlighed, tilbud om sociale aktiviteter og indretning til den enkeltes ønsker og behov. Det giver sig selv, at vi mener, det fortsat er vigtigt at få plejehjemslæger tilknyttet alle plejehjem.

Udnyt potentiale for forebyggelse i ældreplejen

Det er afgørende for Ældre Sagen, at en stor opgavesamling ikke baseres på et alderskriterium. Derudover bør praktisk hjælp og madservice ikke adskilles fra de øvrige opgaver i ældreplejen, men ses som en integreret del. Vi ser tværtimod, at der er behov for at styrke et hidtidigt uudnyttet potentiale i forebyggelse i ældreplejen: vi bør styrke genoptræning og rehabilitering, samt anerkende det forebyggende potentiale i hjælp, støtte og madservice, så ældre kan trives i hverdagen, og indlæggelser i sygehusvæsenet kan forebygges.

Omsorgstandplejen skal integreres med og prioriteres som del af sundheds- og omsorgstilbud

Vi er uenige med kommissionens vurdering af, at omsorgstandpleje ikke har tæt sammenhæng med sygehus og almen praksissektor. Vi mener tværtimod, at omsorgstandpleje har et væsentligt potentiale for forebyggelse, og at det derfor er vigtigt, at omsorgstandplejen integreres og styrkes i behandlingsforløb i langt højere grad end i dag. Ældre Sagen havde derfor gerne set, at omsorgstandplejen indgik i anbefalingerne til opgavesamling.

God mundhygiejne nedsætter bl.a. forekomsten af lungebetændelse og dødelighed på grund af lungebetændelse hos beboere på plejehjem. Studier viser bl.a., at god mundhygiejne kan

forebygge omkring hvert tiende tilfælde af dødelig lungebetændelse hos svage ældre, og at cirka 500 indlæggelser hvert år kan undgås ved bedre mundhygiejne på hospitaler og i primærsektoren⁴. God mundhygiejne er afgørende for ens sundhed, når man er ældre, og det handler ikke kun om at forebygge tandsygdom og betændelse i tænder, mund og kæber, men også om at forebygge betændelsessygdomme andre steder i kroppen – hvilket klart gør indsatsen relevant for det samlede sundhedsvæsen.

Med den nuværende struktur bliver op mod halvdelen af de ældre, der er berettiget til omsorgstandpleje, ikke visiteret, og der er store tværkommunale forskelle i forhold til visitationspraksis og fokus på forebyggelse. Der er derfor behov for, at omsorgstandplejen prioriteres højere, samt at der som en del af en kommende helhedspleje prioriteres mundsundhed til ældre mennesker, der ikke selv har mulighed for at varetage dette.

En lille opgavesamling fjerner ikke, men flytter blot sektorovergang

Endeligt vil vi påpege, at vi anser den såkaldte lille opgavesamling for mere eller mindre det, vi har i dag – her er det svært at se nogen reform. Enten kan det betyde, at nogle sundhedsopgaver fx midlertidige pladser overgår til regioner, eller at det bliver en tværkommunalt drift. Der vil i vores øjne fortsat være et massivt problem med sektorovergange – blot vil de flyttes, og der vil være u hensigtsmæssige snitfladeproblemer med fx at adskille del af sygepleje og genoptræning mellem to enheder. Det vil alt andet lige hverken skabe sammenhæng i sundhed og ej heller understøtte en helhedspleje som tiltænkt i den kommende ældrelov.

Ønske om organisering, der kan løfte et samlet sundheds- og ældreplejetilbud

For Ældre Sagen er det altafgørende, at ansvaret for sundhedsområdet og ældrepleje, herunder plejehjem, samles under samme myndighed. Patienterne har brug for sammenhæng og helhed i deres forløb. Der er brug for et samlet og entydigt ansvar, der ligger hos én myndighed, for at forebygge indlæggelser og fremme den enkeltes trivsel. Det handler om at hindre, at patienter bliver klemte i den kassetænkning, der i dag fører til manglende forebyggende indsatser og usammenhængende forløb frem og tilbage mellem sygehus og kommune.

Vi ser ikke for os, at der med en stor opgavesamling skal flere opgaver til de eksisterende kommuner. I 2019 viste en undersøgelse fra VIVE - Det Nationale Forsknings- og analysecenter for Velfærd, at 73.000 ældre ikke fik den hjælp fra kommunen, de havde brug for. Nye hjemmehjælpstal fra Danmarks Statistik viser, at der nu er skåret endnu mere ned på hjemmehjælp⁵. Vi frygter, at det betyder, at der i dag sidder endnu flere svækkede ældre, der ikke får den hjælp, de har brug for, og vi ønsker ikke et scenarie, hvor ældre med behov for sundhedsydelse ikke får det – fordi tildelingen af ydelser i meget høj grad sker ud fra politiske og økonomiske prioriteringer og ikke sundhedsfaglige.

Vi ønsker i stedet et sundhedsvæsen og en ældrepleje, hvor behov vurderes fagligt kombineret med patientinddragelse og selvbestemmelse fremfor situationen i dag, hvor der er politisk-administrative afgørelser for, hvilken kvalitet i ens behandling man kan få, og om man overhovedet kan få et tilbud.

⁴ <https://dsr.dk/fag-og-udvikling/sygeplejersken/arkiv/fag-forskning-argang-2021-nr-2/tandboerstning-kan-forebygge-alvorlig-sygdom/>

⁵ <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/presse/nyheder/alarmerende-udvikling-i-hjemmehjaelpen>

Det entydige myndighedsansvar er vigtigere for Ældre Sagen end, at der indføres specifikt en af de tre foreslåede modeller. I det følgende har vi dog kommentarer til hver af de tre modeller.

Model 1: Sundheds- og omsorgsregioner – størst potentiale for sammenhæng

Vi er enige med kommissionen i, at model 1 har det stærkeste potentiale af de tre for at skabe sammenhæng i patientforløb, i og med at en ledelse vil få samlet fagligt, økonomisk og ledelsesmæssigt ansvar for at sikre sammenhæng for patienterne til forskel fra den nuværende sektoropdelte organisering. Vi foretrækker derfor model 1 ud af de tre foreslåede modeller.

Samtidigt finder vi det hensigtsmæssigt, at der iflg. kommissionen vil være bedre mulighed for at sikre, at midler, der centralt bevilges for at styrke ældreplejen, rent faktisk anvendes til dette formål og ikke, som det ofte ses i dag, anvendes på andre kommunale ansvarsområder.

Vi er enige i, at der er brug for en statslig styring af opgaver på tværs af disse sundheds- og omsorgsregioner for at sikre faglig bæredygtig opgaveløsning. Det er fx vigtigt, at der er mulighed for at kunne komme til specialiserede behandlinger og personale, de såkaldt specialiserede funktioner, uden for ens bopælsregion.

Med en organisering i 8-10 lokale enheder, mener vi at en national ensartet kvalitetsramme er en klar forudsætning for at fremme ensartet kvalitet. Det er vigtigt for os at understrege, at den nye organisering ikke må åbne for 8-10 forskellige kvalitetsniveauer, et for hver enkelt sundheds- og omsorgsregion og herunder nærudvalg. Det er helt nødvendigt at afskaffe det nuværende postnummerlotteri for patienterne og i stedet sikre tryghed for ensartet kvalitet uanset, hvor man behandles og plejes. Dette forudsætter netop en national sundheds- og omsorgsplan, herunder for at sikre at midler prioriteres til ældrepleje og plejehjem i nødvendigt omfang og ikke kun til sygehuse.

Ud fra et demokratisk hensyn hilser vi det velkomment, at der fortsat er et politisk lokalt niveau med valg til de foreslåede regionale enheder.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen – usikkert om der lokalt vil skabes sammenhæng

Vi noterer os med en vis bekymring, at kommissionen vurderer, der med en statslig model principielt sikres sammenhæng i patientforløb, men at der er risiko for, at der vil komme interne snitflader med fællestræk til det nuværende sundhedsvæsen. Vi har desuden noteret os kommissionens bemærkninger om store afstande i organisationen og deraf mangel på nærværende politisk ledelse over for lokal drift, hvilket skaber risiko for, at problemer ikke vil blive adresseret.

På denne baggrund vil vi være bekymrede for, at det vil blive for fjernt med en statslig politisk styring af opgaver tæt ved patienter, og at der vil mangle det politiske led og ansvar lokalt for at sikre sammenhæng. Derfor vurderer vi i mindre grad denne model som relevant.

Model 3: Sundhedsregioner - sikrer ikke ældres behov for sammenhæng

Ud fra kommissionens vurdering af modellens betydning for sammenhæng, finder vi, at dette er den mindst interessante model, da man bevarer en sektoropdeling mellem kommuner og regioner, uanset om der er tre eller fem regioner. I det omfang, der vil blive flyttet opgaver, er der kun tale om en mindre opgavesamling. Vi ser på linje med

kommissionens vurdering en betydelig risiko for, at der udvikles ny barrierer og sektorovergange, hvis fx dele af sygeplejen og dele af genoptræning flyttes og adskilles fra øvrig sygepleje, genoptræning og ældrepleje. Det giver fra ældres perspektiv ingen mening at adskille sygepleje i almindelig sygepleje og akutsygepleje, da der ofte vil være behov for begge dele hos ældre med flere sygdomme. Behovet er i stedet at fx sygehuspersonalet samarbejder tæt med hele sygeplejen og ældreplejen for både at fremme trivsel i det daglige og forebygge (gen)indlæggelser.

Den mindre grad af opgavesamling knyttet til model 3 vil efter vores bedste vurdering stadig efterlade massive udfordringer relateret til sektorovergange og matcher derfor ikke vores ønske om mere sammenhæng – populært sagt vil man for de patienter, der i dag falder mellem to stole, blot have flyttet lidt på stolene.

Som udgangspunkt er vi desuden skeptiske over for forslaget om, at demografimidler givet til regioner målrettes det primære sundhedsvæsen forstået som almen praksis og indsatser, der kan løses i kommuner for at forebygge indlæggelser. Vi ser allerede i dag problemer med at sikre, at demografimidler til kommuner, udløst pga. flere ældre, reelt i praksis går til ældreområdet. Vi stiller os derfor tvivlende overfor, at det at flytte demografimidler fra sygehussektoren reelt vil sikre en forebyggende indsats i kommuner. Vi er også bekymrede for kvaliteten af behandlingen på sygehus, hvis sygehusene ikke får tilført nogen demografimidler, når der kommer flere ældre.

Patientrettigheder skal udvikles og følge med i et ændret sundhedsvæsen

De fremlagte opgavebeskrivelser fra kommissionen tager udgangspunkt i eksisterende lovgivning. Den nuværende lovramme er desværre ikke tilpasset den hidtidige udvikling i sundhedsvæsenet, hvor behandling og pleje er flyttet dels fra sygehus, dels fra eget hjem til lokaliteter i det nære sundhedsvæsen som fx sygeplejeklinikker og midlertidige døgnpladser. Det har betydning for patienters rettigheder, der i mange tilfælde er knyttet til behandling og pleje på sygehus eller i eget hjem. Når behandling flyttes, er der behov for, at patientrettigheder konsekvent flyttes med og tilpasses et ændret sundhedsvæsen.

Vi ser derfor behov for, at der i sammenhæng med en sundhedsreform som supplement sikres følgende vilkår.

Ret til befordring skal tilpasses patienters behov i et nyt sundhedsvæsen

Transporttilbud skal være sammenhængende med selve behandlingen og med udgangspunkt i patientens behov. Derfor skal der i sammenhæng med en sundhedsreform som supplement sikres, at der er:

- ret til befordring til sygepleje, så det kommer med i sundhedsloven på lige vilkår med retten til befordring til behandling på sygehus og hos læge. Befordring til sygeplejeklinikker og til midlertidige pladser er med den nuværende hjemmel til befordring under sundhedsloven ikke dækket, hvilket ikke er tidssvarende, da mere og mere kommunal sygepleje, tidligere ”hjemmesygepleje”, foregår uden for eget hjem.
- ret til befordring på tværs af nye enheder som fx sundheds- og omsorgsregioner og til behandling i anden region. Vi forudser på linje med kommissionens vurdering, at flere patienter får brug for behandling på tværs af nye regioner, da der med flere regionale enheder vil være færre regioner, der kan dække det nuværende specialfunktionsniveau (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau).

- ret til befording med ledsager, da det er afgørende at kunne have en pårørende med til behandling og kontakter i sundhedsvæsenet.

Befording skal desuden sammen med det udvidede fri sygehusvalg tilpasses en eventuel ny organisering og struktur, så man kan blive behandlet på sygehus uden for ens hjemmeregion.

Stop for brugerbetaling på midlertidige døgnophold i det nære sundhedsvæsen

Når behandling flyttes fra sygehus til det nære sundhedsvæsens midlertidige pladser, betyder det, at patienter mødes med brugerbetaling på medicin, kost og linned. Dette er til forskel fra, når patienter er indlagt på sygehus, hvor medicin, kost og linned følger med uden betaling som del af behandling. Kun på såkaldte akutpladser – som er op til den enkelte kommunes beslutning at etablere, og som kun udgør ca. 5 pct. af de midlertidige pladser – er kost og linned gratis som del af akutsygepleje, mens der stadig er betaling for medicin. Ældre Sagen er bekendt med tilfælde, hvor patienter står med en regning på flere tusinde kroner for kost, mv. – og for kørsel – i sammenhæng med et nødvendigt behandlingsophold. Via vores lokalafdelinger er vi desuden bekendt med, at der er store forskelle i døgntakster fra kommune til kommune.

Det skal derfor sikres, at patienter ikke påføres brugerbetaling for at kunne modtage nødvendig behandling, herunder pleje og genoptræning. Derfor opfordrer vi til at sikre:

- gratis kost, linned og vasketøj for patienter i behandling på midlertidige pladser uanset, om ophold er på akutplads eller på midlertidig plads.
- gratis medicin til patientens aktuelle behandling under midlertidigt ophold.

Genoptræningsplan inkl. ernæringsindsats ved behov uden en indlæggelse

I et fremtidigt sundhedsvæsen med mere behandling uden for sygehus ser vi det som et uønsket incitament, at det kræver en sygehusindlæggelse for at få en genoptræningsplan. Vi foreslår derfor, at det bør være muligt at få en genoptræningsplan ved egen læge, ideelt i form af et rehabiliteringsforløb inkl. en ernæringsindsats for at fremme en helhedsorienteret indsats.

Styrket individuel og organisatorisk patientinddragelse

Vi vil opfordre til, at der sikres rammer for en styrket organisatorisk patient- og pårørendeinddragelse i en ny struktur med eventuelle nye råd og udvalg. Vi ser behov for, at der i stil med de nuværende patientinddragelsesudvalg i forstærket omfang sikres systematisk inddragelse og dialog med patient- og pårørenderepræsentanter. Ældre Sagen har erfaringer fra de nuværende udvalg og bidrager gerne fremover.

For at fremme det bedst mulige forløb for den enkelte patient opfordrer vi desuden til, at der udvikles rammer for, at patient og pårørende systematisk inddrages. Det kan fx handle om løbende at inviteres i samtale om muligheder og valg, og at blive understøttet i at deltage i fælles beslutningstagen vedr. eget forløb. Det kan være relevant fx om egenomsorg, behandlingsstop og palliativ indsats. Dette vil harmonere med princippet om selvbestemmelse i en kommende ny ældrelov.

”Plug in” til ældrelov

Vores ønske om at se sundhedsvæsen og ældrepleje som et hele, gør det nødvendigt at tage hensyn til den nylige politiske aftale om en ældrelov. Der er med denne aftale udsigt til faste teams i ældreplejen, der kan sikre kontinuitet og understøtte en tidlig og forebyggende

indsats, hvilket passer godt til de ønsker, Ældre Sagen har udtrykt i dette høringssvar. Samtidigt vil der med et samlet ansvar for både sundhed og ældre kunne undgås kassetænkning. Selv om ansvaret for sundheds- og ældreområdet vil blive samlet under samme myndighed, kan opgaverne godt løftes der, hvor de løses bedst.

Vi ser også mulighed for, at almen praksis kan visitere til en pakke for helhedspleje, hvis konkrete indhold besluttet sammen med den ældre selv i hverdagen – det har vi efterspurgt med inspiration fra Buurtzorg-modellen i Nederlandene.

Ældre Sagen ser frem til regeringens udspil til en sundhedsreform og den endelige politiske aftale. Vi opfordrer klart til, at der indgås en visionær aftale, der løser de nuværende problemer med manglende sammenhæng og uens kvalitet – for patienternes skyld og til gavn for samfundet.

Venlig hilsen



Bjarne Hastrup
Adm. direktør

03. august 2024.

Høringssvar fra Ældrerådet i Region Nordjylland.

Vi har følgende kommentar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport:

Det er vigtigt at bevare nærheden i mellem borger og sundhed systemet.

Bliver velfærdsområderne fjernet fra kommunerne vil forankringen, prioriteringen og sammenhængskraften til hjemstedskommunen forsvinde.

Der bliver flere og flere ældre borgere med behov træning og behandling for kroniske sygdomme – som bør have deres behandling/pleje i nærområdet. Vi ser en stor risiko for, at den almindelige behandling af borgerne i nærområderne bliver nedprioriteret og at de specialiserede områder forsat opprioriteres. Det vil betyde, at det bliver umuligt at tiltrække yngre læger til ydre områderne.

Ved at optimere de nære tiltag, kan der spares på indlæggelser – et tæt og bedre samarbejde mellem praktiserende læger – paramediciner – sygepleje - hjemmeplejen og hospitalerne vil styrke denne indsats.

Digitaliseringen af patientjournaler skal sammenkøres i et system på landsplan, således alle nødvendige fagpersoner/behandlere har en indgang, hvor de kan læse borgerens journal.

Det er VIGTIGT at borgerne har adgang til stærke almene sundhedstilbud, og den ny Ældrereform naturligt kommer til at indeholde de sundhedsopgaver der knytter sig til en god service for ældre bøger.

Det har endnu ikke vist sig at der opnås noget bedre, ved at samle alting i store enheder – med lange beslutnings gange. Der vil blive for store afstande.

På vegne af Region Nordjyllands Ældreråd

Hanne Haaning

Brønderslev	Vesthimmerland	Hjørring	Mariagerfjord	Læsø	
Frederikshavn	Jammerbugt	Aalborg	Thisted	Rebild	Morsø



Ældrerådet i
Aarhus Kommune
Grøndalsvej 2, 1.401
8260 Viby J.

dato: 1.august 2024

Ældrerådets hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger vedr. Det Danske Sundhedsvæsen.

Århus Ældreråd har modtaget Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger til fremtidig organisering af det danske sundhedsvæsen til høring, og Ældrerådet skal på denne baggrund udtale følgende:

Ældrerådet finder, at model 3, med en bevarelse af den regionale og folkeligt base-rede styring af sundhedsvæsenet er at foretrække blandt de 3 modeller. Og det kan her være hensigtsmæssigt at reducere til 3 regioner, således at der bliver tale om større lighed i størrelse.

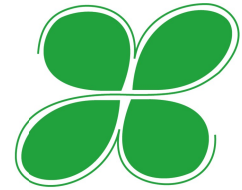
Ganske vist indebærer en decentral organisering byggende på et folkevalgt organ en risiko for – ja et ønske – om ulighed mellem regionerne. Denne risiko for ulighed er naturligvis i modsætning til problematikken om ”lighed i sundhed”, men risikoen mindskes ved færre regioner og ved udarbejdelse af en national sundhedsplan med nye kvalitetsstandarder. Ligeledes er en regional/folkelig organisering i tråd med tidens tendens til mindre centralisering, øget nærhed og øget borgerinddragelse osv. Endelig er en decentral struktur formentlig mere velegnet til at sikre udvikling og læring på tværs, end en central struktur, der kan indebære en risiko for et statisk sundhedsvæsen, men til gengæld sikrer, at det er lige godt eller lige dårligt alle steder i landet.

Ældrerådet finder det endvidere hensigtsmæssigt, at der tages udgangspunkt i den nuværende struktur, idet man herved undgår hele den indkøring, der vil være forbundet med en helt ny centraliseret og fagligt styret organisation. – Og der er jo også rigtig mange ting i den nuværende struktur, der er yderst velfungerende. Så hvad er det, der ikke fungerer? Ret det! I stedet for at finde på noget nyt, hvor der også vil være noget der ikke fungerer.

Web: www.aeldreraad.aarhus.dk

E-mail: aarhus.aeldreraad@gmail.com

Aarhus kommune skal være et trygt, virksomt og værdigt sted for alle borgere



Ældrerådet i
Aarhus Kommune
Grøndalsvej 2, 1.401
8260 Viby J.

Uanset overordnet struktur finder Ældrerådet det væsentligt, at samarbejdet/interaktionen mellem kommune, hospital og egen læge styrkes, således at f.eks. egen læge ikke blot overdrager borgeren til hospital, og derefter glemmer alt om borgeren, ligesom Ældrerådet finder, at egen læge kunne orientere sig mere i retning af kommunerne, og f.eks. i øget grad henvise til de kommunale tilbud, der i øvrigt kunne udvikles i samarbejde med hospital og praktiserende læge. Ligeledes finder Ældrerådet, at den praktiserende læge må afsætte tid til at se på hele borgeren, og ikke kun på det specifikke problem, der har fået borgeren til at opsøge lægen.

Ældrerådet skal også pege på, at ændringer på sundhedsområdet f.eks. ændret organisering på forskellige niveauer nødvendiggør, at de kommunale ældreråd indtænkes i disse ændringer, således af Ældrerådernes arbejdsområde (f.eks. høringskompetence) ikke indskrænkes ved f.eks. flytning af beslutningskompetence fra kommune til et andet organ.

Ældrerådet finder, at der er mange gode tanker i de fremlagte modeller – f.eks. anbefalingerne på psykiatriområdet og vedr. den digitale og velfærdsteknologiske udvikling, og skal afslutningsvist anføre, at det ikke altid er en løsning at prøve at organisere sig ud af et problem, der skal også tilføres flere midler til sundhedsområdet.

Jan Radzewicz / Formand
for Ældrerådet i Aarhus

Web: www.aeldreraad.aarhus.dk

E-mail: aarhus.aeldreraad@gmail.com

Aarhus kommune skal være et trygt, virksomt og værdigt sted for alle borgere

Hørings svar vedrørende:

Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Øjenforeningen har udarbejdet høringssvar inklusive konkrete forslag til følgende af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forslag.

Anbefaling 1 – Det almenmedicinske tilbud

- Forslag 1: Kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen
- Forslag 3: Styrket sundhedsplanlægning og styrket opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet

Anbefaling 2 – Ny organisering af digitalisering og data

- Forslag 3: Fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for sundhedsvæsenet

Anbefaling 5 – Private aktører og rettigheder

- Forslag 1: Styrket national ramme for praktiserende speciallæger
- Forslag 3: Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling af området praktiserende speciallæger

Anbefaling 6 – Implementering og reformsekretariat

Hørings svar vedrørende:

Anbefaling 1, forslag 1: Kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen

Presset på de almenmedicinske tilbud er stort og vil blive større. Grunden er primært flere ældre og flere multisyge. Det problem skal løses gennem en styrkelse af de almenmedicinske tilbud, jævnfør 'Sundhedsstrukturkommissionens rapport' kapitel 9.

Presset på almenpraksis kan mindskes ved at etablere nye praksisspecialer, der er målrettet de områder, hvor presset er størst. Derfor bør man i en samlet national specialeplan se på muligheden for at etablere nye praksisspecialer for eksempel inden for geriatri og multisygdom. Det vil aflaste almenpraksis og højne kvaliteten af behandlingen af ældre og multisyge.

Forslag

For at mindske presset på almenpraksis kan der for eksempel etableres praksisspecialer inden for geriatri og multisygdom. Med de to nye specialer vil man samtidig kunne opnå en højere og mere ensartet kvalitet i behandlingen.

Hørings svar vedrørende:

Anbefaling 1, forslag 3: Styrket sundhedsplanlægning og styrket opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet

Forslag 3 beskriver, hvordan der skal ske en styrket sundhedsplanlægning og styrket opgaveudvikling og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet blandt andet med inddragelse af relevante faglige selskaber.

Som en del af styrket opgavedeling og arbejdsdeling skal det fastlægges, "hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte det almenmedicinske tilbud" (side 195). Der er imidlertid ingen grund til at begrænse den støtte og rådgivning til alene at gælde de almenmedicinske tilbud. Sammen med en styrket opgavedeling og arbejdsdeling bør det også fastlægges, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud kan støtte og rådgive sundhedsfaglige personer i løsningen af sundhedsopgaver, som det for eksempel er tilfældet i samarbejdet mellem sygehus og audiologer.

Umiddelbart ser det ikke ud som sundhedsplanlægning omfatter medicinsk teknologivurdering (Health Technology Assessment). I dag er den medicinske teknologivurdering institutionelt spredt på blandt Medicinrådet, Behandlingsrådet og Sundhedsstyrelsen.

En væsentlig del ved medicinsk teknologivurdering er udformningen af kliniske retningslinjer for de behandlingsformer, der skal tages i anvendelse som resultatet af en teknologivurdering.

Forslag 1

Som en del af en styrket sundhedsplanlægning bør det fastlægges, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud kan understøtte sundhedsfaglige personer og ikke kun læger i almen praksis i løsningen af sundhedsopgaver.

Forslag 2

Der bør ske en samling og en organisatorisk styrkelse af de institutioner, der i dag arbejder med medicinsk teknologivurdering. En samling og organisatorisk styrkelse vil blandt andet også være et aktiv, når EU-forordningen for Health Technology Assessment skal implementeres fra januar 2025.

Forslag 3

Som en del af samarbejdet med de relevante faglige selskaber i sundhedsplanlægningen etableres en permanent organisatorisk enhed for arbejdet med Nationale Kliniske Retningslinjer.

Hørings svar vedrørende:

Anbefaling 2, forslag 3: Fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet

Som en del af anbefaling 2, forslag 3 anføres at formålet med Digital Sundhed Danmark "er at sikre en mere tværgående national koordinering og prioritering af innovationsområderne end i dag" (side 223). Digital Sundhed Danmark "kan understøtte hurtigere udbredelse og optag af gode løsninger med påvist effekt i sundhedsvæsenet" (side 223). Med Digital Sundhed Danmarks større faglige miljøer "forventes organisationen at være bedre rustet end de enkelte aktører til systematisk at vurdere og efterprøve helt nye teknologier og deres modenhed" (side 223).

Udvikling, afprøvning, prioritering og implementering af innovative løsninger sker tilfældig og ukoordineret. Der er ikke noget samlet overblik over initiativerne. Prioritering og implementering af innovative løsninger hæmmes af institutionsinteresser. Med Digital Sundhed Danmark opnås "et mere operativt samarbejde om de fælles løsninger på tværs af sundhedsvæsenet, hvor de enkelte aktører ikke i samme grad kan blokere de fælles initiativer som følge af lokale prioriteter" (side 222).

Forslag 1

Der udarbejdes i regi af Digital Sundhed Danmark en formaliseret ramme for udvikling og afprøvning af innovative løsninger til behandling. En formaliseret ramme bør blandt andet indeholde obligatoriske krav, som afprøvning af innovative løsninger til behandling skal leve op til med inspiration fra de krav, der stilles til nye medicinske behandlingsmetoder i forhold til testgrupperes størrelse, evidens med mere. Her bør fokus blandt andet være patientsikkerheden.

Forslag 2

Det nyoprettede Nævn for Sundhedsapps, der har til formål at anbefale sundhedsapps på sundhed.dk, nedlægges. Opgaven placeres i stedet i Digital Sundhed Danmark. Initiativet med oprettelse

af Nævn for Sundhedsapp er ikke med til at fremme formålet med etableringen af Digital Sundhed Danmark.

I øvrigt vil de anbefalinger, som Nævnet for Sundhedsapps kommer med, for de fleste blive forstået som en myndighedsgodkendelse. Nævnets anbefalinger vil underminere CE-mærkningssystemet, der på en helt anden måde har fokus på patientsikkerheden.

Hørings svar vedrørende:

Anbefaling 5, forslag 1: Styrket national ramme for praktiserende speciallæger

Som en del af en national plan for udvikling af området speciallægepraksis fremgår det, at der udformes en national specialeplan, der beskriver, hvilke specialer der skal fordeles centralt på sygehuse, og hvilke specialer der skal placeres og fordeles decentralt. Det gennemgående princip for fordeling og placering må ud over hensynet til faglig bæredygtighed være populationsansvaret.

En samlet specialeplan bør have fokus på, at der inden for flere specialer er et overlap imellem funktioner og tilbud i specialpraksis og i sygehusenes ambulante speciallægetilbud. Graden af specialernes praksisrelevans er forskellig. I en samlet specialeplan bør specialerne opdeles i forhold til praksisrelevans. I 'Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen', side 1-2 (Bilag 15 i 'Bilagsrapport – Sundhedsstrukturkommissionen') er der præsenteret en opdeling af specialer i forhold til praksisrelevans ud fra tre overordnede kriterier:

- a) Meget praksisrelevante specialer
- b) Praksisrelevante specialer, hvor speciallægepraksis udgør et vigtigt supplement til sygehusenes ambulante speciallægetilbud
- c) Specialer, der er praksisrelevante, men som almindeligvis ikke udgør et afgørende supplement til den sygehusbaserede ambulante speciallægebetjening.

En opdeling af specialer ud fra praksisrelevans er jævnfør bilag 15 "et godt redskab til at beskrive principper for kapacitetsplanlægning og arbejdsdeling i forhold til sygehusenes tilbud".

Det fremgår af forslag 1, at en planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal være med til at understøtte "effektiv brug af speciallægeressourcer i det samlede sundhedsvæsen". Som en del af en effektiv brug af speciallægeressourcer kan Sundhedsstyrelsen "vejlede om, hvilke opgaver der bør løses i de almenmedicinske tilbud med faglig støtte fra decentrale speciallægetilbud" (side 267). Faglig støtte og rådgivning fra decentrale speciallægetilbud bør ikke være begrænset til de almenmedicinske tilbud. Der bør også åbnes for, at

Sundhedsstyrelsen kan vejlede om, hvilke sundhedsopgaver der kan løses af andre sundhedsfaglige personer end læger i almen praksis med støtte og rådgivning fra decentrale speciallægetilbud.

Forslag 1

I en national specialeplan med fastlæggelse af fordeling og placering af specialer central og decentral bør der tages højde for graden af praksisrelevans for de enkelte specialer.

Forslag 2

Som en del af en effektiv brug af speciallægeressourcer i det samlede sundhedsvæsen bør der åbnes for, at Sundhedsstyrelsen i lighed med de almenmedicinske tilbud kan vejlede om, hvilke opgaver sundhedsfaglige personer i øvrigt kan løse med støtte og rådgivning fra decentrale speciallægetilbud.

Hørings svar vedrørende:

Anbefaling 5, forslag 3: Det lovmæssige grundlag for ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling af området praktiserende speciallæger

I arbejdet med at opnå en bedre anvendelse af speciallægeressourcer ud fra LEON-princippet og mest mulig sundhed for pengene er det usikkert, om det kan opnås gennem den nuværende struktur og styringsmodel for speciallægepraksis. For eksempel står der i 'Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen', side 6 (Bilag 15 i 'Bilagsrapport – Sundhedsstrukturkommissionen'):

"Hvis [special]lægen tager patienter der selv betaler eller får betaling fra et forsikrings selskab, skaber det usikkerhed omkring lægens rolle som en der behandler patienter efter behov – med fokus på at hjælpe den praktiserende læge og dennes patienter. Patienter oplever det også som en urimelig forskelsbehandling – og et system der minder om bestikkelse for en hurtig adgang til det offentlige sundhedssystem."

Spørgsmålet er mere konkret, om man kan styre ud fra LEON-princippet og mest mulig sundhed for pengene med den nuværende styringsmodel med en blanding af sygesikringspatienter, selvbetalere og forsikringspatienter (kunder).

Som en del af udviklingen af ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling inden for området praktiserende speciallæger bør man se på, om det i en ny struktur er muligt at løse problemet med "urimelig forskelsbehandling", jævnfør bilag 15. En mulighed er at se på, i hvilket omfang en ny struktur for en decentral fordeling af specialer kan integrere en model med følgende tre strenge:

1. Fremskudte ambulatoriefunktioner med base i sygehusene.
2. Speciallægepraksisser alene for sygesikringspatienter med en fordeling af ydernumre ud fra et princip om populationsansvar.
3. Privatpraktiserende speciallæger der frit kan placere sig for eksempel i forhold til efterspørgsel efter ydelser. De privatpraktiserende speciallæger kan vælge at kunne modtage henviste sygesikringspatienter. Med henvisningen følger en nærmere fastsat udrednings-/behandlingsret.

Forslag

I udviklingen af struktur og styringsmodel for området praktiserende speciallæger bør det overvejes, om det er muligt at integrere området i en model med tre strenge: 1) Fremskudte ambulatorier, 2) speciallægepraksisser for sygesikringspatienter og 3) privatpraktiserende speciallæger, der frit kan nedsætte sig.

Forslaget skal ses i sammenhæng forslag 5 om ændring af det lovmæssige grundlag og 6 om adskillelse af opgavebeskrivelse og aftalesystem som det er beskrevet i kapitel 9 'Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud'.

Hørings svar vedrørende:

Anbefaling 6: National implementeringsplan og nedsættelse af et reformsekretariat

Det anbefales, at der udarbejdes og vedtages en national implementeringsplan, som følges op af et reformsekretariat placeret under indenrigs- og sundhedsministeriet (side 371).

Det nævnes, at en af de store ledelsesopgaver i forbindelse med en reform af sundhedsvæsenet er "at balancere og prioritere mellem udfordringer på lang og kort sigt" (side 372). Risikoen er, "at hensynet til daglig drift og kortsigtede omkostninger, udløst af omstillingen, vil forstyrre ledelsesfokus" (side 372).

Selv når en reform er implementeret, vil der være behov for en særlig organisatorisk enhed, der har ansvaret for at følge og evaluere implementeringen af nye større initiativer inden for sundhedsvæsenet. Risikoen for organisatorisk træghed og konflikt mellem udfordringer på lang og kort sigt er en permanent problemstilling i sundhedsvæsenet i den vedvarende tilpasning til behovet for ydelser. Derfor kan det give god mening at omdøbe reformsekretariatet til et implementeringssekretariat.

Erfaringen med implementering af nye politiske initiativer er, at de sjældent følges op politisk. For ofte lever resultatet af implementeringen af politiske initiativer ikke op til, hvad der var det egentlige formål med initiativet.

Et permanent implementeringssekretariat kan være med til at skabe mere gennemsigtighed både politisk-administrativt og i offentligheden. Alt andet lige vil det være med til at styrke tilliden til sundhedsvæsenet. En evaluering af politikimplementering vil give mulighed for, at politikerne kan følge op på, hvordan de politiske aftaler omsættes i lovarbejdet og efterfølgende bliver implementeret.

Forslag

Reformsekretariatet bør etableres som et permanent implementeringssekretariat, der følger, monitorerer og evaluere implementering større politiske initiativer inden for sundhedsvæsenet.



**AALBORG
UNIVERSITET**

Aalborg Universitet
Fredrik Bajers Vej 7K
Postboks 159
9220 Aalborg Øst

Dato: 10-07-2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Vi sætter pris på muligheden for at komme med bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Aalborg Universitet (AAU) har følgende bemærkninger til afrapporteringen:

Generelle bemærkninger:

Universiteternes forskning og uddannelsesindsats spiller en afgørende rolle i udviklingen af sundhedsvæsenet. Forskningen bidrager med ny viden om sygdomme, behandlinger og effekter, og uddannelse og videreuddannelse af sundhedspersonalet bidrager med kompetencer og indsigt. Uddannelse og forskning er grundlaget for, at vi kan forbedre og udvikle sundhedsvæsenet hvad end det handler om forebyggelse, diagnostik og behandling af sygdomme til glæde for borgerne.

Som rapporten påpeger, står det danske sundhedsvæsen overfor en stor udfordring på grund af den demografiske udvikling med flere ældre borgere med kroniske sygdomme, og langt færre unge til at løse opgaven. Der er derfor et akut behov for nytænkning i forhold til, hvordan sundhedsvæsenet bedst kan løfte denne opgave. Universiteterne kan bidrage hertil gennem relevante uddannelser, forskning og innovation. Forskning og uddannelse fungerer som drivkraft for innovation med udvikling af nye koncepter, der muliggør at langt flere patienter kan behandles derhjemme og i det primære sundhedsvæsen.

AAU betragter det som en hel central opgave for universitetet at bidrage med nytænkning til løsning af sundhedsvæsenets udfordringer. Vi vil derfor gerne kvittere for, at Sundhedsstrukturkommissionen i rapporten understreger vigtigheden af sundhedsvæsenet som en lærende organisation, bl.a. igennem styrket forskning i det primære sundhedsvæsen (s. 241), samt smidig og sikker adgang til data der skal bidrage til øgede muligheder for forskning (s. 213).

Specifikke bemærkninger:

1. Lægemangel i Region Nordjylland:

Sundhedsstrukturkommissionens rapport (s. 60) italesætter den regionale lægemangel, hvor det er svært at rekruttere og fastholde alment praktiserende læger. Kommissionen bemærker i den forbindelse (s. 196), at "de ansvarlige myndigheder lokalt bør arbejde for at tiltrække og fastholde almenmedicinere i lægedækningstruede områder. Der er de senere år taget initiativer til at understøtte rekrutteringen i områder med lægemangel. Heriblandt har regionerne fået mulighed for under visse omstændigheder at give et særligt økonomisk vederlag til læger i områderne, ligesom der er afsat økonomi til etablering af licensklinikker. Det er væsentligt, at de redskaber, der allerede er til rådighed tages i brug, fx til at tiltrække og fastholde almenmedicinere."

AAU er enig i problemstillingen, men vi mener ikke, at løsningen udelukkende er linket til økonomiske incitamenter.

Et tilstrækkeligt udbud af læger i Danmark vil være helt centralt. Erfaringen viser, at uddannelsessted har en afgørende betydning for, hvor de nyuddannede læger efterfølgende etablerer sig og praktiserer lægegerningen. I 2024 vil 630 læger være dimitteret fra AAU, og over 80% af de nyuddannede læger påbegynder deres videreuddannelse i Region Nordjylland. Læger bliver generelt i den region, hvori de er uddannet.

AAU har organiseret lægeuddannelsen, så de studerende kommer geografisk ud i hele Region Nordjylland. Ved at øge antallet af studiepladser på AAU vil det derved betyde øgede uddannelsesaktiviteter på regionens hospitalenheder; herunder i Aalborg, Thisted, Farsø, Brønderslev, Hjørring og Frederikshavn samt i mere end 65 almene lægepraksisser fordelt i hele regionen.

Til trods for den positive effekt ved etableringen af lægeuddannelsen på AAU i 2010 står Region Nordjylland fortsat over for en udfordring med lægedækning. Der er i regionen flere lægedækningstruede områder. Det er områder, hvor der også er en høj andel af borgere med kroniske sygdomme. Et øget optag på 250 lægestuderende på AAU vil få direkte positiv effekt på, at der kommer flere læger der, hvor der er mest brug for dem.

På baggrund af ovenstående er det AAU's anbefaling, at optaget på lægeuddannelsen øges hurtigst muligt og at optaget, jf. Strukturkommissionens tværgående Anbefaling 3 (s. 234), kommer til at afspejle den nordjyske befolknings sundhedsbehov. AAU ønsker at bidrage til en løsning heraf og bakker fuldt op om regeringens mål-sætning om, at det forsat skal være muligt at bo og arbejde i alle dele af landet ved at sikre lægedækning.

2. Sundhedstjenesteforskning:

Aalborg Universitet hilser Anbefaling 3 i de tværgående anbefalinger velkommen. Vi hæfter os ved, at Forslag 5 under Anbefaling 3 (s. 241) lægger vægt på, at sundhedsfaglig forskning i højere grad skal målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene.

Sundhedstjenesteforskning kan være et helt afgørende værktøj i løsningen af sundhedsvæsenets komplekse udfordringer. Gode løsninger forudsætter imidlertid, at beslutningstagere og sundhedsprofessionelle får det bedst mulige videns – og beslutningsgrundlag.

Sundhedstjenesteforskning er defineret som forskning i sundhedsvæsenet som organisation, dvs. dets opgaver, resurser, aktiviteter og resultater; desuden samspillet mellem befolkningens behov og sundhedsvæsenets funktioner og ydelser. Forskningen beskæftiger sig netop med organiseringen af sundhedsvæsenet og herunder også med effekten af, at bestemte behandlinger er prioriteret og udbudt på en given måde.

Sundhedstjenesteforskning vurderes derfor som værende forudsætningen for, at man fordomsfrit kan opstille modeller, da forskningen netop giver faktabaserede vurderinger af konsekvenserne af givne behandlingstilbud og af måden, hvorpå de tilbydes til patienterne (dvs. hvordan de organiseres).

Aktuelt allokeres der i Danmark kun begrænsede forskningsmidler til sundhedstjenesteforskning sammenlignet med den traditionelle biomedicinske forskning. Dette gælder både bevillinger fra Danmarks Frie Forskningsfond og større private fonde. I lyset af det store behov for at udvikle og navigere sundhedsvæsenet sikkert ind i fremtiden, er det ikke nok blot at lave en simpel omfordeling af de eksisterende begrænsede ressourcer indenfor dette forskningsområde. Forskningsindsatsen her skal opprioriteres, så vi får den nødvendige viden til at træffe de beslutninger, der både er økonomisk ansvarlige for samfundsøkonomien og etisk forsvarlige for patienterne.

Der investeres internationalt betydelige midler i sundhedstjenesteforskning i disse år, herunder i lande som Danmark sædvanligvis sammenligner sig med. I bl.a. UK og Australien er udviklingen blevet understøttet af etableringen af stærke nationale kraftcentre, som koordinerer, stimulerer og driver forskningen og vidensopbygningen frem med henblik på at sikre at arbejdet med at forbedre sundhedsvæsenet er rationel og at investeringer sker på et oplyst grundlag. Det vil være naturligt, om Danmark også øger forskningsindsatsen på et så afgørende og

samfundskritisk område. I den sammenhæng bør der etableres et robust nationalt center, som kan drive forskningen fremad, kan skabe overblik over den eksisterende viden og fungere som rådgiver og samarbejdspartner for sundhedsvæsenets aktører.

3. Utilstrækkelige strukturer for innovation og udbredelse af nye digitale løsninger

Sundhedsstrukturkommissionens rapport (s. 186) peger på en række udfordringer med at få udbredt gode teknologiske løsninger. For bl.a. at skabe bedre rammer til at understøtte udbredelsen og implementeringen af teknologiske løsninger med veldokumenteret effekt, har AAU sammen med Aalborg Kommune og Region Nordjylland igangsat etablering af Life Science City Aalborg med særligt fokus på brug af kunstig intelligens (AI) i sundhedsvæsenet. Dette nye innovationsdistrikt skal samle alle relevante aktører om at skabe AI-drevne og innovative sundheds- og velfærds løsninger til gavn for borgerne.

Life Science City Aalborg skal være et centralt miljø for udvikling, test og samarbejde om sundheds- og velfærds-teknologi, som kan understøtte sundhedsvæsenets digitale og teknologiske transformation med AI i centrum både i Nordjylland, i resten af Danmark og internationalt. Det tætte samarbejde mellem region, kommune og universitet skal være med til at sikre, at udbredelsen af de digitale løsninger kan tænkes tidligt ind i et samspil mellem relevante styringsstrukturer og den sundhedsfaglige og kliniske udvikling.

Med venlig hilsen



Lars Hvilsted Rasmussen, professor, Ph.D., FESC
Dekan for det Sundhedsvidenskabelige Fakultet,
Aalborg Universitet



Aarhus Kommunes høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

25. juni 2024
Side 1 af 7

Aarhus Kommune vil gerne kvittere for Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde med udspillet om organisering af fremtidens sundhedsvæsen. Aarhus Kommune fremsender hermed sit høringsvar med hovedpointerne og et efterfølgende mere fagligt høringsvar.

Man styrker ikke det nære ved at gøre det fjernt

- Aarhus Kommune ser ikke potentiale i, at det nære sundhedsvæsen kan styrkes og løses ved mere centralisering (model 1+2). Potentialet ligger i udbygningen af det nære sundhedsvæsen og endnu større investeringer i forebyggelse, så presset på hospitalsvæsenet mindskes.
- Der kan arbejdes med model 3 blandt andet med etablering af forpligtende samarbejdsstrukturer mellem regioner og kommuner, som del af varetagelse af det fælles populationsansvar, særligt i forhold til ældre borgere og kronikere. Det er en styrke med øremærket økonomi til det nære sundhedsvæsen. Det er nødvendigt at få skabt de rette incitamentsstrukturer for blandt andet mere forebyggelse og opfølgning på aktiviteterne i det nære sundhedsvæsen, så der sikres reel styring af udgiftsområdet.
- Der bør stiles efter en model, hvor det primære sundhedsvæsen faktisk er det primære. I relation hertil er det væsentligt, at en eventuel fremtidig kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet lever op til netop disse principper.
- Fælles populationsansvar omfatter blandt andet understøttelse af mere behandling i eget hjem, hvor den kommunale del af sundheds- og ældreområdet spiller sammen med læger både fra almen praksis og specialafdelinger på hospitalet. Vi ser ikke nogen fordel ved opgaveflytning fra kommunerne til regionerne, hverken hele ældreområdet eller fx akutsygeplejen. Aarhus Kommune har gode erfaringer med dette samspil.

Lighed i sundhed: Sundhed er meget end fravær af sygdom

- Aarhus Kommune ønsker, at sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet prioriteres højere. Den patientrettede forebyggelse skal forblive i kommunerne for at sikre det lokale samarbejde med civilsamfund, foreninger, erhvervsliv m.fl. og prioritere "efterbyggelse" og brobygning til foreningslivet.
- Social lighed i sundhed skal tænkes mere offensivt og kan ikke løses ved mere centralisering. Kommunernes styrke i det nære sundhedsvæsen er netop samspil/partnerskaber med andre aktører, civilsamfund, foreninger, erhvervsliv m.fl. om at iværksætte de differentierede indsatser, der er nødvendige for at få alle med. Det skal der investeres endnu mere i.

Geografisk lighed – også mellem områder og bydele i de store kommuner

- Aarhus Kommune deler rapportens fokus på mere geografisk lighed på sundhedsområdet. Det foreslås, at ressourcerne i

Sundhed og Omsorg
Strategi og Udvikling
Aarhus Kommune

Ledelsesekretariat
Rådhuset, Rådhuspladsen 2
8000 Aarhus C

Sagsbehandler:
Lone Snedker Adamsen



sundhedsvæsenet skal fordeles anderledes, så der sikres balance mellem behov for ressourcer. I de store kommuner er der også områder med ubalance mellem ressourcer og behov, hvor der både er velhavende områder med lav sygdomsbyrde og socialt udfordrede boligområder med høj sygdomsbyrde.

25. juni 2024
Side 2 af 7

Nødvendige tværgående anbefalinger

- Aarhus Kommune deler Sundhedsstrukturens anbefaling om, at de seks tværgående anbefalinger er nødvendige for den fremtidige struktur i sundhedsvæsenet. Særligt kapacitetsopbygning i de almen medicinske tilbud og særlig honorering til de praktiserende læger i forhold til arbejdet med sårbare borgere. Aarhus Kommune kan også se et potentiale i, at hele sygesikringsområdet sammenlægges med kommunerne i det nære sundhedsvæsen.
- Arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet er rigtig og nødvendig. Aarhus Kommune savner et fokus på udviklingen af velfærdsteknologiske løsninger, forskning og innovation som også skal understøtte den nødvendige omstilling i sundhedsvæsenet.
- National planlægning skal udbygges blandt andet for at sikre den nødvendige kvalitet og prioritering i forhold til det nære sundhedsvæsen.
- De tværgående perspektiver kunne med fordel udbygges med perspektiver på, hvordan vi kan sikre, at borgerne ikke kommer i klemme blandt andet på hjælpemiddelområdet. Inspiration kan evt. hentes i fælles udspil fra KL og Ergoterapeutforeningen.

Hvis regionerne fremadrettet skal være sundheds- og omsorgsregioner – hvad så med resten?

- Det er bemærkelsesværdigt, at rapporten slet ikke omtaler de øvrige regionale områder, herunder det specialiserede socialområde og kollektiv trafik. En helt ny organisatorisk ramme for sundhedsvæsenet kan få store og vidtrækkende konsekvenser for disse områder. Der er grund til at værne om og holde hånden under både socialområdet og den kollektive trafik, som er afgørende for mange borgere.
- I relation til det specialiserede sociale område bør den fremtidige organisatoriske ramme fastlægges under hensyntagen til den udgiftsvækst, der har været på området siden 2007.
- I forhold til den kollektive trafik, hvor regionerne varetager ca. 1/3 svarende til den kollektive trafik, der går på tværs af og imellem flere kommuner, vil Aarhus Kommune gøre opmærksom på de regionale forpligtelser vedrørende Aarhus Letbane. Derudover bør der være opmærksomhed på, at de forskellige regioner i landet ikke har samme opgavefordeling, fx er den kollektive trafik i hovedstadsområdet i vid udstrækning statsligt finansieret.

På vegne af Aarhus Kommune

Jacob Bundsgaard
Borgmester

Christian Budde
Rådmand



Uddybende bemærkninger til Aarhus Kommunes høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

25. juni 2024
Side 3 af 7

Nærhed rimer ikke på centralisering

Det store potentiale for omstilling af sundhedsvæsenet ligger netop i kommunerne – i det nære - tæt på borgernes hverdag.

Udspillet forslag om store eller mellemstore opgaveflytninger fra kommunerne til sundheds- og omsorgsregioner, giver derfor ingen mening. Sundhed er meget mere end fraværet af sygdom.

Sundhedsstrukturkommissionens udspil tager primært afsæt i en "behandlingslogik", der hvor borgeren er blevet syg. Et samlet kædeansvar for behandlingen afhjælper ikke det øgede pres, der med den demografiske udvikling er/kommer på sundhedsvæsenet.

Der skal investeres meget mere i forebyggelse. Det skal der blandt andet for at "knække kurven" i forhold til udviklingen af antal borgere med kronisk(e) sygdom(me), og dermed tage noget af presset af hospitalsvæsenet, og for at fremme sund aldring i befolkningen. Sundhed skal tænkes ind i alt.

Vi er stolte af, hvordan vi arbejder med udvikling af det nære sundhedsvæsen i Aarhus

Aarhus Kommune savner i Sundhedsstrukturkommissionens rapport en anerkendelse og adressering af den store udvikling der er sket i kommunerne på sundheds- og ældreområdet gennem de senere år.

Som eksempler kan nævnes:

- Aarhus Kommune har i årevis haft et tæt samarbejde med blandt andet Afdeling for Ældresygdomme og Afdeling for Lungesygdomme på Aarhus Universitetshospital om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere og borgere med kronisk lungesygdom. I samspil med kommunens akutteam kan behandling sættes i gang i eget hjem med hospitalets læger som lægeligt behandlingsansvarlige. De praktiserende læger er glade for ordningen. Når behandlingsansvaret for borgeren overgår til egen læge igen efter endt forløb, modtager egen læge en korrespondance fra hospitalsafdelingen.

Vi er stolte over, at samarbejdet mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital (Lungesygdomme) vandt prisen Den Gyldne Tråd i 2023, hvor vægten er på godt tværsektorielt samarbejde – en utraditionel og velfungerende organisationsform til glæde for borgere og ansatte, samt et initiativ som er kendetegnet ved at være nytænkende.

- På psykiatriområdet er der også skabt gode relationer og initiativer mellem den regionale psykiatri og den kommunale socialpsykiatri for at sikre sammenhængende borgerforløb og så vidt muligt holde borgerne ude af hospitalet, hvor det er muligt. Internt i Aarhus



Kommune er der udviklet gode samspilsmodeller mellem social- og sundhedsområdet på tværs af magistratsafdelinger.

25. juni 2024
Side 4 af 7

- I regi af Aarhus-klyngen er der tæt samarbejde om "den gode indlæggelse og udskrivelse", så borgerne sikres sammenhængende forløb og en tryk sektorovergang. For de fælles puljemidler, der blev afsat til klyngesamarbejdet i 2022-2023, er der blandt andet investeret i virtuelle udskrivelsesmøder.
- Fra 2007 fik kommunerne myndigheds- og finansieringsansvaret for al genoptræning efter sygehusudskrivelse. I Aarhus Kommune er der siden 2007 sket en eksplosiv udvikling fra i starten at modtage 3.300 genoptræningsplaner årligt til nu at modtage 12.000 genoptræningsplaner vedrørende borgere i alle aldre. De kommunale fysio- og ergoterapeuter har opbygget solide kompetencer til at genoptræne borgere både på alment og på avanceret niveau, samt til rehabiliteringsopgaver på specialiseret niveau, og er klar til at varetage endnu flere opgaver, hvis økonomien følger med.
- Aarhus Kommune har et tæt og fint samarbejde med de praktiserende læger i byen. Alle plejehjem har tilknyttet en plejehjemslæge. Udover det daglige samarbejde mellem plejehjemslæge og det lokale plejehjem, afholdes der årligt fyraftensmøde, hvor Aarhus Kommune sætter fokus på temaer, der går på tværs. F.eks. "den sidste tid", "samspil med Ældre sygdomme" og "Ældrepsykiatri". Relevante kollega-læger fra hospitalet inviteres med til fyraftensmøderne.
- Aarhus Kommune har mange gode initiativer i gang i forhold til at få "sundhed ind i alt". Her kan f.eks. nævnes:
 - Sundhed og beskæftigelsesområdet (koordinerede beskæftigelses- og genoptræningsforløb)
 - Samarbejde med civilsamfundsaktører (blandt andet foreningsudvikling og foreningsbrobygning)
 - Samarbejde med erhvervslivet (blandt andet sunde arbejdspladser, alkohol og opioider i nattelivet)
 - Samarbejde med boligforeninger (fremskudte sundhedsindsatser i socialt udfordrede boligområder)
- Et fremsynet Aarhus Byråd har reserveret 105 mio. kr. i en sundhedsfond (blandt andet til faldforebyggelse og tidlig opsporing/indsats i forbindelse med demens). Herudover er der i samarbejde med eksterne fonde investeret i forløb for borgere med type 2 diabetes samt sårbare borgere udenfor arbejdsmarkedet. Tanken bag initiativerne er, at Aarhus Kommune skal turde investere i de raske for at holde udgifterne nede i sundhedsvæsenet.

De gode erfaringer, som allerede har opnået, vil Aarhus Kommune gerne videreføre i den nye struktur.



25. juni 2024
Side 5 af 7

Model 3 kan der arbejdes videre med

Hvis model 3 skal være bæredygtig og fremtidssikret, så skal der indgås forpligtende aftaler mellem regioner og kommuner. Ordet "bør" skal erstattes af "skal". Det kan suppleres med, at der skal etableres fælles kommunale, samarbejder indenfor områder, hvor der er dokumenteret udfordringer med den faglige bæredygtighed i mindre kommuner.

I den nuværende klyngestruktur har der ikke været det nødvendige handle- rum til, at region og kommuner har kunnet varetage det fælles populations- ansvar f.eks. i forhold til den ældre borger og borgere med kronisk sygdom. Der har heller ikke været incitamentet til at tænke forebyggelse, træning og rehabilitering ind som første valg fremfor henvisning til forundersøgelse på hospital.

En fremtidssikret model på sundhedsområdet vil være en model, hvor vi "vender bøtten" og starter i det nære sundhedsvæsen. Og hvor der samtidigt er det nødvendige økonomiske råderum til reelt at kunne skabe gode løsninger sammen.

Aarhus Kommune mener, at omstillingen i sundhedsvæsenet kræver, at sundhedsfremme og forebyggelsesområdet skal prioriteres meget højere – fremfor først at sætte ind, når borgeren er blevet syg/svækket. Forebyggelse vil også medvirke til at tage presset af hospitalernes (akut-)afdelinger. Det giver mulighed for, at hospitalerne kan koncentrere sig om udredning og behandling af de borgere, der har behov for specialistbehandling. Den patient- rettede forebyggelse skal forblive i det nære sundhedsvæsen. Her er der mulighed for en samlet indsats og fokus på "efterbyggelse" og brobygning til foreningslivet, så borgerne både kan fastholde det opnåede funktionsniveau, og komme til at indgå i fællesskaber.

I en sådan model kan samarbejdet med civilsamfundet, foreninger, erhvervs- livet m.fl. også videreudvikles, bl.a. med synergier og sammenhæng mellem sundhed og beskæftigelse, fritid, kultur, det lokale boligområde osv.

I Aarhus er der blandt andet etableret sundhedshuse i Gellerup, Frydenlund og Herredsvang og et på vej i Viby. Derudover er genoptræning og rehabilitering blandt andet på Marselisborg Centeret blevet styrket – ligesom der arbejdes med digitale løsninger og velfærdsteknologi som bærende elementer i fremtidens sundhedsvæsen.

Det er bekymrende, hvis det forsvinder i et centraliseret sundhedsvæsen. Aarhus Kommune er godt i gang med at reformere ældreområdet, hvor sundhedsfagligheden er en afgørende del af indsatsen. Det er derfor nød- vendigt, at sygeplejeområdet forbliver i kommunerne. Der er behov for tvær- faglighed for at kunne understøtte en strategisk retning om *mere behandling i borgerens hjem*.

Ingen mennesker kan lide at være syge, men når vi bliver det, er det helt af- gående, at vores hverdag og liv stadig kan hænge sammen. I kommunerne kan vi se, at vi lykkes bedst, når vi rykker sundhedsindsatserne så tæt på borgerne som muligt. Derfor bør vi styrke det nære sundhedsvæsen mest muligt, og undgå en centralisering omkring sygehusene.



25. juni 2024
Side 6 af 7

Med det stærke fokus i det nære – tæt på borgerens hverdagsliv, bliver der også plads til at prioritere de borgere, der har størst brug for støtte. En mere offensiv variant af model 3 kunne være, at almen praksis (hele sygesikringsområdet) forankres i det nære sundhedsvæsen sammen med kommunerne.

Geografisk lighed

Sundhedsstrukturkommissionen har fokus på mere geografisk lighed på sundhedsområdet og foreslår derfor, at ressourcerne i sundhedsvæsenet fordeles anderledes, så der sikres balance mellem behov og ressourcer. I praksis medfører det, at der vil skulle overføres ressourcer fra (de store) byområder til landkommuner. I den forbindelse er det dog væsentligt at være opmærksom på, - som Sundhedsstrukturkommissionen selv påpeger - at der "Indenfor de store byer [...] også findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer." (Sammenfatning, side 8). Dette gør sig gældende i en kommune som Aarhus. Det er væsentligt, at uligheden i sundhed inden for kommunegrænserne håndteres på lige fod med uligheden mellem kommunerne.

Ikke flere regioner

I model 1 og 2 foreslår Sundhedsstrukturkommissionen en udvidelse i antallet af regioner til 8-10 fremfor de nuværende 5 regioner. I model 3 foreslås 3-5 regioner.

Aarhus Kommune mener ikke, at antallet af regioner skal udvides, da det vil gøre det mere vanskeligt at drive et specialiseret sygehusvæsen. Fremtidens sygehusdrift skal være kendetegnet af stordrift og volumen.

De 6 tværgående anbefalinger og forslag

Udspillet fra Sundhedsstrukturkommissionen rummer 6 tværgående anbefalinger og forslag, som vurderes nødvendige i en fremtidig struktur, og som kan gennemføres uanset hvilken model, vi lander på.

Det er rigtigt set, at der er behov for en **kapacitetsopbygning i de almenmedicinske tilbud**. Investeringen skal understøtte, at flest mulige borgere afsluttes i almen praksis, så kun de færreste skal henvises videre til hospitalssektoren. Almen praksis skal have tid og særlig honorering for at kunne understøtte de sårbare borgere. Almen praksis og kommunerne skal udbygge samarbejdet med tilbud i det nære til borgerne ift. sundhedsfremme, forebyggelse, træning og rehabilitering. Ved fordeling af almenmedicinske kapaciteter skal der både være blik for den geografiske ulighed men også den sociale ulighed. I større kommuners socialt udsatte boligområder skal der også tænkes let adgang til f.eks. praktiserende læger.

Af udspillet fremgår, at nationale myndigheder skal fastlægge opgavebeskrivelsen for de almenmedicinske tilbud med inddragelse af relevante faglige selskaber. Det er vigtigt, at der også kommer repræsentation fra det nære sundhedsvæsen i dette arbejde, så opgaverne ikke alene fastlægges ud fra et behandlerperspektiv.



Anbefalingen om ny organisering af arbejdet med **digitalisering og data** i sundhedsvæsenet er rigtig og nødvendig. Den bør dog suppleres med, at der fra national side investeres yderligere i innovation, udvikling og forskning indenfor det primære sundhedsvæsen. Det samme gælder velfærdsteknologiområdet, som slet ikke er nævnt i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Her er kommunerne langt – men der er behov for, at vi kommer endnu længere.

25. juni 2024
Side 7 af 7

Ovenstående elementer skal understøtte den nødvendige omstilling i sundhedsvæsenet.

Udarbejdelse af en **national sundhedsplan** bør tage afsæt i, at mest muligt skal leveres i det nære sundhedsvæsen, og at der reelt sikres et handlerum til, at det lokale sundhedssamarbejde kan varetage det fælles populationsansvar.

Økonomiske betragtninger

Incentiv til forebyggelse og mulighed for opfølgning

Kommunernes nuværende medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen skal tilskynde kommunerne til en aktiv forebyggelsesindsats, idet de kommunale udgifter til sundhedsydelser herved vil blive mindre. Denne incitamentsstruktur har dog aldrig fungeret optimalt, blandt andet fordi kommunerne ikke har adgang til individhenførbare data på sundhedsområdet. Derved er det vanskeligt at se, at forebyggelsesaktiviteterne reelt har en betydning for udgiftsniveauet. Siden 2019 har den aktivitetsbestemte medfinansiering været fastfrosset.

Det er uklart, hvorvidt den kommunale medfinansiering foreslås videreført i en ny struktur, men generelt er der i Sundhedsstrukturkommissionens rapport fokus på, at en større del af de samlede sundhedsudgifter skal målrettes det primære sundhedsvæsen (praktiserende læger, den kommunale hjemmepleje m.v.). Et vigtigt hensyn heri er, at der fremover etableres de rette incitamentsstrukturer for forebyggelsesaktiviteter, og at der skabes reel mulighed for opfølgning på forebyggelsesaktiviteterne (fx tilstrækkelig dataadgang), så der sikres en reel styring af udgiftsområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Mail: sum@sum.dk
Sagsnr.: 2024 - 7250

Høringssvar fra Aarhus Universitet, Health over Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Vi er på det sundhedsvidenskabelige fakultet Health på Aarhus Universitet overordnet positive overfor Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, særligt hvad angår perspektiverne inden for uddannelse og forskning.

I rapportens anbefaling 3, forslag 4 om tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder tilpasning af lægeuddannelsen (s. 240) foreslås det at:

1. Medicinstuderende skal have mere praktik i almenmedicinske tilbud for at understøtte et øget kendskab til og interesse for det primære sundhedsvæsen hos de studerende.
2. Det vil være relevant at placere pladser på medicinstudiet uden for de store universitetsbyer.
3. Dimensionering af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover.

Vedr. 1: På Health er vi allerede i gang med tilpasning af studieordningen for medicin. Uddannelsen vil således fremadrettet få større fokus på digitale kompetencer og ikke mindst almene sundhedsindsatser og ulighed i sundhed samt øget fokus på klinik i almen praksis. At lykkes med dette kræver, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet sammen med PLO og universiteterne udarbejder en ny model fra finansiering af uddannelsesforløbene, da den hidtidige aftale med PLO ikke er rentabel for universiteterne.

Vedr. 2: Vi har på Health igangsat et arbejde med etablering af studiepladser på kandidatuddannelsen i medicin med ophæng på Regionshospitalet Gødstrup i Region Midtjylland. Dette forudsætter dog, at Regionsrådet i Region Midtjylland vedtager økonomisk støtte svarende til det foreslåede i budgetforliget.

Vedr. 3: Fakultetet er desuden yderst opmærksomt på dimensioneringen af medicinuddannelsen, da det er helt centralt at uddanne et tilstrækkeligt antal læger til at kunne dække behovet i det danske sundhedsvæsen - både på hospitaler, i almen medicin og i kommunerne.

Dekanatet, Health

Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

Dato: 5. juli 2024

Direkte tlf.: +45 87152007
E-mail: dean.health@au.dk
Web: au.dk

Afs. CVR-nr.: 31119103

Sagsnr. 2024-0696124

Side 1/3

Samtidig er der også en opmærksomhed på, at der er et voksende ønske om at arbejde på deltid, hvilket også har betydning for hvilket antal læger, der er behov for at uddanne.

Samlet har fakultetet således allerede igangsat flere initiativer der understøtter den retning for medicinuddannelsen, der er beskrevet i rapporten. Vi forventer, at ansvarsfordelingen mellem universitetssektoren og ministerier i henhold til lovgivning på uddannelsesområdet fastholdes og dermed, at universitet inddrages på områder, der angår universitetssektoren.

I forhold til den lægelige videreuddannelse vil vi gøre opmærksom på, at universiteter særligt kan bidrage med forskningsbaseret uddannelse i emner på tværs af specialer. Universiteter vil eksempelvis særligt kunne bidrage inden for Life Science, innovation, digitalisering, transition og ulighed i sundhed.

I rapportens anbefaling 3, forslag 5 foreslås det, at ph.d.-forløb i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger. Vi er selvfølgelig positive i forhold til højere grad at se på, om andre sundhedsfaglige områder kan styrkes via flere ph.d.-forløb. I den forbindelse er det glædeligt, at sundhedstjenesteforskningen anbefales styrket i det primære sundhedsvæsen jf. samme forslag. Flere fremtidige ph.d.-forløb bør i højere grad være knyttet til kommunal praksis for at sikre evidensbaseret udvikling af tværgående sundhedsopgaver. Det skal dog bemærkes at denne indsats i høj grad afhænger af velvilligheden fra private fonde til at inkludere dette område i fondenes bevillingsstrategi. Desuden må det fortsat være hensigtsmæssigt, at en relativt stor del af den danske lægestand fortsat har en dyb forståelse for og indsigt i forskning. Det skaber grundlag for at vurdere den stadigt tiltagende strøm af ny viden via forskningspublikationer og dermed et solidt grundlag for at udvikle og implementere ny diagnostik og behandling og træffe de bedste beslutninger for patienterne.

Desuden finder vi det positivt, at alle de foreslåede modeller for fremtidens sundhedsstruktur fokuserer på at styrke det primære sundhedsvæsen. En helhedsorienteret forskning i det primære sundhedsvæsen er vigtig for at sikre gode forløb på tværs af sundheds-, social- og beskæftigelsesområderne. Styrket forskning kan bidrage til omkostningseffektive indsatser, der skaber mest mulig sundhed for pengene. Forskning og uddannelse i det kommunale område bør have en central plads i den nye struktur, herunder samarbejde mellem universiteter og kommuner.

Vi deler ligeledes opfattelsen af, at det er afgørende, at psykiatrien integreres organisatorisk i såvel lægeuddannelse som i det samlede sundhedsvæsen. Denne indsats er inddraget i arbejdet med justering af Healths medicinuddannelse.

Endelig bemærkes det, at tænder, mund og kæber som en del af almen sundhed og sygdom beklageligvis ikke er nævnt i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og vi anbefaler derfor, at det vil være centralt at forholde sig til organiseringen heraf i fremtiden.

Vi forventer at blive inddraget i videre diskussion og implementering af de anbefalinger, der har betydning for medicinuddannelsen og for ph.d.-uddannelse af sundhedsprofessionelle og bidrager også meget gerne til diskussion om de sundhedsvidenskabelige fakulteters rolle i forhold til efter-videreuddannelse af sundhedsprofessionelle.

Vi takker for muligheden for at afgive hørings svar, og ser frem til samarbejdet.

Venlig hilsen



Anne-Mette Hvas
Dekan, professor

6-by samarbejdet på sundheds- og ældreområdets hørings svar

6-byerne anerkender Sundhedsstrukturkommissionens omfattende arbejde og genkender udfordringerne i sundhedsvæsenet. Overordnet flugter 6-byernes hørings svar med KL's politiske hørings svar ift. vurdering af de tværgående modeluafhængige anbefalinger samt de tre forvaltningsmodeller. Vi støtter kommissionens tværgående, modeluafhængige anbefalinger og er enige i behovet for at investere i det nære sundhedsvæsen med fokus på sundhed for alle, lige adgang og differentierede indsatser.

En styrkelse af det samlede sundhedsvæsen bør ske ved at udbygge de almene og nære tilbud uden for hospitalerne. Kommunerne er tættest på borgernes hverdagsliv og bedst til, sammen med almen praksis, at udgøre ryggraden i det nære sundhedsvæsen – og til at indrette et sundhedsvæsen på borgernes præmisser og ikke ud fra sundhedsvæsenets egne logikker. Borgerne er som oftest kun patienter i få dage, mens deres hele liv leves i de rammer, indsatser og tilbud, som kommunerne leverer. Vi ved, at indsatser, der netop leveres i borgerens hverdagsliv, hvor netværk og pårørende støtter op, har god effekt, når borgere skal leve med kronisk sygdom og permanente funktionsnedsættelser.

Tværgående anbefalinger

6-byerne har følgende konkrete bemærkninger til de fire første af kommissionens seks tværgående anbefalinger:

1. Ny organisering af alment medicinsk tilbud

- Vi støtter styrkelsen af almenmedicinske tilbud med nationale opgavebeskrivelser.
- Der kan i særligt store byer være store forskelle på befolkningens sundhedstilstand i forskellige dele af byerne, hvilket der bør tages højde for i forbindelse med planlægning.
- Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne bør intensivere, da kommunerne er tættest på borgernes hverdagsliv og bedst til at levere sundhedsydelser på borgernes præmisser.

2. Ny organisering af digitalisering og data

- Vi er enige i, at digitale løsninger kan skabe bedre sammenhæng og ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.
- Hastigheden og effekten af fællesoffentlige udviklinger skal øges, men der bør tages højde for risici og sikres involvering af de organisationer som skal bruge systemer. Det vil være naturligt at inkludere 6-byerne i samarbejdet, så vi kan bidrage med viden og erfaring.
- Der skal findes løsninger for borgere uden digital adgang.

3. Tilpasset fordeling af ressourcer og national sundhedsplan

6. august 2024

6-BYSAMARBEJDET

Sundheds- og ældreområdet
Kommuner i netværket:
København, Aarhus, Odense, Aalborg, Randers og Esbjerg.

- Vi støtter en national sundhedsplan og en ressourcefordeling, der afspejler befolkningens behov.
- Vi har gode erfaringer med at gå foran og udvikle specialiserede tilbud til borger med fx kronisk sygdom. Rehabilitering efter kræftsygdom og tilbud omkring mental mistrivsel (fx angst, stress, depression) er eksempler, hvor større byer har udviklet nye løsninger. Tilsvarende er der gode erfaringer i forhold til nedbringelse af brug af antipsykotisk medicin.
- Vi ser behov for forskning i kommunale sundhedsindsatser og et tættere samarbejde mellem kommuner og forskningsmiljøer. Flere større byer har allerede erfaringer med dette og det kan være et godt udgangspunkt for en videre udbygning.

4. Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

- Vi anerkender behovet for sammenhæng og kvalitet i indsatser for psykiske lidelser og understøtter integration mellem psykiatri og somatik.
- Fasttilknyttede læger på botilbud er et godt forslag, som vi støtter, og der er potentiale for udbredelse til flere områder.

Vurdering af model 3

Model 3, hvor nære sundhedsopgaver forbliver tæt på borgernes hverdagsliv, vurderes som bedst af de tre fremlagte modeller i forhold til styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet. Modellen skal dog justeres og udvikles væsentlig for at kunne forme fremtidens nære sundhedsvæsen. Model 3 understøtter en målrettet statslig finansiering til primære sundhedsydelse. 6-byerne understøtter, at kommunerne får et større ansvar, for at sikre høj kvalitet og nærhed i sundhedstilbuddene, og som store byer går vi gerne foran. Vi ser positivt på muligheden for, at de største kommuner kan have et særligt ansvar for udvikling metoder m.v. omkring kvalitetsudvikling.

6-byerne ser, at de store byer har kapacitet til at gøre en stor positiv forskel og kan hjælpe og samarbejde andre kommuner med forskellige opgaver i forpligtigende samarbejder. Der er store uudnyttede muligheder i tværkommunale samarbejder. Store byer vil i et formaliseret samarbejde kunne medudvikle og drive tilbud og indsatser i samarbejde med flere kommuner og understøtte andre i deres arbejde med kompetenceudvikling, forskning og velfærdsteknologi.

De har adgang til ressourcer som universitetshospitaler og kan derfor påtage sig større ansvar for sundhedsområdet. Ligeledes vil de store byer kunne styrke den faglige bæredygtighed og sikre bedre sammenhæng i sundhedstilbuddene uden at flytte opgaverne væk fra det kommunale niveau og den kommunale opgavevaretagelse. Der er allerede betydelig læring og koordination på tværs af kommunerne, hvilket sikrer et robust primært sundhedsvæsen. Flere kommuner samarbejder allerede på tværs af grænser, fx fælles hjælpemiddeldepot og kræftrehabilitering.

Opmærksomhedspunkter ift. model 3

Tværspektorielt og tværkommunalt samarbejde

Samarbejdet skal styrkes med beslutningskraft og incitamentsstrukturer, med fokus på sammenhæng i borgernes forløb. Vi støtter krav om tværkommunale samarbejder for at sikre faglig bæredygtighed og sammenhæng.

Forslag om evt. opgaveflytning fra kommunerne:

- **Kommunal sygepleje og akutteams:** Det er afgørende at bevare kommunal sygepleje tæt på borgeren for kontinuitet og helhedspleje.
- **Genoptræning:** Vi støtter, at genoptræningsansvaret forbliver i kommunerne for at sikre kontinuitet og undgå unødige snitflader.
- **Patientrettet forebyggelse:** Nærhed til tilbuddene er vigtig for tilslutning, hvilket en regional centralisering ikke vil fremme.

Vurdering af model 1 og 2

Model 1 og 2 lægger op til en markant centralisering af langt de fleste eller alle opgaver på sundheds- og ældreområdet til enten regionalt eller statsligt niveau. 6-byerne bemærker, at det ikke er muligt at styrke den nære sundhedsvæsen via centralisering af opgaver eller struktur, ligesom det ikke i sig selv vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet at flytte opgaver. Model 1 og 2 afspejler en hospitalslogik og en patientliggørelse, hvor fokus er på patienter frem for borgere. Konsekvensen af modellerne vil være en overcentralisering langt væk fra borgernes hverdag og samtidigt en betragtelig reduktion i kommunernes sammenhængskraft og prioriteringsrum på tværs af velfærdsområderne.

Sammenhæng i borgerens forløb i sundhedsvæsenet handler ikke kun om den vertikale sammenhæng mellem hospitaler, almen praksis og kommuner, men lige så meget om den horisontale sammenhæng til blandt andet øvrige kommunale opgaver vedrørende beskæftigelse, socialområdet, planlægning, fritid, kultur m.v.

Det handler om at holde borgerne raske og sunde hele livet – og det er dét, der skal være udgangspunktet for fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Sisse Marie Welling, Sundheds- & Omsorgsborgmester, Københavns Kommune

Christian Budde, Rådmand for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

Jes Lunde, Rådmand for Sundhed og Kultur, Aalborg Kommune

Kristoffer Hjort Storm, Rådmand for Senior og Omsorg, Aalborg Kommune

Brian Dybro, Rådmand for Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune

Tommy Hummelose, Rådmand for Sundhedsforvaltningen, Odense Kommune

Ellen Petersen, Formand for Omsorgsudvalget, Randers Kommune

Louise Høeg, Formand for Sundheds- Idræts- og Kulturudvalget, Randers Kommune

May-Britt Andrea Andersen, Formand for Sundheds- & Omsorgsudvalget, Esbjerg Kommune

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Introduktion

Det primære sundhedsvæsen bliver i fremtiden nøglen til et mere sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor flere mennesker med kroniske sygdomme skal udredes, behandles og følges løbende. Derfor glæder det os i ALK, at Sundhedsstrukturkommissionen på en bred vifte af områder leverer en række solide anbefalinger til, hvordan det nære sundhedsvæsen bør og kan styrkes.

ALK har ikke kommentarer til de fremlagte forvaltningsmodeller for den overordnede struktur for dansk sundhedsvæsen, men anbefaler en struktur, der kan sikre størst mulig sammenhæng i patientforløbene på tværs af hospitaler, almen praksis og speciallægepraksis.

Som en af de største folkesygdomme bør luftvejsallergi i den forbindelse i højere grad anerkendes som en kronisk sygdom for at styrke opmærksomhed på udredning og behandling. ALK oplever, at det er helt afgørende for borgerne, at der kan sikres større sammenhæng, entydigt ansvar for opgaveløsningen samt ressourcer til at løfte viden og faglig kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Det kan medvirke til at give det fornødne kædeansvar, forbedre tilgængeligheden af relevante sundhedstilbud og ikke mindst reducere den socioøkonomiske og geografisk ulighed i adgang til udredning og behandling for allergi.

ALK er derfor yderst tilfredse med, at kommissionen har udviklet seks tværgående anbefalinger, som kommissionen anbefaler gennemført - uanset den valgte organisering og forvaltningsmodel. Vi er positive over for alle seks tværgående anbefalinger, men har valgt at kommentere særligt på tre af anbefalingerne i nedenstående.

Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefaling 1: Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Behovet for at udbygge både kapacitet og kompetencer i det primære sundhedsvæsen er særdeles vigtigt også på allergiområdet. Allergi er en af de største kroniske folkesygdomme og ubehandlet og ukontrolleret allergi kan føre til yderligere sygdomme. Der er desuden en øget risiko for at udvikle andre allergier og astmaⁱ, ligesom der er tæt sammenhæng mellem allergi og allergisk astma.ⁱⁱ

Desværre er håndtering af allergiområdet i almen praksis udfordret, da der ikke foreligger en vejledning for behandling af allergiske sygdomme fra Dansk Selskab for Almen Medicin, og ikke mindst nationale forløbsplaner. Det betyder blandt andet, at læger, men heller ikke patienter, har det rette kendskab til behandlingsmulighederne, og patienterne får derfor ikke altid den optimale hjælp. En styrkelse af dette område vil sikre mere ensartet behandlingskvalitet på tværs af landet, og mindske de regionale forskelle.

ALK er enige med Sundhedsstrukturkommissionen i anbefalingen om en markant styrket udvidelse af kapaciteten i almen praksis. Vi oplever desværre, at mange praktiserende læger i dag er yderst pressede af mange opgaver, og at udredning og behandling af allergi derfor ofte er en af de opgaver, nogle læger ikke prioriterer tilstrækkeligt. En større kapacitet i den samlede almene praksis sektor kan sikre, at de praktiserende læger har tid til også at varetage en større del af ansvaret for hurtig udredning og behandling af allergi.

I forlængelse heraf bør viden og opmærksomhed i almen praksis skærpes, så alle praktiserende læger tager et ansvar for at udrede og behandle allergi, og alene henviser patienter videre, hvor der er et mere specialiseret udrednings- og behandlingsbehov. For at sikre ensartethed og styrke kvaliteten i udredning og behandling af allergi **anbefaler ALK**, at tilrettelæggelse og håndtering af behandlingstilbud sker med

inddragelse fra Dansk Selskab for Allergologi og Foreningen af Praktiserende Speciallæger. Det vil sikre inddæmning af sygdomsprogression, så størstedelen af patienterne kan varetages i almen praksis og kun de komplicerede og svært syge patienter behøver at blive henvist til speciallægepraksis eller til specialistbehandling på hospitalerne.

For at sikre, at almen praksis kan løfte opgaveløsningen på allergiområdet, kræver det dog en tilskyndelse til at udføre sundhedsydelser på området. **ALK bakker derfor op** om Kommissionens forslag til honorerede takster, der afspejler det konkrete tidsforbrug, herunder også at almen praksis honoreres på linje med moderniseringen for intern medicin og pædiatri i forhold til vaccinationsydelser, så patienter kan udredes og færdigbehandles i almen praksis på linje med andre specialer, der varetager vaccination. **ALK anbefaler** derfor, at specialister inden for allergi indgår i arbejdet med at udvikle de mest relevante takster for udredning og behandling af allergi. Det er helt afgørende for, at honoreringen afspejler behovet, og at de praktiserende læger vil prioritere området som en del af den samlede opgaveløsning.

Inden for udredning og behandling af allergi vil det for nogle patienter, bl.a. en del børn og unge med allergi, være en stor fordel, at der kan etableres et tættere samarbejde mellem almen praksis og speciallægepraksis. Derfor bør der i den aftalte takststruktur indgå en mulighed for, at almen praksis kan søge rådgivning og sparring i speciallægepraksis. Det vil sikre, at de kan fastholde flere af patienterne i almen praksis i stedet for at henvise. Det er til gavn for patienten og for samfundsøkonomien.

Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

ALK er enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der i dag er en ubalance i fordelingen af ressourcer mellem sekundærsektoren og primærsektoren. Her er udredning og behandling af luftvejsallergi et glimrende eksempel på, at mange patienter i dag henvises til udredning og behandling på hospitalerne, selv om langt størstedelen af patienterne kan udredes og behandles i almen praksis, i speciallægepraksis eller som led i et tæt samarbejde. Den ubalance er der - også på allergiområdet - behov for at rette op på, så det nære sundhedsvæsen geares til, at langt flere patienter i fremtiden kan udredes og behandles uden for sygehusene.

ALK bakker op om kommissions forslag om udarbejdelse af en national sundhedsplan, der kan balancere og tilpasse ressourcefordelingen på tværs af sundhedsvæsenet for at sikre bedre adgang til sundhedstilbud i det nære sundhedsvæsen og mindske den geografiske ulighed.

I den forbindelse bør den nationale plan tage hånd om de største folkesygdomme og derfor naturligvis også adressere allergi med fokus på udvikling af kvalitetsstandarder for udredning og behandling af allergi i det nære sundhedsvæsen. Det bør bl.a. indeholde faste krav og rammer for, hvad der forventes, at praktiserende læger kan løfte i forhold til udredning og behandling af allergi, samt hvilke typer af patienter, der har så specialiseret et behov, at de bør henvises til speciallægepraksis eller til specialafdeling på hospitalerne.

I den forbindelse bør plan og standarder på allergi indeholde et særligt fokus på børn og unge, da sygdomme typisk topes i børne- og ungdomsårene, så sygdomskontrol opnås så tidligt som muligt for at forebygge udvikling af astmasymptomer.

ALK anbefaler desuden, at en kvalitetsplan på allergiområdet omfatter rammer for et tættere samarbejde mellem almen praksis og speciallægepraksis, herunder rammer og modeller for løbende efteruddannelse og opkvalificering. Det kan f.eks. ske ved et tæt samarbejde mellem de etablerede praksisklynger i almen praksis og de tilsvarende klynger i speciallægepraksis.

Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

ALK bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger, herunder at styrket kapacitet og en tættere integration med almen praksis for at styrke det fælles kædeansvar. Også på allergi er der brug for en udbygning af speciallægepraksis, så der i hele landet er adgang til den rette udredning og behandling af allergi. Det kan medvirke til at reducere den store geografiske ulighed i adgangen til behandling.

Med nedlæggelsen af specialet om allergologi i 2004, er det i dag endnu mere vigtigt, at de relevante specialer har den fornødne uddannelsesstruktur, herunder de moduler, der kan sikre, at læger inden for de relevante specialer har adgang til specialuddannelse i allergi. Det er ikke i dag tilfældet på alle områder.

ALK anbefaler derfor, at der følges op på Sundhedsstyrelsens rapport og anbefalinger fra 2017, så det sikres, at vi kommer i mål med uddannelsesforløb og rette vilkår for adgang til specialuddannelse, som rapporten anbefaler. Det er en betingelse for, at speciallægepraksis rundt om i landet i fremtiden kan indgå endnu mere målrettet og systematisk i udredning og behandling af allergi.

ALK anbefaler samtidig, at der i forbindelse med fremtidige forhandlinger om vilkår og rammer for udredning og behandling af allergi gøres plads til, at speciallægerne forsat honoreres for at fungere som rådgiver og sparringspartner for almen praksis. Denne form sparring mellem speciallægepraksis og almen praksis er vigtig, hvis almen praksis skal kunne varetage behandling af allergi på det nødvendige niveau. Ordningen eksisterer allerede i dag, men bliver kun brugt i meget begrænset omfang.

Denne form for samarbejde vil optimere patient flow, ressourcer, og styrke incitamentet til at løfte det fælles kædeansvar i udredning og behandling i et tættere samarbejde mellem almen praksis og speciallægepraksis.

Der eksisterer i dag en barriere ved, at hospitalerne ikke har mulighed for at henvise patienter direkte til en praktiserende speciallæge, men at hospitalerne skal henvise til almen praksis, der så kan henvise videre. Dette skaber et u hensigtsmæssig brug af ressourcer hos den praktiserende læge, og kan resultere i et unødvendigt langt udredningsforløb for patienten. **ALK anbefaler**, at de rammer gøres mere fleksible som led i en samlet plan for udredning og behandling af allergi i det nære sundhedsvæsen.

Om ALK

ALK er en global, specialiseret medicinalvirksomhed med fokus på allergi og allergisk astma. Virksomheden markedsfører allergi-immunterapi og andre produkter og serviceydelser til mennesker med allergi og allergilæger. Virksomheden har hovedkvarter i Hørsholm, beskæftiger omkring 2.700 mennesker over hele verden og er noteret på Nasdaq Copenhagen. Find mere information på www.alk.net.



Peter Halling
Administrerende direktør, ALK

ⁱ J Bousquet, N Khaltaev, A A Cruz and others: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008. *Allergy* 2008;63 (suppl. 86):8-160

ⁱⁱ Charles H. Feng, Michaela D. Miller, Ronald A Simon: The united allergic airways: Connection between allergic rhinitis, asthma, and chronic sinusitis. *Am J Rhinol Allergy* 26, 187–190, 2012; doi: 10.2500/ajra.2012.26.3762

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sum@sum.dk

København, den 5. august 2024

Høringsvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Alzheimerforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Afrapporteringen er meget grundig, gennearbejdet og ikke mindst fyldestgørende. Vores høringssvar vil fokusere på udvalgte elementer af afrapporteringen, som i særlig grad har betydning for målgruppen af patienter med en demenssygdom og deres pårørende.

Udfordringer og forudsætninger

I Alzheimerforeningen er vi enige i kommissionens vurdering af de væsentligste tendenser og udfordringer for sundhedsvæsenet. Ikke mindst er vi optagede af, at de tre primære udfordringer, kommissionen adresserer: usammenhængende patientforløb, ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen samt geografisk og social ulighed i sundhed, skal håndteres og minimeres i en kommende reform af sundhedsvæsenet. Patienter med en demenssygdom og deres pårørende er i særlig grad udsatte for disse udfordringer, bl.a. fordi de – alene i kraft af sygdommens natur – har svært ved at navigere i et sundhedsvæsen med forskellige aktører, logikker og incitamenter. Fordi de ofte har andre somatiske sygdomme og har brug for høj grad af tværfaglighed. Og fordi den primære behandling foregår i kommunerne uden bindende kvalitetsmål eller kliniske standarder med massiv ulighed til følge. I vores optik kan patienter med demens og deres pårørende fungere som en lakmusprøve på hvorvidt en kommende sundhedsstruktur reelt formår at skabe et sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Tværgående anbefalinger er vigtige men kan ikke stå alene

Kommissionens 6 tværgående anbefalinger er bestemt forudsætninger for udviklingen af et mere sammenhængende sundhedsvæsen, og vi bakker op om alle 6 og opfordrer til, at de implementeres uanset den fremtidige organiseringsform.

Det undrer os dog, at forebyggelse og sundhedsfremme ikke har fået sin egen tværgående anbefaling, men i stedet har en meget nedtonet rolle i kommissionens anbefalinger. Man får som læser indtrykket af, at kommissionen antager, at hvis blot de organisatoriske og økonomiske incitamenter tilvejebringes, så vil sundhedsvæsenet automatisk indfri potentialerne ved øget forebyggelse.

Danmark halter faktisk bagefter de andre nordiske lande, når det kommer til levetid, og social ulighed i sundhed er markant i Danmark. Der er tilmed et potentiale for at forebygge nogle af de store folkesygdomme langt bedre. Fx er 1/3 af de risikofaktorer, der ansås at resultere i demenssygdomme, potentielt påvirkelige¹, det gælder fx fysisk aktivitet, isolation, høre- og synstab samt rygning. Hvis sundhedsvæsenet skal være bæredygtigt og udnytte sine ressourcer bedst muligt samt bidrage til at skabe sammenhængende forløb med patienten i centrum, så er vi nødt til i langt højere grad at fokusere målrettet og systematisk på forebyggelse og sundhedsfremme. Økonomiske incitamenter og kædeansvar er bestemt

¹ <https://www.thelancet.com/commissions/dementia-prevention-intervention-care>

én forudsætning herfor, men det kan ikke stå alene. Der må andre strukturelle greb til, som understøtter den langsigtede, primære forebyggelse som fx at tænke forebyggelse og sundhedsfremme meget bredere end det traditionelle sundhedsvæsen a la den folkesundhedslov, som 71 organisationer støtter op om². Vi opfordrer derfor beslutningstagere til at fokusere på dette element.

Pårørende

Pårørende løfter i dag en kæmpe opgave i sundhedsvæsenet, ikke mindst når det kommer til pårørende til mennesker med demens, der står for meget pleje og koordinering, fordi de må kompensere for deres næres kognitive funktionstab.

Vi hæfter os ved, at pårørende herunder deres roller og rettigheder ikke nævnes i kommissionen – vi opfordrer til, at man politisk hæver ambitionerne vedrørende pårørende og sikrer dem bedre rettigheder, fx gennem nationale standarder for aflastning og afløsning og en professionel pligt til at inddrage pårørende i samarbejdet omkring kognitivt svækkede patienter.

Almen praksis

Vi bakker op om kommissionens anbefalinger til udvikling af almen praksis. For mennesker med demens, som for andre patientgrupper med kroniske sygdomme, er den praktiserende læge en fuldstændig afgørende kapacitet i sygdomsforløbet. Desværre ser vi i dag, at kvaliteten og tilgængeligheden er utrolig svingende. Det er afgørende at udbygge kapaciteten og sikre en høj, ensartet kvalitet. Herunder også øget tilgængelighed for kommunale aktører til dialog og sparring med patientens praktiserende læge.

Vi forventer, at øget tværfaglighed i almenmedicinske tilbud vil bidrage til at løfte kvaliteten. I den forbindelse vil vi fremhæve, at der findes kompetencer i det nære sundhedsvæsen, der i dag løftes i kommunerne, til fx at arbejde med sundhedsfremme, demens og personcentreret omsorg, som bør spredes til almenmedicinske tilbud og det øvrige sundhedsvæsen, således at patienter fx med kognitive udfordringer mødes med personcentreret omsorg også i almen praksis. En styrkelse af kvaliteten og tværfagligheden i almen praksis vil også muliggøre at gentænke udredningsforløb for demens, hvor der i dag er store kapacitetsudfordringer fx ved at nyeste metoder anvendes systematisk i almen praksis.

Digitalisering

Vi ser et stort potentiale i en øget og bedre koordineret digitalisering af sundhedsvæsenet. Det gælder både i relation til journalisering og vidensdeling og i relation til konkrete indsatser, som kan muliggøre mere hjemmebehandling eller muliggøre sparring mellem fagpersoner. Også for mennesker med kognitiv svækkelse vil det ofte være relevant og meningsfuldt at anvende digitale indsatser. Det er dog – naturligvis – fuldstændig afgørende, at det foregår på en måde, hvor alle løftes – også de der ikke formår at indgå i digitale løsninger. En samlet digitaliseringsstrategi skal derfor bygge på en dialog med den enkelte patient og om muligt dennes pårørende om hans eller hendes kompetencer og præferencer ift. behandling.

National sundhedsplan

En national sundhedsplan er i vores optik en nødvendig og afgørende forudsætning for at lykkes med at skabe et bedre sundhedsvæsen. I dag mangler det nære sundhedsvæsen prioritering, kompetencer og retning og organiseringen er ikke tilpasset en virkelighed, hvor flere og flere opgaver løses uden for

² <https://danskepatienter.dk/politik-presse/nyheder/ny-folkesundhedslov-skal-skabe-bedre-sundhed-for-alle>

sygehusene. Det er vigtigt, at en national sundhedsplan også adresserer hjernesygdomme, fx en national hjerneplan, der udmønter WHO's handlingsplan fra 2022³.

Vi bakker ubetinget op om at udarbejde nationale kvalitetsstandarder for det nære sundhedsvæsen. På demensområdet er der en række psykosociale indsatser, som har dokumenteret effekt på symptomer og sygdomsforløb, men disse indsatser leveres i dag under serviceloven, fordi de er ikke-farmakologiske, og det betyder, at der er en enorm geografisk variation i tilbuddene. Det skal undgås gennem indførelse af nationale kvalitetsstandarder. Det er dog helt afgørende, at disse bliver tydelige, ambitiøse og reelt forpligtende. De to kvalitetsstandarder, der er revideret/udarbejdet af sundhedsstyrelsen på opdrag fra sundhedsaftalen 2022, er uambitiøse og uforpligtende og har derfor desværre ikke den fornødne effekt i forhold til at mindske geografisk ulighed og sikre borgerne lige rettigheder til relevant behandling. Det er også vigtigt, at kvalitetsstandarderne tager afsæt i patientens forløb og ikke i den aktuelle organisering, som det fx er tilfældet med kvalitetsstandarderne for patientrettet forebyggelse, som fokuserer ensidigt på kommunernes forpligtelser og ikke på øvrige aktørers.

Med andre ord skal man som patient have tilbudt den relevante behandling af en høj kvalitet, uanset hvilken kommune man bor i.

Opgavesamling skal skabe sammenhængende forløb

Kommissionen har haft fokus på at vurdere, hvorvidt og i hvilken grad det vil være hensigtsmæssigt at samle opgaver, der i dag varetages af forskellige aktører på sundhedsområdet. Vi er enige med kommissionen i, at en samling af opgaver vil give reel mulighed for at skabe sammenhæng i forløb og anvende ressourcerne mest hensigtsmæssigt.

Vi ser, at den *store opgavesamling*, som beskrevet af kommissionen, har klart det største potentiale. Ved at samle alle relevante indsatser under én myndighed vil man kunne etablere kædeansvar, skabe sammenhæng og sikre, at økonomiske incitamenter eller mangel på samme ikke spænder ben for den rette behandling. Vi mener, at praktisk hjælp og madservice skal være en integreret del af indsatsen, derfor bør disse opgaver følge med i en opgavesamling.

Vi vil i den sammenhæng på det kraftigste fraråde en *mellemstor opgavesamling*, hvor størstedelen af den kommunale sundhedsopgave udskilles til en anden aktør, men hvor kommunerne beholder ansvaret for plejehjem. Beboere på plejehjem er stærkt svækkede og syge og udgør en af de mest komplekse patientgrupper i landet. Ca. 75 % af dem har en demenssygdom (i rapporten anføres at det er ca. 40 %, men dette tal dækker kun over de, der har en formel diagnose og rummer ikke de mange, der har demenssymptomer, men som af forskellige årsager ikke udredes). I takt med en aldrende befolkning, forventer vi, at andelen af mennesker med demens på plejehjem vil vokse yderligere (med mindre plejeboligkapaciteten øges markant). Hvis plejehjem udskilles fra resten af det nære sundhedsvæsen, vil det betyde en udvanding af de sundhedsfaglige kompetencer på plejehjem, hvor vi allerede i dag ser store mangler, og det vil yderligere øge risikoen for, at patienter tabes i overgangene. Allerede i dag ser vi en markant højere frekvens af genindlæggelser for mennesker med demens, og den frekvens må forventes at stige yderligere med en mellemstor opgavesamling.

I forhold til den skitserede *lille opgavesamling* er det svært at se det som andet end en lille justering af status quo som blot vil skabe nye snitfladeproblematikker. Vi tror derfor ikke på, at en lille opgavesamling vil

³ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

have potentialet til at indfri målene for en sundhedsstrukturreform, der skal sikre sammenhæng, høj faglighed og lighed.

Organisering af fremtidens sundhedsvæsen

I Alzheimerforeningen er vi optagede af, at en reform skal øge sammenhængen, hvoraf følger opfordringen til at samle det eksisterende ældre- og sundhedsområde under én fælles myndighed. Vi er mindre optagede af, hvem den myndighed bliver, og derved hvilken af de foreslåede modeller, der implementeres. Det afgørende er, at der er bindende, nationale kvalitetsstandarder og prioriteringer, gerne i form af 'pakkeforløb', som vi har set det på kræftområdet for flere af de store sygdomsgrupper herunder demenssygdomme.

Forløbskoordination

Overgange mellem sektorer er en stor udfordring for sammenhængende patientforløb. Vi ser dog også talrige eksempler på, at borgere tabes inden for eksisterende organisatoriske strukturer, fx mellem hospitalsafdelinger eller mellem træningsindsats, sygepleje, hjemmepleje eller plejehjem i kommunalt regi. For vores målgruppe handler det ofte om, at der ikke er demenskompetencer til stede på sygehuset, at der ikke sikres en tilstrækkelig vidensdeling for en patientgruppe, som ikke selv kan videregive informationer, eller at somatiske symptomer ikke afdækkes og behandles, fordi demenssymptomerne skygger for somatiske symptomer, som det også gør sig gældende i psykiatrien og på nogle handicapområder. Sammenhæng og kvalitet i forløb er derfor ikke gjort med kædeansvar, der må også sikres en tydeligere koordination af forløb for de svageste patientgrupper. Vi foreslår, at dette ansvar defineres tydeligt som en del af det nære sundhedsvæsen uanset fremadrettet ny organiseringsform.

Organiseringsmodellerne fra et demensperspektiv

Vi har i det følgende kommentarer til hver af de foreslåede organiseringsmodeller ud fra de udfordringer i den nuværende organisering, som rammer vores specifikke målgruppe, fx:

- Demenssygdom er den største årsag til tabt sundhed for alle danskere over 80 år.⁴
- Patienter med demenssygdom får oftere ringere behandling for de øvrige sygdomme, de også lider af:
 - Risikoen for at dø af en infektion efter hospitalsindlæggelse er dobbelt så høj for mennesker med demens sammenlignet med patienter uden demenssygdom⁵.
 - Halvdelen (45%) af alle demenspatienter får problematisk medicin (såkaldt "rød-listet"), der generelt bør undgås til ældre, mens det "kun" er 29,7% af ældre patienter uden demenssygdom⁶.
 - Brug af antipsykotika til mennesker med demens forøger dødeligheden inden for et halvt år med 35 procent. Alligevel er forbruget næsten 10 gange højere blandt personer med demens sammenlignet med forbruget hos personer uden demens.
 - Hjemmeboende med demens er oftere udsat for fejlmedicinering og polyfarmaci end personer uden demenssygdom
 - Der er 2½ gang så mange forebyggelige indlæggelser fra plejehjem sammenlignet med alderssvarende patienter, der ikke bor på plejehjem⁷.

⁴ WHO: Top 10 causes of DALY in Denmark for both sexes aged 80 to 84 years and 85 years and above (2019)

⁵ Nationalt Videnscenter for Demens 2022

⁶ Alzheimer Association, facts and figures

⁷ Sundhedsdatastyrelsen 2020

- Tre ud af fire pårørende oplyser, at rollen som pårørende til en demenspatient har påvirket deres helbred negativt⁸.
- Flere end halvdelen af alle pårørende oplyser, at de har problemer med søvn, og næsten en tredjedel nævner angst eller depression⁹.
- Hver tiende pårørende til en demenspatient oplyser, at de pga. funktionen som pårørende er gået tidligere på pension, efterløn eller på anden måde er holdt op med at arbejde¹⁰.
- Fortsat ventetider på udredning på mere end 70 uger og kun cirka 60 procent får en specifik demensdiagnose¹¹.
- Hver tredje familie berørt af demens er ikke kontaktet af kommunen efter demensdiagnosen blev stillet.
- Fire ud af ti pårørende og demenspatienter kender ikke til en eneste kommunal pårørende- eller støttegruppe for demenspatienter, ægtefæller, voksne børn eller mindreårige børn.
- Hver anden pårørende og hver femte demenspatient får slet ingen relevante demenstilbud eller kun tilbud i lav/meget lav grad¹².

Model 1 – Regionalt enhedssundhedsvæsen med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner

I forhold til at indfri ovenstående er det umiddelbart model 1 af de skitserede modeller, der har det største potentiale, idet modellen skaber forudsætninger for kædeansvar og én myndighedsfunktion for det samlede sundheds- og ældreområde. Det vil kunne betyde langt smidigere overgange fra henvisning til udredning, tidlig støtte, behandling og palliativ pleje. Det vil forventeligt både øge kvaliteten og lette den store byrde, pårørende til mennesker med demens udsættes for som de facto koordinatore for forløb på tværs af sektorer.

Modellen vil ligeledes forbedre mulighederne for at lade kompetencer bevæge sig på tværs og vil øge incitamenter til at prioritere en tidlig indsats og sammenhæng i forløb, som er en stor udfordring for mennesker med demens.

I kraft af kommunernes varierende størrelse og befolkningstæthed er der i dag meget stor variation i de demenstilbud, den enkelte kommune har. Vi har set sporadiske eksempler på tværkommunale samarbejder, som bidrager til at øge volumen, kompetencer og kvalitet, men det er meget tilfældigt og ganske ofte afhængig af puljefinansiering. Model 1 vil derfor skabe bedre forudsætninger for, at den udøvende myndighed har tilstrækkelig borgervolumen, kapacitet og kompetence til at løfte sundhedsområdet for alle patientgrupper. Det gælder fx yngre mennesker med demens i let grad, der har brug for patientrettet forebyggelse og psykosociale indsatser målrettet deres livssituation, hvilket er svært at honorere i de mindre kommuner, fordi der er ca. 3000 mennesker under 65 med en demensdiagnose¹³ i hele landet. Vi ved også, at en tidlig indsats – i særdeleshed også for denne målgruppe – er afgørende for sygdommens progression.

Samtidig er det afgørende at fastslå, at en omstilling til og styrkelse af det nære sundhedsvæsen ikke er gjort med en strukturændring, og vi anerkender bekymringen for en øget centralisering. Det vil derfor være vigtigt ved model 1 at sikre, at sundheds- og velfærdstilbud reelt er nære, og at patientrettigheder overholdes, samt at der er fokus på ventelisteproblematikker.

⁸ [Alzheimerforeningen 2018](#)

⁹ [Alzheimerforeningen, Scleroseforeningen, Parkinsonforeningen 2023](#)

¹⁰ Alzheimerforeningen, Scleroseforeningen, Parkinsonforeningen 2023

¹¹ Venteinfo.dk 2024, Nationalt Videnscenter for Demens, 2022

¹² [Alzheimerforeningen 2020](#)

¹³ <https://videnscenterfordemens.dk/da/yngre-med-demens>

Model 2 Statsligt enhedssundhedsvæsen med 8-10 administrative enheder

Vi anerkender de fordele, der ved model 2 vil være ift. at kunne sikre ensartet kvalitet og standarder på tværs af landet med henblik på at reducere den geografiske og sociale ulighed markant. Samtidig er vi bekymrede for implementeringen af ét statsligt sundhedsvæsen uden lokalt demokratisk ophæng, og vi kan ikke se denne model fungere i praksis med de styringsmæssige udfordringer, den vil medføre.

Model 3 – Sundhedsregioner

Denne model er i praksis en opretholdelse af status quo med få mindre justeringer. Vi er bekymrede for, at et valg af denne model vil medføre, at det store arbejde i forbindelse med sundhedsstrukturkommissionen og den massive politiske bevågenhed vil ende ud med ikke at gøre den tilstrækkelige forskel for sundhedsvæsenet.

Først og fremmest giver modellen ikke mulighed for at etablere det kædeansvar, som i vores optik er afgørende for at højne kvaliteten. Det har været forsøgt inden for den eksisterende model at skabe incitamentsstrukturer og samarbejdsmodeller, der skulle skabe gode forudsætninger, fx den kommunale medfinansiering og samarbejdsudvalg/klynger, men historikken viser tydeligt, at dette ikke er tilstrækkeligt til at bryde med siloerne i sektorer. Vi har derfor ikke tiltro til, at de justeringer, kommissionen peger på vil være tilstrækkelige til at indfri de mål, der er sat.

Derudover er vi bekymrede for, at en fortsættelse af den eksisterende organisering vil medføre, at patienter, der har brug for behandling i det nære sundhedsvæsen fortsat vil være underlagt det kommunale selvstyre og den enkelte kommunes prioriteringer, kompetenceniveau samt økonomiske forudsætninger. For gruppen af mennesker med demens, hvis primære behandling varetages af kommuner, vil det være en katastrofe. Hvis man vælger at fastholde model 3, er det således fuldstændig imperativt, at de nationale kvalitetsmål og -standarder bliver bindende og forpligtende, og at der etableres en konsensus på tværs om, at det kommunale selvstyre ikke kan række ind over sundhedsområdet, hvor patienter og pårørende har ret til samme behandling uagtet bopæl. I den sammenhæng er det vigtigt at forstå, at psykosociale indsatser med dokumenteret virkning er at betragte som behandling og skal tilbydes systematisk over hele landet.

De finansieringsmodeller, der skitseres i kommissionen i forbindelse med denne model, virker umiddelbart meget bureaukratisk tunge, og vi vil gerne understrege behovet for, at de kommunale ressourcer anvendes på kernevelfærd og ikke på administration af puljer mv.

I fald der er politisk opbakning til model 3, kan vi se et stort potentiale i at udvikle de eksisterende sundhedsklyngers mandat og forpligtelser, således at der fx er en reel fælles finansiering af indsatser forankret i klyngerne og en forpligtelse til at etablere tværkommunale/klyngebaserede samarbejder for visse patientgrupper.

Ældre og sundhed hænger uløseligt sammen

Som rigtig mange andre aktører på ældre- og sundhedsområdet har påpeget gennem processen med at udarbejde en ældrereform, mener også vi, at der er behov for se sundheds- og ældreområdet som ét samlet område. Derfor er det afgørende for en sundhedsreforms succes, at den tænkes tæt sammen med den nye ældrereform og dermed ældrelov. Ét greb til dette er som minimum at stille krav om integration af den kommunale sygepleje og øvrige ydelser efter sundhedsloven i helhedsplejen.

I Alzheimerforeningen imødeser vi et politisk udspil og aftale med spænding og også en vis utålmodighed, og vi håber, at der er politisk mod til at træffe de nødvendige beslutninger, der skal sikre, at vi kan få et

sundhedsvæsen af højeste kvalitet, der indrettes efter de helbredsmæssige udfordringer, som danskerne ser ind i, og som drager omsorg for de svageste i samfundet.

Med venlig hilsen



Birgitte Vølund
Formand
Alzheimerforeningen



Mette Raun Fjordside
Direktør
Alzheimerforeningen

Angående Sundhedsstrukturkommissionens rapport af 11. juni 2024

Ansatte Tandlægers Organisation (ATO) har følgende kommentarer til sammenfatningen af Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

ATO noterer sig, at rapportens løsningsmodeller blandt andet retter sig mod udfordringerne omkring den sociale ulighed i sundhedsvæsenet, og at man ved løsningerne søger at øget fokus på det primære sundhedssystem og på forebyggelse.

I den forbindelse er det slående, at sammenfatningen ikke nævner tandplejen som en del af sundhedsvæsenet, og ikke lader til at have inkorporeret overvejelser om tandplejens rolle i det primære sundhedssystem.

ATO skal bemærke, at det er veldokumenteret, at der er sammenhæng mellem tænders og mundhulens sundhedstilstand og det generelle helbred. Det er også dokumenteret, at dårlig mundhygiejne øger risikoen for hjerte-kar-sygdomme, lungeinfektioner, diabetes og demens. Således afspejler den orale sundhed den generelle sundhed.

Mere end halvdelen af alle voksne danskere går til tandlæge mindst en gang om året. Tandlægen er med andre ord den sundhedsperson, som hyppigst tilser sine patienter. Tandlægen forebygger derfor ikke blot generelle sygdomme ved at fremme den orale sundhed; tandlægen er tillige i mange tilfælde sundhedsvæsenets første kontaktpunkt med borgeren. I egenskab af dette får tandlægen indblik i en række sundhedsdata, som kan anvendes forebyggende i langt højere grad, end det er tilfældet i dag.

I takt med at den generelle levealder stiger, vil antallet af personer med orale manifestationer af systemiske sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, lungeinfektioner, diabetes og demens også vokse. Her kan tandlægen spille en vigtig rolle i forhold til at identificere og viderehenvise patienter med mulige systemiske sygdomme på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet. I mange tilfælde er en tidlig indsats helt afgørende for en hurtig og effektiv behandling.

ATO ser derfor gerne, at man ved omstruktureringen af sundhedssystemet indtænker tandlægen som en aktør i navnlig det primære sundhedssystem. Der er efter ATO's mening behov for et opgør med den eksisterende silotankegang, hvor tandplejen betragtes som appendiks til det øvrige sundhedssystem. Det er altafgørende, at der fra politisk hold arbejdes på at skabe et fremtidigt sundhedsvæsen der er sammenhængende, og hvor der er samarbejde på tværs af fagligheder, geografi og sektorer – også i relation til voksentandplejen.

Det er endvidere væsentligt, at ressourcerne bruges der, hvor der er mest sundhed for pengene. Dette sker ved en forebyggende indsats, hvor sygehusophold foregribes igennem en datadrevet, systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet. I et sådant helhedsorienteret sundhedsvæsen er tandlægen en vigtig aktør i det primære sundhedssystem.

København, tirsdag den 6. august 2024

Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabiliterings hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Indledende bemærkninger

Først og fremmest ønsker den bredt anlagte Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering – der er repræsenteret ved Høreforeningen, forskere, danske og udenlandske høreapparatsproducenter samt offentlige såvel som private klinikker og kommunikationscentrene m.v. – at tilkendegive en tilfredshed med kommissionens arbejde og anbefalinger, herunder ikke mindst Anbefaling 1 vedr. en betydelig kapacitetsudvidelse, Anbefaling 2 vedr. en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, Anbefaling 3 vedr. en national sundhedsplan mhp. tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet samt Anbefaling 6 vedr. oprettelsen af et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering.

Derudover finder Arbejdsgruppen det glædeligt, at kommissionen i sin rapport lægger stor vægt på digitale løsninger og datadeling som led i en ny struktur af sundhedsområdet, ligesom kommissionen har et stort fokus på opkvalificering og uddannelse af personale, samarbejde på tværs af kompetencer og fagligheder og sektoropdelingen, der udfordrer sammenhængen i patientforløb (ikke mindst på høreområdet).

1



Den bredt anlagte Arbejdsgruppen for Fremtidens Hørerehabilitering vil i det følgende uddybende kommentere på ovenstående punkter samt komme med forslag til hvordan den danske hørerehabilitering konkret løftes som en del af en samlet, ny sundhedsstruktur.

Udfordringer og løsninger på høreområdet

Den måske største udfordring for det danske sundhedsvæsen – herunder også den danske hørerehabilitering – er det såkaldt ”dobbelte demografiske pres.” At vi i fremtiden bliver langt flere ældre og langt færre til at tage sig af de ældre.

Frem mod 2040 forventes antallet af ældre i alderen 65 år og derover at stige med mere end 380.000 i forhold til 2020. På høreområdet anslås mellem 500.000 og 800.000 danskere i dag at lide af hørenedsættelse i større eller mindre grad, mens ca. 325.000 skønnes at have høreapparat. Disse tal vil blot stige frem mod 2030 og 2040.

2

Dette betyder stigende ventetider, pres på kapaciteten og en udfordret økonomi, idet Arbejdsgruppen estimerer at høreområdet vil mangle 337 mio. kr. allerede i 2030, hvis vi ikke gør noget.

Men vi skal også gøre noget smart. Lige nu står ca. 21.000 danskere – 5000 flere end sidste år – på venteliste til høreklivikker og skal ofte vente i mere end 40 uger, mens de private klinikker har ledig kapacitet. Så det er oplagt, at der – foruden at sætte ind ift. en øget kapacitet og prioritering af digital visitation og automatiseret datadeling, også kigges på organisering og incitamentter på

høreområdet.

Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering peger på en række løsninger:

- **Vi skal have offentliggjort og implementeret de nationale faglige kvalitetskrav snarest muligt – og her bør [InHEAR-resultaterne](#) være afspejlet.**
- **Vi skal have implementeret [digital vision](#) på tværs af landet snarest muligt.**
- **Den bredt anlagte Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering stille sig gerne til rådighed mhp. bidrag ifm. konstruktive input og indspil ift. strategi for digitalisering og data specifikt for høreområdets vedkommende, herunder fsva. implementering af digital visitation, automatiseret datadeling, remote care og perspektiverne ved anvendelse af kunstig intelligens (AI) som led i høreapparatsbehandlingen og hørerehabiliteringen mere generelt.**
- **Arbejdsgruppen stiller sig meget gerne til rådighed for en drøftelse vedr. offentlig-private partnerskaber (OPP), der kan bidrage til at finansiere hhv. realisere perspektiverne ved arbejdet med digitalisering og data specifikt på høreområdet til gavn for patienter med høretab, for sundhedsvæsenet mere generelt og for samfundsøkonomien.**
- **Vi skal løfte kvaliteten samtidigt med at vi øger kapaciteten via en autorisation og en specialistfunktion af audiologisk fagpersonale som sikrer differentieret udnyttelse af den faglige kompetence der ligger i de eksisterende forskellige faggrupper.**
- **Vi skal udnytte den eksisterende kapacitet optimalt.**

- **Vi skal uddanne flere audiologer mhp. at tilvejebringe den fornødne kapacitet og være rustet til at kunne behandle fremtidens ældre med høretab. I den forbindelse forekommer det også oplagt at udbrede uddannelsen af audiologerne til flere dele af landet.**
- **Vi skal forebygge høretab og høreskader mhp. bl.a. at sikre en sund arbejdsstyrke i et digitaliseret og hyperkommunikerende arbejdsmarked som det danske.**

Desuden er det afgørende, at der bliver kigget på opdelingen i Sundhedslov og Servicelov, idet det som på andre områder også giver udfordringer og skaber problemer for brugerne på høreområdet, herunder eksempelvis at føre til kassetænkning mellem kommuner og regioner.

Sådanne tiltag vil bidrage til at kunne modgå udfordringen med det dobbelte demografiske pres på høreområdet i fremtiden. Sådanne tiltag kan med fordel medtænkes i regeringens kommende sundhedsudspil, når Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger skal omsættes til virkelighed.

4

Ad. anbefaling 1 vedr. en betydelig kapacitetsudvidelse: Styrk kvaliteten og øg kapaciteten via autorisation på høreområdet

Sundhedsstrukturkommissionen angiver i sin Anbefaling vedr. en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering med det formål, at udviklingen af det almen medicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen (27).

Dette hilser Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering velkomment, men ønsker også at gøre opmærksom på, at en kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske på høreområdet i særdeleshed bør ske i form af en mere hensigtsmæssig udnyttelse af den eksisterende kapacitet, i form af uddannelse af flere audiologer samt i form af hhv. autorisation af audiologer og audiologiassistenter og etablering af specialistfunktion for kandidater i audiologi.

Som bekendt står Danmark med flere strukturelle problemer på sundhedsområdet de kommende år, herunder en aldrende befolkning med stigende behov på bl.a. høre- og kronikerområdet, mangel på arbejdskraft i sundhedsvæsenet og behov for prioriteringer i en tid med inflation og økonomisk usikkerhed.

5

På høreområdet, hvor antallet af ældre over 65 år over en 10-årig periode forventes at stige med 200.000, vil yderligere op mod 100.000 personer få behov for en vurdering af hørelsen samt hørerehabilitering frem mod 2030. Det kalder på at gøre tingene anderledes og smartere, hvorfor der er behov for at nytænke området. Hvis udgiften per patient er som i dag, og den årlige tilgang af patienter svarer til tilgangen i 2014-2020, så vil de estimerede udgifter til høreområdet stige markant i perioden 2020 til 2030 – og høreområdet vil – alt andet lige – mangle 337 mio. kr. i 2030.

For at adressere disse udfordringer og løfte behandlingskvaliteten ønsker den af regeringen nedsatte Sundhedsstrukturkommission at belyse muligheden for

”samarbejder på tværs af fagligheder”¹ samt ”iværksætte tiltag, der kan sikre mere personale og mere tid til kerneopgaven.”²

Indførelse af autorisation er en af mulighederne for at imødegå dette. De faglige ressourcer inden for audiologien eksisterer i dag på mange forskellige planer, etableret gennem en række forskellige uddannelser med forskellige kompetenceniveauer fra erhvervsskoleuddannede fagpersoner til fagpersoner med en kandidatgrad i audiologi. Disse fagpersoner varetager i princippet de samme funktioner i praksis, har kompetencer på forskellige niveauer,³ og udgør herved en uudnyttet ressource.

Etablering af en autorisationsordning for audiologisk fagpersonale kan bidrage til at realisere disse ambitioner, idet det vil muliggøre en bedre og mere differentieret udnyttelse af forskellige fagligheder på høreområdet samt bidrage til at frigøre og tilvejebringe mere personale til at imødegå det stigende behov fra patienter med høretab.

6

Mere præcist foreslår Arbejdsgruppen 1) indførelse af autorisation samt 2) indførelse af specialistfunktion inden for audiologien.

Formål: 1 Indførelse af autorisation for audiologer

Indførelse af autorisation for audiologer har til formål at etablere en mere

¹ Se Strukturkommissionens kommissorium [Final_kommissorium.pdf \(ism.dk\)](#).

² Se Strukturkommissionens hovedrapport [Hovedrapport-tilgængelig-fil.pdf \(ism.dk\)](#)

³ Jf. Undersøgelse af faggrupper og opgavefordeling på private og offentlige hørelinikker p. 26: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/strategi-og-projekter/hoereprogrammet/foranalyse_tilsyn_og_faggrupper_i_hoereapparatbehandling.pdf?la=da.

hensigtsmæssig udnyttelse af de eksisterende ressourcer inden for audiologien og hermed optimere kvalitet og sikkerhed i behandlingen for hørepatienterne specielt ved genbehandling med høreapparater. Herved sidestiller man patientens sikkerheden ved genbehandling, med den sikkerhed patienten har ved primær behandling uden at skabe flaskehalse i systemet.

Formål: 2 Indførelse af specialistfunktion

Indførelse af specialistfunktion har til formål at øge kapaciteten inden for det audiologiske behandlesystem. Kandidater i audiologi er i dag en stor uudnyttet faglig ressource. Der er siden etablering af kandidatuddannelsen i audiologi på Syddansk Universitet uddannet kandidater fra 2010. I perioden 2012 -2023 er der uddannet 151 kandidater i audiologi. Kandidaterne arbejder forskellige steder i høre-rehabiliteringen. Vi foreslår at kandidater kan specialistgodkendes og at der etableres mulighed for, at visitationen til høreapparatbehandling for førstegangsb brugere kan udføres af kandidater i audiologi på lige fod, med den visitation der i dag udelukkende udføres i en af de 151 speciallægeklinikker eller på audiologiske hospitalsafdelinger af speciallæger i øre-næse-halssygdomme. Herved vil visitationskapaciteten til behandling ved opgaveglidning forøges betydeligt.

7

Etablering af autorisation samt indførelse af en specialistfunktion vil optimere kvalitet og sikkerhed samt øge kapaciteten til høreapparatbehandling, i en demografisk udfordret fremtid. Begge dele kan etableres med de eksisterende fagpersoner, ved en mere hensigtsmæssig udnyttelse af de eksisterende ressourcer og kompetencer inden for audiologien.

Uddybende om udfordringer på et komplekst høreområde i dag:

Hørerehabiliteringen har gennem en årrække udviklet sig, og høreapparatbehandlingen er i dag væsentlig mere kompleks end tidligere. Det er et område der er i hastig udvikling, hvor der kommer nye behandlings- og undersøgelsesmuligheder fremadrettet. Det gælder såvel med hensyn til at implementere de forskningsresultater der ligger i forhold til målemetoder der tages i anvendelse for at karakterisere patienters høretab, som de målemetoder der kan tage i anvendelse, ved tolkningen af behandlingsresultater og dermed af rehabiliteringen.

Desuden er der i dag forskel på den vurdering der skal udføres af patienter der behandles første gang med høreapparat og patienter der henvender sig for genbehandling med høreapparat (maksimalt hvert 4. år), hvis patienten ønsker at modtage offentligt tilskud. I dag skal patienter der behandles første gang med høreapparat visiteres af en speciallæge der bl.a. tager stilling til behandlingsindikation. Man indførte ved lov i 2012, at patienter der skal genbehandles med regionalt tilskud ikke skal visiteres. Det har fordele, men det har også vist sig at give problemer for en række patienter idet kompetencer på behandlerniveau ikke i alle tilfælde er fulgt med det større ansvar. Endelig har gældende lovgivning ikke håndteret de potentielle problemer, der opstår ved stillingtagen til genbehandling. Det medfører at en række patienter ikke får optimal hørerehabilitering, og det medfører ligeledes at man overser faresignaler, tilfældighedsfund, der kan registreres ved høreprøverne. I rapporten **UNDERSØGELSE AF FAGGRUPPER OG OPGAVEFORDELING PÅ PRIVATE OG OFFENTLIGE HØREKLINIKKER** udarbejdet af COWI for Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) fremhæves dette, idet det hedder: ”En

anden overvejelse i offentligt regi er, at audiologiassistenternes arbejde er oplæring i et håndværk, som er rutinepræget, hvilket kan sætte en begrænsning for hvilke kompetencer medarbejderen opnår, når det gælder f.eks. at være opmærksom på symptomer på sygdom.”⁴

Man har ikke præcise tal for omfanget af problemer ved genbehandling, men resultaterne fra EuroTrak⁵ viser, at Danmark ligger lavest på tilfredshedsmålinger med høreapparatbehandling i Europa i 2022. Helt præcist anfører ¼ af brugerne neutral vurdering eller utilfredshed med hørerehabiliteringen. Ud over de helbredsmæssige og sociale konsekvenser det giver for patienter ikke at være optimalt hørerehabiliterede og undersøgte, er der også økonomiske konsekvenser både for patient samt for regionerne, der medfinansierer u hensigtsmæssig hørerehabilitering. Regionernes tilskud til høreapparatbehandling i privat regi udgjorde i 2023 275 mio. kr.,⁶ og patienternes egenbetaling ligger skønsomt på samme niveau.

9

Ved at indføre autorisation sidestiller man den genbehandlede patients sikkerhed og kvaliteten i behandlingen med sikkerheden og kvaliteten i behandlingen for den patient, der behandles første gang samtidig med at man reducerer såvel offentlige som private udgifter til behandling der kunne være udført mere hensigtsmæssigt.

⁴ Se også [Undersøgelse af faggrupper af hørelinikker \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](#) p. 27.

⁵ Se også denne tilfredshedsmåling af høreapparatbehandling der gennemføres hvert 4. år, og kan sammenlignes på tværs af de europæiske lande): [EuroTrak-Denmark_2022.pdf \(ehima.com\)](#)

⁶ Jf. Rapport Force Technology, 2023 - Godkendelse af private leverandører af høreapparater, udført for Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Rapportnr.: 124-21400.20-1.

Ad 1 Uddybende anbefalinger vedr. autorisation på høreområdet:

Arbejdsgruppen anbefaler indførelse af autorisation med beskyttet titel som ”klinisk audiolog” med forbeholdt virksomhedsområde. Den autoriserede sundhedsperson skal vurdere patientens sag, og tage stilling til genbehandling, og være ansvarlig for henvisning til lægelig udredning, hvor det er indiceret.⁷ Autorisationen kan ligeledes bidrage til at sikre, at høreundersøgelser, der udføres, er valide og er udført efter gældende retningslinjer, hvilket giver basis for lagring af høreprøver i en fælles digital høremappe, og støtter muligheden for digital visitation. Autorisation kan antageligt også sikre mod betydeligt ressourcepild, idet valide høreprøver kan genbruges frem for at blive gentaget, når patienten møder ny undersøgelse/ behandler.

Autorisation vil forbedre behandlingskvalitet og patientsikkerhed og sikre patienter ved genbehandling på samme niveau som ved førstegangsbehandling. Autorisation kan etableres ved mere hensigtsmæssig anvendelse af de eksisterende fagpersoners kompetencer og ressourcer og med begrænset ressourceforbrug ved autorisationsdrevet sikring af og optimering af kvalifikationer på udvalgte områder.

For at sikre sig optimale kompetencer for de autoriserede og samtidig udnyttelse af alle eksisterende ressourcer, anbefaler man, at erhvervsskoleuddannede audiologiassistenter og audiologister skal tage en kompetencegivende eksamen/prøve og behovsbestemt efteruddannelseskurser såfremt den pågældende fagperson ikke består prøven.⁸ En lignende organisering ses i

⁷ Se også [Undersøgelse af faggrupper af høreklivikker \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](#) p. 27.

⁸ Se også [Undersøgelse af faggrupper af høreklivikker \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](#) p. 27.

autorisationsloven for ambulancebehandlere med særlige kompetencer og for behandler farmaceuter. Bachelorer og kandidater i audiologi kan frit søge autorisation. Autorisation kan opnås efter en fastsat periode med klinisk virke. De fagpersoner der vælger ikke at lade sig autorisere kan arbejde som medhjælp under delegation.

Arbejdsgruppen anbefaler en overgangsordning på 6 år, inden alle patienter, der skal genbehandles, skal vurderes af en autoriseret klinisk audiolog ved behandling. Alle fagpersoner kan uændret udføre målingerne og behandlingen med høreapparater.

Ad 2. Arbejdsgruppen anbefaler desuden indførelse af en audiologisk specialistfunktion med beskyttet titel ”special-audiolog” med det forbeholdte virksomhedsområde at foretage visitation af førstegangspatienter.

Det vil øge kapaciteten inden for høreapparatbehandling frem mod 2030. I dag skal alle førstegangspatienter visiteres af speciallæger. Kandidater i audiologi som foreslås tilkendt specialistfunktion, med det forbeholdte virksomhedsområde at visitere hørepatienterne på lige fod med speciallægerne.

Dermed øges kapaciteten på området og flaskehalse reduceres. Der er siden 2014 uddannet 151 kandidater i Audiologi fra Syddansk Universitet (SDU). De udgør en uudnyttet ressource, som man på nogle sygehuslinkker er begyndt at anvende mere differentieret til lægelige opgaver ved opgaveglidning.⁹

Da kun omkring 20 % af de patienter, der henvender sig med hørenedsættelse

⁹ Se også [Undersøgelse af faggrupper af hørelinikker \(sundhedsdatastyrelsen.dk\)](https://sundhedsdatastyrelsen.dk) p. 33.

mhp. høreapparatbehandling, har en hørenedsættelse, der er kompliceret og som derfor skal udredes medicinsk,¹⁰ er det forventeligt, at kandidater vil kunne visitere 80% af de patienter, der henvender sig til dem mhp. hørerehabilitering, og at kun 20 % af patienterne skal henvises til videre undersøgelse hos speciallæger, da de forventeligt har et ukompliceret høretab.

Det er i modsætning til i dag, hvor alle førstegangspatienter skal visiteres af speciallæge. Ventetiderne på speciallægeundersøgelse udgør allerede i dag mellem 2 og 35 uger, i gennemsnit 8 uger, og udgør en del af den samlede ventetid på hørerehabilitering som patienter oplever på mellem 6 uger (Bornholm) og 100 uger (Frederikshavn og Hjørring).¹¹

Perspektivering vedr. autorisation i lande, vi normalt sammenligner os med:

I en række lande vi sammenligner os med, er audiologer autoriserede. Ved indførelse af autorisation og specialistfunktion i Danmark med tilhørende kompetencer og forbeholdt virksomhedsområde, vil man nærme sig organiseringen i andre lande vi sammenligner os med.

I Sverige er audionomen med en 3-årig bachelorgrad autoriseret og har videre beføjelser end de, man foreslår for bachelorer og assistenter her, mens det

¹⁰ Jf. Lene Dahl Siggaard, "Remote screening accuracy first time hearing aid users," [Remote screening accuracy of first-time hearing aid users | Ugeskriftet.dk](#) samt David A. Zapala, "Safety of Audiology Direct Access for Medicare Patients Complaining of Impaired Hearing, J Am Acad Audiol 21:365–379 (2010)." Se også https://audiology-web.s3.amazonaws.com/migrated/SafetyofAudiologyDirAcc.pdf_5386cdbf06edb4.53934137.pdf

¹¹ Se <https://hoeforeningen.dk/hjaelp-til-dig/find-vej-i-systemet/hoereklinikker/ventetider/>. Se også esundhed.dk, hvor man kan se ventetider på både offentlige og private klinikker under "Mit sygehusvalg". Se også [Mit Sygehusvalg \(esundhed.dk\)](https://esundhed.dk)

svenske audionoms beføjelser er sammenlignelige med de beføjelser, Arbejdsgruppen med nærværende forslag foreslår for kandidater i audiologi. Mere konkret beføjelser til bl.a. at kunne visitere patienten, der behandles første gang.

Ved indførelse af 1) autorisation samt ved indførelse af 2) specialistfunktion i Danmark, fremtidssikrer man patientbehandling inden for audiologien, ved optimeret og differentieret anvendelse af eksisterende fagpersoners ressourcer.

Nedenfor ses en kortfattet oversigt over de gevinster relateret til kvalitet og kapacitet, som en autorisation henholdsvis specialistfunktion forventes at medføre:

Gevinster ved Autorisation som ”Klinisk Audiolog”

Gevinster ved indførelse af autorisation som ”Klinisk Audiolog”
Øger sikkerhed og kvalitet specielt ved genbehandling

- **Gevinster for regionerne**
- Autorisation øger sikkerhed og kvalitet i høre rehabiliteringen for HA behandlede, der synes ikke at have været udredt efter retningslinjerne
- Regionerne sparer resurser til en ikke korrekt eller uhensigtsmæssig rehabilitering,
- Autorisation øger kvaliteten i behandlingen, hvor op mod 26 % behandlede anfører ”overordnet neutral vurdering” eller ”utilfredshed med høreapparat”.
- Sikrer at valide høreprøver kan gemmes og genanvendes frem for at gentages, i en fælles digital høremappe
- Alle eksisterende faglige resurser anvendes fortsat
- Autorisation kan etableres med begrænset faglig behovsbestemt kvalificering for udvalgte faggrupper
- **Gevinster for patienterne**
- **Sundhedsmæssige gevinster:**
- Sidestiller sikkerhed og kvalitet i høreapparatbehandlingen for genbehandlede patienter med de patienter der behandles første gang
- Autorisation øger sikkerhed og kvalitet i høre rehabiliteringen for patienter, der synes ikke at have været udredt efter retningslinjerne
- Autorisation øger kvaliteten i behandlingen, hvor op mod 26 % behandlede anfører ”overordnet neutral vurdering” eller ”utilfredshed med høreapparat”
- **Økonomiske gevinster:**
- Sikrer mod anvendte resurser til ikke korrekt eller uhensigtsmæssig rehabilitering.

14

Gevinster ved Specialistfunktion som Special-Audiolog

Gevinster ved indførelse af specialistfunktion for Kandidater i Audiologi som ”Special-audiolog”
Tilføjer kapacitet ved opgaveglidning frem mod 2035

- **Resurser og kvalifikationer:**
- Der er uddannet 151 kandidater i Audiologi med medicinske-tekniske kompetencer de sidste 10 år, og nye 20 uddannes årligt
- Gevinster ved udnyttelse deres faglige resurser mere differentieret og hensigtsmæssigt end i dag
- **Sikrer kapacitet:**
- I en udfordret fremtid hvor op mod 100.000 flere end i dag skal høre-rehabiliteres årligt i 2034, sikres kapacitet ved indførelse af Specialistfunktion til visitation og andre specialiserede opgaver i private og offentlige høre klinikker
- Kandidaterne kan ved opgaveglidning og som Special-audiologer sikre kvalificeret og supplere den visitationsopgave speciallægerne varetager i dag
- **Potentiale:**
- For patient der henvender sig i privat klinik, spares op mod 80% til lægebesøg da visitation kan udføres af specialaudiologen
- Et lægebesøg koster 879,63 kr.
- Specialisten sikrer patienterne bliver henvist til udredning ved læge hvor indiceret og i tvivlstilfælde, svarende til 20%, frem for 100%
- Specialistfunktion kan danne basis for at udføre digital visitation

Ad. anbefaling 2 vedr. en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen angiver i sin anbefaling 2, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Dette hilser Arbejdsgruppen velkomment.

En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed.

En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne (p. 29).

15

Desuden skriver kommissionen, at der skal udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Mandatet til udarbejdelsen af strategien ligger i staten, men det skal ske i tæt samarbejde med relevante aktører, som varetager arbejdet med de digitale løsninger i sundhedsvæsenet, og de ansvarlige for driften af hele sundhedsvæsenet.

⇒ **I den forbindelse stiller den bredt anlagte Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering sig gerne til rådighed mhp. bidrag ifm. konstruktive input og indspil ift. strategi for digitalisering og**

data specifikt for høreområdet vedkommende, herunder fsva. implementering af digital visitation, automatiseret datadeling, remote care og perspektiverne ved anvendelse af kunstig intelligens (AI) som led i høreapparatsbehandlingen og hørerehabiliteringen mere generelt.

Strategien skal forpligte alle parter i sundhedsvæsenet til at arbejde mod fælles mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet. Strategien skal være tæt koblet til sundhedsvæsenets behov og målsætninger for den samlede omstilling, så digitalisering ikke bliver et mål i sig selv men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.

Endelig angiver kommissionen, at finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal understøtte realiseringen af kommissionens øvrige tre forslag til en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, bl.a. for at skabe forpligtelse blandt de decentrale aktører til de fælles strategiske mål og de fælles digitale løsninger.

16

⇒ **Dette bakker Arbejdsgruppen naturligvis op om, ligesom Arbejdsgruppen meget gerne stiller sig til rådighed for en drøftelse vedr. offentlig-private partnerskaber (OPP), der kan bidrage til at finansiere hhv. realisere perspektiverne ved arbejdet med digitalisering og data specifikt på høreområdet til gavn for patienter med høretab, for sundhedsvæsenet mere generelt og for samfundsøkonomien.**

Såfremt de mange tilkomne patienter med høretab, vi allerede vil se frem mod 2030, også i fremtiden skal have adgang til hørerehabilitering af høj kvalitet, kræver det, at vi prioriterer nye, smarte sundhedsløsninger som digital visitation, der kan give os mere for sundhedskronerne på høreområdet.

Dette er blot så meget desto vigtigere i lyset af, at vi fx ved, at ukorrigeret høretab er forbundet med øget risiko for demens, og høretab svækker tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Bedre hørerehabilitering via digital visitation kan af samme grund bidrage med betydelige gevinster for både sundhedsvæsenet og den overordnede samfundsøkonomi, hvorfor der er al mulig grund til at investere i denne løsning fra både nationalt og regionalt hold.

Arbejdsgruppen estimerer i den sammenhæng, at en gevinst ved en mere effektiv og hurtigere forundersøgelse samt en reduktion af overflødige ydelser udført to gange på patientrejsen potentielt set kan opgøres til op mod 100 mio. kr. årligt (en af forudsætningerne er, at man i visitationen når en fordeling mellem førstegangsbbrugere og erfarne brugere, som man har set det i BEAR-projektet¹²).

17

Arbejdet i den tværregionale styregruppe

Givet det enorme sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske potentiale relateret til implementering af digital visitation, er det glædeligt, at Danske Regioners sundhedsdirektørkreds i 2023 besluttede at nedsætte *Styregruppe for afprøvning og implementering af digital visitation og digital infrastruktur på høreområdet*.

¹² Se også [BEAR Project \(bear-hearing.dk\)](https://bear-hearing.dk).

Styregruppen skal beskrive modeller, inklusive fordele og ulemper, for, hvordan erfaringerne fra InHear-projektet om digital visitation kan udbredes i regionerne samt kobles til digital infrastruktur i Høremappen. Styregruppens arbejde er dermed et vigtigt skridt mod at få den digitale visitation, der som nævnt allerede er afprøvet i Nordjylland, udbredt på tværs af hele landet med alle de fordele og gevinster, der er forbundet hermed. Denne udbredelse må naturligvis meget gerne ske hurtigst muligt mhp. at navnlig de danske patienter med høretab, men også sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien kan høste gevinsterne ved en national digital visitation af høreområdet.

De store muligheder i smarte løsninger som digital visitation aktualiserer samtidigt ideen om et 'Digitalt først'-princip på høreområdet, hvor borgerne som udgangspunkt tilbydes en digital eller virtuel løsning, hvis der ikke er et behov for fysisk kontakt med sundhedspersonale.

18

Sådan en opprioritering af digitale løsninger på høreområdet kan bl.a. understøttes af den nye aftale, som regeringen i december 2023 indgik i samarbejde med Danske Regioner og KL om at udmønte 500 mio. kr. til digital hjemmebehandling i sundhedsvæsenet.

Aftalen medfører bl.a., at man undersøger nye områder, som er velegnede til et 'Digitalt Først'-princip ved systematisk at indsamle viden om sundhedsfaglige og tekniske muligheder og forudsætninger, og afprøve løsninger samt drøfte, hvad der er egnet til landsdækkende udbredelse. I den forbindelse bifalder Arbejdsgruppen det, at undersøgelsen skal tage udgangspunkt i de mange lokale løsninger, der allerede i dag viser lovende resultater, herunder ikke mindst digital visitation på høreområdet.

Anbefalinger til optimal implementering af digital visitation:

Helt konkret mener Arbejdsgruppen, at der i forbindelse med implementering af digital visitation bl.a. bør være et klart fokus på automatiseret datadeling, så relevant information lettere kan tilgås af sundhedsprofessionelle og dermed skabe grundlag for bedre anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.

For styrken i digital visitation ligger netop i, at det muliggør en mere effektiv brug af sundhedsdata, hvilket kan få et markant løft med automatiseret datadeling. I forlængelse heraf ligger der endvidere yderligere perspektiver forbundet med muligheden for på sigt at bruge kunstig intelligens som beslutningsstøtte som led i den digitale visitation.

Derudover er det afgørende, at der sikres tilstrækkelig finansiering til, at det enorme potentiale i digital visitation rent faktisk kan realiseres i regionerne. Med de betydelige ressourcebesparelser som digital visitation er forbundet med, kan en investering i implementeringen af digital visitation som nævnt udløse markante gevinster for sundhedsvæsenet.

Derfor er det afgørende at sikre investering i og implementering af digital visitation på tværs landet, hvis vi ikke skal forpasse en enorm mulighed, som kan blive afgørende for at håndtere høreudfordringen både nu og i den nærmeste fremtid.

Endelig er det i forbindelse med arbejdet for at få udbredt digital visitation vigtigt, at sikre inddragelse af både offentlige og private aktører, som kan bidrage med relevante og kvalificerede input til processen. Fra InHear-projektet i Nordjylland har vi eksempelvis meget positive erfaringer med inddragelse af

aktører fra såvel den offentlige som den private del af hørerehabiliteringen, som med deres *knowhow* og kompetencer bidrog til at løfte projektet markant.

Det samme gør sig gældende nu, hvor digital visitation på høreområdet skal udbredes, så alle relevante perspektiver inddrages mhp. at sikre en optimal implementering af digital visitation, som først og fremmest gavner patienterne, men også vil komme sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien mest muligt til gavn.

Ad. Anbefaling 6 vedr. oprettelsen af et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering.

Kommissionen skriver vedr. anbefaling 6, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering. En national implementeringsplan skal indeholde ambitiøse mål, tydeliggøre implementeringsansvaret hos relevante aktører og opstille tidsrammer for implementeringen af de forskellige dele af reformen af sundhedsvæsenet (46).

20

Dette støtter den bredt anlagte Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering op, men appellerer også til at et sådant reformsekretariat for høreområdets vedkommende navnlig vil sikre følgende tre ting:

- ⇒ *Implementering af digital visitation på nationalt plan med en ambitiøs dato for fuld implementering fx per 1.1.2026 (se også ovenfor).*
- ⇒ *Offentliggørelse af de nationale faglige kvalitetskrav, hvori InHEAR-resultaterne er afspejlet (se også nedenfor)*
- ⇒ *Indførelse af autorisation på høreområdet mhp. en styrket kvalitet og øget kapacitet (se også ovenfor).*

InHEAR-resultater skal afspejles i de faglige kvalitetskrav

Idet Sundhedsstyrelsen har hjemmel til både at fastsætte og opdatere de nationale kvalitetskrav for høreapparatbehandlinger, hvilket Arbejdsgruppen bifalder, finder Arbejdsgruppen det påtvungende relevant at understrege, at det forekommer indlysende oplagt at medtænke en opdatering af de nationale kvalitetskrav, så resultater fra InHEAR-projektet i regi af Sundhedsdatastyrelsen afspejles i de nye kvalitetskrav til høreapparatbehandling.

21

Projektet InHEAR havde som kendt som hypotese, at der kan gennemføres fjernvisitation af patienter uden tab af behandlingskvalitet og med høj patientsikkerhed.

Resultaterne af pilotafprøvningen af InHEAR har belyst mulighederne og dokumenteret perspektiverne i digital fjernvisitation af hørepatienter. Mere konkret har resultaterne af InHEAR-projektet bl.a. vist,

- at den digitale fjernvisitationsmodel i høj grad er i stand til at identificere borgere med kompliceret høretab og ørelidelser. Faktisk viser de, at den digitale fjernvisitation er mindst lige så sikker at anvende som traditionel

visitation.

- at den patientoplevede behandlingseffekt og -tilfredshed er høj ved digital fjernvisitation og som minimum lige så god som ved traditionel visitation.
- at subspecialiserede øre-, næse- og halslæger inden for medicinsk audiologi og privatpraktiserende øre-, næse- og halslæger er ligeligt i stand til at udføre og varetage digital fjernvisitation af voksne med hørevanskeligheder.

Digital fjernvisitation er med andre ord ikke forbundet med lavere behandlingskvalitet for patienten.

22

Afrapporteringen af InHEAR-projektet indeholdt desuden en række perspektiveringer af resultaterne, som peger på mulige potentialer ved indførelse af digital visitation, herunder f.eks. færre fysiske konsultationer og fremmøde for borgeren og højere grad af genbrug af undersøgelsesresultater i den løbende behandling. Det forekommer derfor oplagt, at en national implementeringsplan vil omfatte en opdatering og offentliggørelse af de nationale faglige kvalitetskrav på høreområdet, så InHEAR-resultaterne er afspejlet heri.

Med InHEAR-resultaterne *in mente* bør det ifølge Arbejdsgruppen desuden som en del af et kommende reformsekretariats prioriteringer være at sikre en national implementering af den digitale fjernvisitation inden for rammerne af de opdaterede nationale faglige kvalitetskrav.

Ad. samarbejde på tværs af kompetencer og fagligheder og sektoropdelingen, der udfordrer sammenhængen i patientforløb (ikke mindst på høreområdet).

Kommissionen angiver i sin rapport, at sektoropdelingen udfordrer sammenhængen i patientforløb (p. 182). Arbejdsgruppen deler den analyse, at

- ⇒ Udviklingen i sundhedsvæsenet, fx kortere indlæggelser og øget ambulant behandling, vil give flere forløb på tværs af sektorer. Det samme vil den demografiske udvikling og et ændret sygdomsbillede. Det understreger behovet for en struktur, der understøtter sammenhængende patientforløb. Det er i dag svært at samarbejde over sektorgrænser, bl.a. på grund af delt ansvar og tilskyndelser til økonomisk kassetænkning.
- ⇒ Der er iværksat mange gode projekter og initiativer til at styrke sammenhængen i patientforløb. Dog er det kommissionens vurdering, at der er behov for markant stærkere tiltag for at skabe sammenhæng, især i de forløb, der går på tværs af almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse. Ledere og medarbejdere har i dag ikke tilfredsstillende strukturelle rammer for at samarbejde om forløb og tværgående indsatser.
- ⇒ Sundhedsklyngerne fungerer ikke efter hensigten, og de er i deres nuværende konstruktion ikke et stærkt nok svar på sundhedsvæsenets udfordringer.

Kommissionen angiver også, at ansvarsfordelingen ikke understøtter udvikling af det primære sundhedsvæsen tilstrækkeligt (p. 182). Årsagerne, som Arbejdsgruppen grundlæggende er enige i, er, at

- ⇒ Regionerne har en begrænset økonomisk tilskyndelse til at investere i og stille ressourcer til rådighed for den del af sundhedsvæsenet, som kommunerne har ansvaret for.

- ⇒ Der er samtidig en risiko for, at kommunerne selv vil underinvestere i de aktiviteter, som regionen kan forventes at støtte.
- ⇒ Der er svage mekanismer til at sikre den nødvendige løbende tilpasning af opgaveløsningen hen over sektorgrænserne som følge af den faglige og teknologiske udvikling.
- ⇒ Adskillelsen af læger og sygeplejepersonale i forskellige sektorer giver både styringsmæssige og faglige udfordringer i kommunerne.

Derfor skal Arbejdsgruppen opfordre kommissionen til at fremkomme med en struktur for og incitamenter til at fremme forpligtende samarbejder på tværs af kompetencer og fagligheder og tilendebringe sektoropdelingen, der udfordrer sammenhængen i patientforløb (ikke mindst på høreområdet).

Det er u hensigtsmæssigt, at området rent juridisk er udspændt mellem hhv. Sundhedsloven og Serviceloven, idet høreapparater som medicinsk udstyr henhører under Sundhedsloven, mens tilbehør (tv streamer m.v.) kategoriseres som ”hjælpemidler” og bevilliges efter Serviceloven og betales af kommunerne. En sådan juridisk og klinisk sektoropdeling skaber u hensigtsmæssig kassetænkning, der på ingen måde gavner patienterne.

Som Arbejdsgruppen ser det, kan dette løses via flere af kommissionens fremlagte forvaltningsmodeller. Det afgørende er således ikke hvilken specifik forvaltningsmodel, der fremadrettet kommer til at definere den danske sundhedsstruktur. Det afgørende er, at den konkrete model løser problemet vedr. sektoropdeling og reelt sætter patienter med høretab i centrum.

Afsluttende bemærkninger

Afslutningsvist skal Arbejdsgruppen takke kommissionen for et stort og grundigt arbejde. Arbejdsgruppen stiller sig naturligvis til rådighed for det videre arbejde frem mod et kommende sundhedsudspil.

På vegne af den bredt anlagte Arbejdsgruppe for Fremtidens Hørerehabilitering

– med venlig hilsen

- **Majbritt Garbul Tobberup**, Landsformand, Høreforeningen
- **Lotte Grostøl**, Direktør, Høreforeningen
- **Marie L. Kamp Gonzales**, Afdelingsleder, Center for Specialundervisning for Voksne, Københavns Kommune
- **Gert Ravn**, Senior Technology Specialist, Audiology & Hearing Aids, Force Technology
- **Dorte Hammershøi**, Professor, Aalborg Universitet
- **Ågot Møller Grøntved**, Ekstern lektor, speciallæge, Audiologiuddannelsen (Bachelor- og kandidatuddannelsen), Syddansk Universitet (SDU)
- **Jesper Hvass Schmidt**, Professor, M.D., Ph.D., Odense University Hospital (OUH)
- **Henrik Haack**, Sales Manager Denmark, GN Hearing A/S
- **Karen Wibling Solgård**, Market Manager, Nordics, Demant A/S
- **Michael Mathiasen**, Head of Sales Denmark, WS Audiology
- **Thomas Agerskov**, Head of Sales Denmark, Sonova Denmark A/S
- **Peter Brøgger Andreasen**, Formand, Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning (PAKS)

- **Tine Schou**, General Manager, Audika



Høringssvar fra Astma-Allergi Danmark til høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Astma-Allergi Danmark vil gerne indledningsvist bemærke, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport er et grundigt stykke arbejde og et ambitiøst bud på fremtidens sundhedsvæsen. Særligt er de 6 tværgående anbefalinger helt afgørende for at løfte sundhedsvæsenet.

Astma-Allergi Danmark noterer særligt, at det er vigtigt, at rapporten adresserer kapacitetsudfordringer, manglende sammenhæng i behandlingen og geografisk ulighed. Mennesker med overfølsomhedssygdomme, herunder astma, allergi, høfeber og eksem oplever i høj grad, at der er stor geografisk ulighed i adgangen til speciallæger. Der er mangel på speciallæger med viden indenfor allergologi, og vidensniveauet i almen praksis er mange steder ikke tilstrækkeligt. Mange venter derfor længe på at komme til speciallæge, og nogle viderehenvises slet ikke. Derudover er allergicentre helt fraværende i to af landets fem regioner.

Vi har desuden en række uddybende bemærkninger til de konkrete anbefalinger, som er beskrevet nedenfor.

Ad anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Langt de fleste mennesker med mild til moderat overfølsomhedssygdom som fx astma, høfeber og eksem, er hjemhørende i almen praksis. Derfor er det afgørende for denne patientgruppe, at almen praksis har opdateret viden og interesse for overfølsomhedsområdet. En kapacitetsudvidelse som beskrevet er positiv – og bør indeholde en styrket indsats på uddannelse og kompetencer i almen praksis indenfor allergi og overfølsomhedssygdomme. Dansk Selskab for Allergologi bør inddrages i drøftelser omkring tilbuddet.

Det skal desuden sikres, at almen praksis får det nødvendige udstyr til håndtering af allergi og overfølsomhedssygdomme fx astma, hvor udstyr til lungefunktionsmåling skal være til rådighed.

Hvis de praktiserende læger skal løfte en endnu større opgave, er det vigtigt også at holde fokus på en let og hurtig adgang til de praktiserende læger. I dag er det allerede visse steder svært at få en hurtig tid hos sin praktiserende læger til alt det, der ikke er meget akut, men som giver sygdom samt nedsat livskvalitet og svære begrænsninger i hverdagen.

Endelig er det afgørende, at de praktiserende læger har fokus på tidlig opsporing, diagnose og dermed korrekt behandling efter guidelines fremfor symptombehandling. Der skal være klare anbefalinger og retningslinjer for, hvilke symptomer og manglende sygdomskontrol som skal udløse tilbud om videre undersøgelser og behandling i speciallægeregi hos enten privatpraktiserende speciallæger eller i hospitalsregi fx som mere standardiserede forløb – for at sikre en ens henvisningspraksis og mindske uligheden i behandlingen. Vi oplever i Astma-Allergi Danmark, at mange går længe med symptomer og ikke er velbehandlede og samtidigt har svært ved at blive viderehenvist fra praktiserende læge til speciallæge. Det medfører forværring af sygdom, dårligere livskvalitet og flere sygedage.



Ad anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Det er væsentligt, at informationer deles gennem et samlet og ens digitalt system, når det drejer sig om mennesker med flere overfølsomhedssygdomme, så alle informationer når en samlet enhed fx almen praksis.

Et sundhedsvæsen med et fælles digitalt system giver sammenhæng i behandlingen for den store patientgruppe med overfølsomhedssygdomme. Videndeling på tværs i sundhedsvæsenet skal styrke udredning og behandling for mennesker med allergi og overfølsomhedssygdomme. Det er en vigtig prioritet, at der også er gode muligheder for, at patienterne digitalt kan følge med i egen sygdom på tværs af sundhedsvæsenet. Digitale løsninger kan i tyndt befolkede områder også være med til at understøtte en mindsket geografisk ulighed i sundhed.

Ad anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (via en national sundhedsplan)

Astma-Allergi Danmark finder det vigtigt og væsentligt, at en national sundhedsplan skal bidrage til en klar opgavefordeling og tydelige krav og forventninger til sundhedsvæsenets aktører, og styrket kvalitet i sundhedstilbud på tværs af det samlede sundhedsvæsen. Der bør i dette arbejde også sættes tydelige krav og forventninger til videns- og kvalitetsniveauet for behandling af overfølsomhedssygdomme i almen praksis – og arbejdsdelingen mellem sundhedstilbuddene, så patienterne tydeligt ved, hvad de kan forvente.

Kvalitetsstandarder på tværs af sektorer kan endvidere styrke behandlingen af vores målgruppe.

En bedre geografisk fordeling af ressourcer og sundhedsfagligt personale for at imødegå geografisk og social ulighed i sundhed vil styrke mennesker med allergi og overfølsomhedssygdommes adgang til relevant sundhedsfagligt personale. Der er i dag stor geografisk ulighed i adgangen til speciallæger indenfor allergologi og dermed stor uensartethed i udredning og behandling.

Styringen af den lægelige speciallægeuddannelse i allergologi skal styrkes – og bør også have fokus på at sikre, at der uddannes nok faguddannede læger indenfor allergologi, da en del ulighed i behandlingen i dag skyldes mangel på læger med særlig viden om allergi.

Specialet i allergologi blev nedlagt for 20 år siden og er blevet erstattet af en fagområdeuddannelse i allergologi. Der er, på grund af manglende implementering og økonomi, meget få, der har fået denne uddannelse. Samtidig er de fleste af de speciallægeuddannede allergologer gået eller er på vej på pension, hvorfor der er et stort videnstab indenfor området. Flere fagområdeuddannede indenfor allergologi er således en forudsætning for at kunne løfte allergi og overfølsomhedssygdomme som folkesygdom, der berører omkring 1,5 millioner danskere – og sikre vidensniveauet både i almen praksis, i speciallægepraksis og på hospitalerne.

Ad anbefaling 4: Ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet

Astma-Allergi Danmark støtter op om en integration af psykiatrien og somatikken. Som det fremgår af rapporten, har mennesker med psykiske lidelser sammenlignet med resten af befolkningen gennemsnitligt en markant øget forekomst af sygdomme som fx astma og allergi. Disse håndteres



Astma-Allergi
Danmark

bedst ved et tæt samarbejde mellem somatik og psykiatri. Omvendt oplever vi, at det også er vigtigt at sætte mere fokus på de psykiske aspekter af kronisk sygdom. Alvorlige sygdomme som fx astma, fødevareallergi og anafylaksi medfører ofte psykiske udfordringer, herunder angst og depression. Derudover oplever vi, at der ikke i tilstrækkelig grad bliver taget hånd om disse overfølsomheds-sygdomme fx under en psykiatrisk indlæggelse, hvor fx astmaforværring ikke behandles eller alvorlig fødevareallergi ikke håndteres i situationen eller under hele indlæggelsen.

Ad anbefaling 5: Tilpasning af de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger

Som beskrevet ovenfor er der mangel på speciallæger med viden indenfor allergologi. Det er afgørende, at kapaciteten af privatpraktiserende speciallæger i allergologi skal styrkes.

Den geografiske fordeling skal sikre, at der ikke er store landsdele, som tilfældet er i dag, hvor der ingen privat praktiserende speciallæger er. Speciallægetilbuddet bør eksistere i alle regioner til både børn og voksne og med den allergologiske kompetence.

Ad anbefaling 6: Implementering af reformer af sundhedsvæsenet (nationalt reformsekretariat og national implementeringsplan)

Allergi og overfølsomhedssygdomme er komplekse sygdomme, hvor det ofte er påkrævet, at flere specialer samarbejder. Derfor er allergicenterfunktionen væsentlig for at sikre et højtspecialiseret niveau til de sværest ramte samt til at styrke uddannelseskapa-citeten.

Et reformsekretariat, der føler og understøtter en god implementering, er derfor væsentlig for mennesker med allergi og overfølsomhedssygdomme. Koordinering og vidensdeling på tværs af det samlede sundhedsvæsen er afgørende og bør indgå i reformsekretariatet.

Afslutningsvis noterer Astma-Allergi Danmark, at forebyggelsesdagsordenen er helt fraværende i rapporten. Fokus på forebyggelse, primær såvel som sekundær forebyggelse, er også afgørende for at løfte fremtidens sundhedsvæsen, og undgå at flere får behov for sundhedsvæsenet.

Anne Holm Hansen
Direktør
Astma-Allergi Danmark



Astma-Allergi
Danmark

Autister bliver syge af manglende viden om autisme

Autister oplever og sanser verden anderledes end flertallet, fordi den autistiske hjerne fungerer som et andet styresystem. Nogle autister oplever sansestimuli med voldsom kraft og registrerer selv minimale forandringer i kroppen, men kan have svært ved at identificere årsagen. Andre autister har nedsat sansefølsomhed, for hvem smerteoplevelsen kan opleves diffus og flygtig, hvilket f.eks. kan resultere i, at man kan gå med en brækket arm i dagevis uden at opdage det.

Autistisk tænkning er konkret og faktisk betinget. De fleste autister er afhængige af forudsigelighed og genkendelig struktur, hvor krav og forventninger er tydelige. Den konkrete tankegang kan afspejle sig i afvigelser af begrebsforståelse, hvorved kommunikationen mellem autister og ikke-autister fordrer en særlig opmærksomhed. Nogle autister har meget begrænset verbal kommunikation, eller er nonverbale, som også stiller særlige krav til kompetencer.

Autisters anderledes sans- og smerteoplevelse kombineret med forskellige kommunikative udgangspunkter kan give store udfordringer i mødet med sundhedsvæsenet. Viden, nysgerrighed, forståelse og tålmodighed er derfor forudsætninger for succesfulde behandlingsforløb, når patienten er autist. Når autistiske mennesker og deres nære relationer ikke oplever sig forstået, men derimod misforstået i mødet med sundhedsvæsenet, udebliver den nødvendige hjælp og lindring, hvorved sygdom og mental mistrivsel udvikler sig.

Vi ser, at alt for mange autister – heriblandt et stort antal børn og unge – udvikler unødige følgelidelser som depression, spiseforstyrrelser og angst, fordi de ikke mødes med den rette viden og tilgang. Og når de endelig gør, sker det alt for sent.

Der er brug for forandringer på sundhedsområdet

I Autismeforeningen er vi dagligt i kontakt med mennesker, der beretter om autistiske behov, som ikke bliver mødt i tilstrækkelig grad; der gives utilstrækkelige eller direkte forkerte indsatser, og alt for ofte negligeres behovet for en konkret indsats ved sektorovergange. Samtidig kastes mennesker med flere diagnoser rundt i systemet for at få behandling.

Mange autister har dobbeltdiagnoser, og her ser vi, at de bliver katebold mellem sektorerne. Vi kender til mange eksempler på, at en autistisk borger med depression står i en situation, hvor psykiatrien siger, kommunen skal skabe rammerne, så autisten trives, hvorefter autisten sendes retur til kommunen. Men fra kommunen lyder det, at autisten har en depression, og at de ikke kan gøre noget, før psykiatrien har løst depressionen.

Vi kan generelt konstatere, at børn, unge, voksne og ældre i for lav grad får den rette sundhedsindsats, på trods af at vi som samfund ved, hvad der virker, når det drejer sig om autistiske behov.

Der er brug for forandringer på sundhedsområdet. Vi mener, socialområdet skal med i et fremtidigt samlet sundhedsvæsen på linje med ældreområdet.

Ansvaret for at varetage alle danskeres sundhed skal samles og prioriteres fra samme bord. I Autismeforeningen er vi glade ved tanken om at sidestille psykiske sygdomme med somatiske sygdomme og mental sundhed med fysisk sundhed i et fælles sundhedsvæsen. Vi mener, det er ideelt med et sundhedsvæsen, der møder og forstår det hele menneske, hvor man har en helhedsorienteret tilgang til det enkelte menneskes sundhed.

Vi har samtidig brug for stærke forskningsmiljøer med højere prioritering af forskning på det psykiatriske felt. I Autismeforeningen ser vi positivt på muligheden for attraktive forskningsprojekter ved en samling af områderne.

Vi er dog bekymrede for samarbejdet med socialområdet. Bare fordi der står social- foran, behøver det ikke være kommunalt. Sundheds- og ældreområdet bør samles med socialområdet, hvorved det specialiserede socialområde vil få rette fokus ift. ressourcprioritering og -forbrug. Det vil give mulighed for at give et tiltrængt løft af kvalitet og øge sammenhængen i indsatser til bl.a. autister med markante behov for specialiserede tilbud.

Siden kommunalreformen har vi kunnet bevidne en fatal afspecialisering af tilbud og indsatser. Viden om autisme og specialpædagogiske kompetencer er forsvundet i takt med, at de regionale institutioner er nedlagt. Det har

alvorlige konsekvenser for autister, hvis trivsel afhænger af, at den rette viden og de rette kompetencer er tilgængelige.

Vi ser også, at kvaliteten på botilbud er for vilkårlig, og mange steder er kompetencerne mangelfulde. Sundheden prioriteres ikke alle steder i tilstrækkelig grad, og flere steder formår man ikke at dække beboernes basale behov, fordi viden og dermed forståelsen er mangelfuld

Derfor skal socialområdet med i et samlet sundhedsvæsen

En samlet myndighed vil i højere grad kunne sikre, at anbefalinger givet på psykiatriske hospitaler følges. I modsætning til i dag, hvor den kommunale opfølgning er mangelfuld, fordi myndigheden i kommunerne selv vurderer behov for indsats og derved tilsidesætter psykiatriens faglige anbefalinger.

Den manglende rettidige ansvarstagen for mennesker med behov for hjælp gør mennesker til kassebolde i systemet. Alvorligt syge mennesker sendes frem og tilbage mellem sektorerne uden at få den rette indsats. Menneskers mistrivsel forværres unødigt, hvorved der bliver brug for dyrere indsatser, fordi der ikke sættes ind rettidigt og/eller med forkert og utilstrækkelig indsats. Som det er nu, mangler man incitament til rettidig handling. Når ansvaret samles, øges incitamentet, hvorved unødigt komplekse og på flere måder dyre sygdomsforløb i højere grad undgås.

Der må og skal være lighed i sundhed, og derfor skal adgangen til sundhed være fleksibel og matche flere forskellige behov. Vi ser, at mennesker i mental mistrivsel dør 15-20 år tidligere end gennemsnittet på grund af ikke opdagede sygdomme. Man overser dem ganske enkelt, fordi opmærksomheden fra fagpersonen er rettet mod den mentale mistrivsel. Samtidig er der behov for, at sundhedssystemet er opsøgende, når det handler om mennesker i mental mistrivsel.

Vi mener, der er brug for nationale kvalitetsstandarder på tværs af sektorer for både at forebygge og behandle tidligere. I Autismeforeningen er vi tilfredse med, at Kommissionen peger på det betydelige potentiale, som findes i tidlige og forebyggende indsatser.

I arbejdet med en ny sundhedsreform vil vi opfordre regeringen til at skabe de nødvendige strukturelle forandringer på det specialiserede socialområde. Vi har behov for udvikling – ikke afvikling - af tilbud, viden, sammenhæng og kompetencer af hensyn til vores mest sårbare og udsatte borgere.

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Att. sum@sum.dk

Høringssvar over Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Bedre Psykiatri takker for muligheden for at bidrage til høringen over Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

I Bedre Psykiatri deler vi opfattelsen af, at der er behov for en bedre og styrket organisering af fremtidens sundhedsvæsen, der understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af kvalitet, lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Bedre Psykiatri deler opfattelsen af, at det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere og befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet fordrer bedre og mere robuste løsninger end dem vi har i dag. Det gælder især inden for det psykiatriske område, som er præget af betydelige udfordringer. Vi ser lige nu ind i en tid med bl.a. utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng, utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud og utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser jf. Sundhedsstyrelsen Fagligt oplæg for Psykiatrien, 2022. Sundhedsvæsenet herunder psykiatrien er dermed ikke rustet til hverken udfordringerne eller ændringen i sygdomsbilledet, og der er brug for ændringer i organiseringen af sundhedsvæsenet.

Bedre Psykiatri er enig i, at psykiatrien er en væsentlig del af det samlede sundhedsvæsen, og flere af de udfordringer, der opleves generelt i sundhedsvæsenet, gælder i høj grad i psykiatrien. I den henseende finder Bedre Psykiatri det meget positivt, at kommissionen ser det som en helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Ikke mindst med særligt afsæt i Sundhedsstyrelsen Faglige oplæg til en 10årsplan fra 2022.

Bedre Psykiatri deler kommissionens analyse af, at der er behov for, at kvaliteten af behandlingen løftes, og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorerne styrkes. Bedre Psykiatri er enig i Sundhedsstrukturkommissionens vurdering af, at tiltag, der kan styrke sammenhæng og øge kvaliteten i den tværgående indsats på psykiatriområdet, har et betydeligt potentiale for at løfte sundheden og livskvaliteten for mennesker med psykiske lidelser. Bedre Psykiatri finder det samtidig meget positivt, at Sundhedsstrukturkommissionen understreger det væsentligt potentiale, der er i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe mennesker, så psykiske problemer og sygdomme ikke opstår eller udvikler sig og forværres. Dermed kan der gives den rette støtte, hjælp og behandling i tide og på rette niveau ud fra den enkeltes behov og forudsætninger, ligesom de eksisterende ressourcer fokuseres, hvor de kan gøre bedst og mest mulig gavn.

Nedenfor bemærkninger til Kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser:

Forslag 1: Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at de sygehusansvarlige myndigheder gennemfører en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken i en samlet ledelses- og organisationsstruktur, som lige- og sidestiller psykiatrien med somatikken. Forslaget skal bl.a. ses i lyset af markant overdødelighed for især mennesker med svære psykiske lidelser samt høj grad af komorbiditet.

Først og fremmest deler Bedre Psykiatri kommissionens opfattelse af, at den nuværende adskilte ledelses- og organisationsstruktur kan give psykiatrien mulighed for at udvikle eget speciale, faglige miljøer og faglighed samt bidrage til specialisering ift. målgruppens behov og forudsætninger. Derudover kan en 'selvstændig psykiatri' i højere grad fastholde og tiltrække ressourcer ved ikke at skulle konkurrere herom med andre sygehusområder.

Omvendt er Bedre Psykiatri også af den opfattelse, at den nuværende organisering har en lang række af indbyggede svagheder og udfordringer som kommissionen også selv påpeger. Bl.a., at opdelingen medfører øget risiko for silotænkning, der kan gøre det vanskeligere at samarbejde om den konkrete behandling, hvor der ofte vil være behov for både en somatisk og en psykiatrisk indsats fx patienter med multisygdom, dobbeltdiagnose, akutpsykiatriske patienter mv. Bedre Psykiatri er således enig i, at en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken kan være et af flere vigtige elementer i at omstille sundhedsvæsenet til i højere grad end i dag at håndtere et stigende antal mennesker med flere sygdomme på samme tid.

Bedre Psykiatri hilser en anbefaling om organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken velkommen, netop med det sigte at reducere overdødeligheden, ulighed, stigmatisering og sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser samt styrke muligheden for, at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser. Bedre Psykiatri ser positivt på, at sammenlægningen, potentielt set, kan skabe mulighed for nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter, skabe synergi til øvrige lægelige specialer herunder vidensdeling mv. og bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om fx forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning. Bedre Psykiatri deler analysen af, at en integreret ledelses- og organisationsstruktur potentielt set kan skabe grundlag for en øget opmærksomhed på at opspore og behandle samtidig somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser ved at bringe relevante sundhedsfaglige kompetencer bedre sammen. Såfremt disse potentialer indfries, vil det være positivt for psykiatrien. Det kræver dog et stærkt og vedvarende fokus på psykiatrien i den nye organisering.

Selv om Bedre Psykiatri mener, at det vil være hensigtsmæssigt med en organisatorisk integration mellem somatik og psykiatri, og et skridt på vejen, er det ikke naturgivet eller veldokumenteret, at organisatorisk integration af psykiatri og somatik løser overdødelighedsproblematikken eller problemer med ulighed¹. Det er tidligere fremhævet af eksperter, at kun en beskedent del af problemet kan løses i hospitalssektoren og ulighed måske særligt har rødder i primærsektoren, hvor kapaciteten er for lille og vejen for kringlet for patienter med psykisk sygdom².

- *Psykiatrien har behov for bedre samspil mellem ledelse og styring*

En organisatorisk integration af de to områder bør give anledning til at få sat en ledelsesmæssig retning på psykiatrien. Herunder spørgsmålene om hvilke ledelsesmæssige kompetencer, modeller og strategier der er bæredygtige for fremtidens psykiatri under en organisatorisk integration, og hvordan de store potentialer, der kan opnås ved integrationen, skal føres ud i livet? Det fremgår af Overlægeforeningens analyse 2024 *Afvandring fra den offentlige psykiatri*³, at hver anden psykiater skifter fra regional hospital ansættelse netop pga. ledelse og samarbejde. Det faktum at overlæger og speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri

¹ Nordentoft, M, 2024. [Psykiatrien bliver stærkere sammen med somatikken | Ugeskriftet.dk](#) / Vestergaard, P Hvor er psykiatriens plads i sundhedsvæsenet? Jyllands-Posten 16. jul.

² Vestergaard, P Hvor er psykiatriens plads i sundhedsvæsenet? Jyllands-Posten 16. jul.

³ Overlægeforeningen 2024 <https://laeger.dk/media/dhcgpeoo/afvandring-fra-den-offentlige-psykiatri-yl-og-fas.pdf>

selv påpeger 'ledelse' som væsentlig bevæggrund, bør give anledning til at se nærmere på vægtforholdet mellem ledelse og styring samt kvaliteten af ledelse i fremtidens sundhedsvæsen. Selvom ledelse og styring har forskellige fokusområder, er de begge nødvendige for en velfungerende sundhedsorganisation. God ledelse skaber retning, vision, motivation, kommunikation, konfliktløsning og fremmer innovation og kultur, mens god styring sikrer, at der er effektive systemer og procedurer på plads for at nå de opsatte mål. Effektiv ledelse uden god styring kan føre til ineffektiv ressourceudnyttelse og manglende overholdelse af standarder, mens effektiv styring uden god ledelse kan resultere i lav moral og manglende engagement blandt medarbejderne. Derfor er en balance mellem ledelse og styring afgørende for succes i sundhedsvæsenet og ikke mindst i psykiatrien, hvor dette forhold ofte problematiseres. I det lys kan en organisatorisk integration af somatikken og psykiatrien potentielt set bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om ledelsesudvikling, ledelsesstruktur, arbejdsgange samt forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.

- *Behov for konkrete anbefalinger til styrket ledelse*

Bedre Psykiatri gør opmærksom på, at der ikke inden for de seneste 12 år har været angivet konkrete anbefalinger til fremtidige ledelsesfokus, ledelsestyper og modeller inden for psykiatrien i officielle rapporter og faglige oplæg. I stedet har anbefalinger og forslag udelukkende været præget af anbefalinger til styringsmodeller som fx på overholdelse af tvangsmål, udredningsmål, sengekapacitet, planlægning, kontrol, aktiviteter, produktivitet, økonomi, procedurer, evaluering, rapportering mv.⁴

- *Generelle overvejelser om integration af somatik og psykiatri*

Kommissionens anbefaling om organisatorisk integration understreger spørgsmålet om, hvilke opgaver varetages bedst i hvilken sektor. Er det f.eks. hensigtsmæssigt, at udredning for neurodivergens som autisme skal foregå i det højt specialiserede sundhedsvæsen, eller varetages det bedre af eksperter i autismeudredning i primær sektor?

Bedre Psykiatri er bekymret for, at der kan være risiko for, at det psykiatriske speciale fremover skal kæmpe med ledere fra 38 andre lægefaglige specialer om den overordnede ledelsesmæssige og politiske opmærksomhed og gunst (fx faglige hensyn og forskningsmidler) med risiko for svækkelse og isolation af specialet⁵.

Hvis det skal lykkes at integrere psykiatri og somatik, skal der også tages højde for nogle af de forskelle, der er i organiseringen af de to områder. For eksempel at der er forskellige optageområder for somatik og psykiatri. Og at der er nogle steder i landet, hvor de somatiske og psykiatriske afdelinger ikke er placeret fysisk samme sted.

- *Implementeringen af psykiatriens 10-årsplan skal stadig prioriteres*

⁴ Se fx Deloitte, 2012 Analyse af kapaciteten i psykiatrien; Psykiatriudvalget hovedrapport 2013; Styringsgennemgang af psykiatrien 2018; KPMG 2018, Kapacitetsanalyse af psykiatrien Analyserapport; Sundhedsstyrelsen, 2022 Fagligt oplæg m.fl.

⁵ Nordentoft, M, 2024. [Psykiatrien bliver stærkere sammen med somatikken | Ugeskriftet.dk](#) / Vestergaard, P Hvor er psykiatriens plads i sundhedsvæsenet? Jyllands-Posten 16. jul.

Der er med det faglige oplæg for en 10-årsplan for psykiatrien fra Social- og Sundhedsstyrelserne, 2022 lagt et godt fundament både for en problemforståelse og sat en retning for, hvordan psykiatrien skal styrkes over en længere årrække. Det er nødvendigt at ledelsesfokus fortsat ligger på implementering af 10-årsplanen og strategier for det strategiske løft af kapacitet og kompetencer. Det må ikke udsættes eller komme i baggrunden for opmærksomhed på ledelsesomlægning/reorganisering. Dertil kommer spørgsmål som hvilke tværfaglige kompetencer er ønskværdige for psykiatrien og hvordan man skal rekruttere for at nå de strategiske mål de næste 10 år.

- *Fasthold de økonomiske investeringer så vi indhenter psykiatriens efterslæb*

Psykiatrien har i enkelte regioner være undtaget for generelle besparelser de seneste år og nationalt har psykiatrien fået øremærkede midler med 10-årsplanen. Det er sket for at indhente det efterslæb, som psykiatrien har. Både fordi patientvolumen er øget voldsomt, men også fordi investeringer i psykiatrien har haltet efter somatikken. Det fokus er det nødvendigt at fastholde. Bedre Psykiatri foreslår, at man fra politisk hold forpligtiger koncernledelsen, så det særlige fokus på indhentelse af psykiatriens efterslæb kan fortsættes. F.eks. at psykiatrien friholdes fra generelle besparelser, og at midler, der er afsat med 10-årsplanen, ikke opsluges i de generelle budgetter.

- *Ledelsesfokus på psykiatrien skal modvirke skævvridning*

I en integration mellem somatik og psykiatri er det nødvendigt at psykiatrien sikres et tilstrækkeligt ledelsesmæssigt fokus, så en skandale på f.eks. kræftområdet ikke fjerner fokus fra psykiatrien, og så psykiatrien sikres tildeling af ressourcer til forskning, udvikling og implementering af tiltag ud over de midler som staten afsætter med 10-årsplanen. Ligeledes er det afgørende, at det psykiatriske speciale ikke klemmes imellem de somatiske specialer og får en såkaldt lillebror-status samt at velfungerende tværfaglige samarbejder/miljøer med fx psykologer, socialrådgivere og ergoterapeuter fortøner sig til fordel for et klinisk lægeligt / somatisk ledelsesmæssigt fokus. Det vil således skævvride flere af de intentioner, som kommissionen lægger op til.

Forslag 2: Styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår tiltag, der skal styrke samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almenmedicinske tilbud om mennesker med psykiske lidelser. Tiltagene i dette afsnit skal ses i sammenhæng og vedrører: Krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet.

- *Fasttilknyttede læger.*

Bedre Psykiatri støtter idéen om fasttilknyttede botilbudslæger med henblik på at sikre en bedre opsporing af somatisk sygdom og en styrket behandlingsopfølgning på botilbud. Fast tilknytning af læger vil skabe bedre forudsætninger for, at både somatisk og psykisk sygdom kan opdages og behandles effektivt og tidligere med tilfredsstillende kvalitet. Netop at faste læger tilknyttet bosteder skal arbejde både med de enkelte beboere og samarbejde med personalet, bidrager til styrkede sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene. Bedre Psykiatri er enig i, at der bør være mulighed for at give kompetence til at benytte forskellige kliniktyper i form af alment praktiserende læger, offentligt drevne klinikker eller

udbudsklinikker og gives mulighed for at etablere eller udbyde 'fokuserede almenmedicinske tilbud', hvor der fx kan etableres et almenmedicinsk tilbud i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper. Bedre Psykiatri hilsner desuden initiativet om tovholderfunktion som fx kommunal sygeplejerske velkomment. Bedre Psykiatri vurderer, at det giver god mening, at tovholderen har ansvaret for at inddrage beboerne og være ansvarlig for at koordinere behandlingsforløbet og samtidig fungere som bindeled på tværs af almenmedicinsk tilbud, sygehus og kommune.

Der er dog behov for en afklaring af, hvordan indsatsen skal kombineres med de allerede planlagte udgående teams som F-ACT, ACT, bostedteams og den nylige overenskomstaftale med PLO om botilbudslæger med henblik på sundhedstjek. Derudover finder Bedre Psykiatri det afgørende, at der opstilles kompetencemæssige krav til tovholder-funktionen.

Det bør i tillæg overvejes om tovholderfunktionen også skal have et særligt pårørendeansvar. Pårørende til mennesker med psykiske lidelser spiller en væsentlig rolle i den medicinske behandling og i forhold til fx patientens livsstil og opsporing af somatisk sygdom. Pårørende er hyppigt vidne for patienten og har kendskab til bl.a. patientens tidligere erfaringer med medicin, patientens medicinbehandling i dagligdagen, symptomernes karakter, selvmordsrisiko, afhængighed og komorbiditet samt øvrige forandringer i sygdomstilstanden. I dette lys er det for Bedre Psykiatri afgørende, at tovholderfunktionen (med patientens samtykke) også sikrer, at pårørende inddrages som væsentlig samarbejdspartner med henblik på at sikre en bedre opsporing af somatisk sygdom, medicinske forhold, og en styrket behandlingsopfølgning på botilbud. Det gælder, at pårørende også kan støtte op om den syge ift. lægens dialog og overlevering af information vedr. håndteringen af psykofarmaka, somatisk undersøgelse samt plan for opfølgning, herunder monitorering af effekt, opmærksomhed ved mulige bivirkninger og evt. ophør, udtrapning og nedtrapning med behandling samt hvem der har ansvaret for den videre opfølgning.

- *Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien*

Bedre Psykiatri er enig i anbefalingen om, at sammenhængen og kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats til mennesker med psykiske lidelser, som også modtager indsatser på socialområdet (socialpsykiatrien), styrkes gennem nationale forpligtende kvalitetsstandarder for opgavevaretagelsen heraf forpligtende krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien. Bedre Psykiatri er enig i, at kvalitetsstandarder skal være med til at løfte og ensarte kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser for mennesker med psykiske lidelser, som modtager samtidige indsatser fra sundheds- og socialområdet. Kvalitetsstandarder skal også understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor langt flere forløb varetages i det primære sundhedsvæsen. Kvalitetsstandarder skal dermed ses i sammenhæng med en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for udviklingen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Bedre Psykiatri er enig i, at forslaget om kvalitetsstandarder skal ses i tæt sammenhæng med udarbejdelse og implementering af forløbsbeskrivelser for specifikke patientgrupper i psykiatrien.

- *Tværasektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet*

Bedre Psykiatri konstaterer, at Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at relevante myndigheder fremover vurderer behovet for særskilte fora på det psykiatriske område, navnlig

hvor problemstillingerne går på tværs og involverer andre aktører og forvaltninger end dem, der normalt indgår i klyngesamarbejdet.

Styrket tværsektorielt samarbejde er essentielt for at få skabt bedre sammenhæng i forløb og for at få bygget bro mellem de to sektorer, der arbejder med hvert sit fokus.

Til dette kan tværsektorielle fora være en god idé, men det er for Bedre Psykiatri uklart, hvad kommissionen forestiller sig, og hvordan det skal integreres med de øvrige samarbejdsfora som f.eks. sundhedsklyngerne. Et mere velfungerende tværsektorielt samarbejde, som også bygger på øget systematisk inddragelse af patient/bruger og pårørende, forudsætter en tydeligere beskrivelse af ansvars- og opgavefordelingen, end i dag, så alle aktører har klart definerede ansvarsområder, og at sundhedsfaglighed og socialfaglighed bliver ligeværdige perspektiver på tværs af sektorer. Bedre Psykiatri håber, at specialebeskrivelser og forløbsbeskrivelser sammen med nationale kvalitetsstandarder for socialpsykiatrien er skridt på vejen mod klarere ansvarsfordeling.

Forslag 3: Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at der er behov for fortsat fokus på udvikling og udbredelse af digitale løsninger på psykiatriområdet for at kunne imødekomme det stigende behov for hjælp og de deraf følgende kapacitetsudfordringer og nogle steder mangel på medarbejdere i psykiatrien.

Bedre Psykiatri er enig i opfattelsen af, at udbredelse af digitale løsninger også har et potentiale inden for psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at mistrivsel eller lettere psykiske lidelser forværres og kræver mere specialiseret behandling, samtidig med at løsningerne også åbner op for nye muligheder for effektiv og fleksibel pårørendeinddragelse. Der er stort potentiale i at sprede og systematisk anvende evidensbaserede digitale løsninger for at udnytte de psykiatriske ressourcer og kapacitet bedre og støtte sammenhængende tilgange for patienterne, pårørende og sundhedspersonalet.

Bedre Psykiatri mener, at telepsykiatriske løsninger primært bør betragtes som et supplement til standardbehandling, der kan udbygges og intensiveres i takt med at mulighederne bliver flere. Det kan understøtte, men ikke erstatte den terapeutiske alliance og menneskelige interaktion. Hybride modeller og stepped-care behandlingsmetoder baseret på, hvad der vil være den rette hjælp, intensitet, behov, patientpræferencer og alvorlighed er afgørende for valget af telepsykiatri. Telepsykiatri bør aldrig blive en økonomisk spareøvelse.

Der er desuden behov for at afsætte flere midler til forskning vedrørende potentielle virkninger/bivirkninger, implementering, ift. anvendelse og målgrupper såsom marginaliserede personer, pårørende og arbejdsstyrken. Og der er behov for nationale retningslinjer og anbefalinger for at undgå forskelligrettede tilbud på tværs af landet. Uddannelse og praktisk træning af personale, pårørende og brugere i brugen af telepsykiatri er afgørende (såkaldt e-sundhedskompetence). Derudover har vi brug for et stærkt fokus på social ulighed forbundet med brugen af telepsykiatriske løsninger. Ulige adgang til teknologi skyldes socioøkonomiske faktorer som indkomst, uddannelse, alder og IT-dækning. Der er en potentiel risiko for, at telepsykiatriske interventioner øger den sociale ulighed i adgang til behandling, da der antages en vis grad af e-sundhedskompetence eller sundhedsfærdigheder blandt brugerne og deres pårørende/familie, hvilket sandsynligvis betyder, at personer med dårlige læse- og skrivefærdigheder bruger tjenesten mindre end dem med højere uddannelse.

Andre udfordringer med telepsykiatri kan også omfatte begrænsede muligheder for somatisk undersøgelse, begrænset tolkning af kropssprog og kan udfordre det "normale" ansigt-til-ansigt-forhold mellem behandler og patienten. Frafald er et dokumenteret problem, hvor patienter ikke gennemfører behandlingen. Herudover dokumenteres også en række etiske overvejelser. F.eks. kan en behandler opmuntre til brug af digitale værktøjer, selvom vedkommende ikke er klar over patientens holdninger til IT-teknologi, IT-færdigheder og forståelse af risiciene forbundet med digital selvovervågning, databeskyttelse, uansvarlig håndtering af fysisk materiale som telefon, manglende brug af sikre adgangskoder og data deling. Det er ikke afklaret, om patienterne f.eks. forstår de tekniske og juridiske udfordringer i forbindelse med databehandling, datasikkerhed, privatliv, adgangskontrol og IT-infrastruktur?

Da digital teknologi i stigende grad anvendes, vil der desuden være et stort behov for uddannelse. Lige fra simpel instruktion i brug for frontpersonale til videreuddannelse for udviklere. Læger og andre behandlere kan have usikkerhed og mangel på erfaring med at vurdere hvilke patienter, der er i målgruppe for et digitalt tilbud, hvilket kan føre til en tilbageholdenhed med at anvende digitale løsninger. Dette kan omfatte skepsis blandt behandlere om indførelsen af ny teknologi, mangel på ressourcer til nødvendig personaleuddannelse og tilpasning af arbejdsgange, omkostninger til køb af udstyr og software samt en gebyrstruktur, der favoriserer fysisk fremmøde.

Øvrige bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

- *De pårørende er ikke medtænkt i kommissionens arbejde*

Overordnet set savner Bedre Psykiatri svar på, hvilke overvejelser, kommissionen gør sig i forhold til pårørende i fremtidens sundhedsvæsen, navnlig pårørende til mennesker med psykisk sygdom. I lyset af kommissionens udfordringsbillede og anbefalinger for sundhedsvæsenet, er det bemærkelsesværdigt, at pårørende som aktør og genstandsfelt (fx i forhold til fremtidige roller, opgaver, hjælp, støtte) ikke er analyseret og behandlet af kommissionen. I lyset af de verserende politiske diskussioner om behov for øget arbejdsudbud, og pårørendes mulighed for at deltage på arbejdsmarkedet⁶, konstaterer Bedre Psykiatri, at et fokus på pårørende udebliver i kommissionens rapport. Herunder problemstillinger som work-life-balance, omsorgsdage og fleksibilitet på arbejdsmarkedet, virksomhedernes bevågenhed på området (se fx [Dansk Erhverv](#), 2023).

Bedre Psykiatri savner fx et fokus på, hvad mere hjemmebehandling kommer til at betyde for de pårørende. Mere digital behandling, mere behandling i det nære sundhedsvæsen og færre sygehuskontakter, kommer nødvendigvis til at øge mængden af opgaver, som de pårørende skal løse. Både fordi borgerne er mere i hjemmet, og fordi pleje- og behandlingsopgaverne flytter hjem. Pårørende kommer til at skulle hjælpe med digitale opkoblinger til ældre, sørge for kontakt til sundhedsprofessionelle ved spørgsmål om medicin og behandling, stå som koordinator i hjemmene og så er der den direkte og indirekte pleje af patienter, der ikke længere skal varetages af sygehuset.

Alt i alt lægges der op til at pårørendes opgaver og belastning øges markant. Det kan have konsekvenser for pårørendes mulighed for erhvervsaktivitet og for hvor belastede pårørende bliver. Begge dele kan have store konsekvenser for bl.a. arbejdsudbuddet. Allerede på

⁶ KL 2023 <https://www.kl.dk/momentum/arkiv/2023/21-danskerne-manglende-arbejdskraft-skal-hellere-loeses-af-international-arbejdskraft-end-paaroerende> DR, 2024 <https://www.dr.dk/nyheder/indland/kommuner-er-klar-til-forlange-mere-af-de-paaroerende-naar-vi-bliver-flere-aeldre>

nuværende tidspunkt beskriver Dansk Erhverv at alene 8 kroniske sygdomme trækker knap 15.600 fuldtidsbeskæftigede pårørende ud af arbejdsstyrken⁷.

Bedre Psykiatri håber, der fagligt og politisk vil være fokus på, at pårørende har behov for støtte og hjælp fremover, og der vil være behov for at etablere tiltag for pårørende. F.eks. pårørendevejledere, kurser for pårørende og muligheder for pårørende at henvende sig med spørgsmål og behov for hjælp.

- *Sårbare grupper i det højt specialiserede sundhedsvæsen*

Mange afrapporteringer om ulighed i sundhed har vist, at der er et stort behov for at lægge indsatsen om i det højt specialiserede sundhedsvæsen, og for at sikre bedre behandling til dem, der har svært ved at navigere i det nuværende sundhedsvæsen.⁸ Bedre Psykiatri mener, at omlægning til mere behandling nært er en god mulighed for at have flere udgående funktioner, der bringer det højt specialiserede tættere på borgerne og flere tilbud i borgernes nærmiljø.

I Kommissionens rapport er der dog ikke anbefalinger om, at indsatsen i det højt specialiserede sundhedsvæsen skal omlægges, så indsatserne her bindes bedre sammen for borgere med behov for en mere håndholdt indsats. F.eks. ældre medicinske patienter eller mennesker med sociale eller psykiske problemstillinger.

Bedre Psykiatri ser frem til en drøftelse af, hvordan ansvaret placeres bedst for at løse den opgave at skabe bedre og mere håndholdte forløb for borgere, der har behov for det.

- *Det specialiserede socialområde*

I de fremlagte modeller for en kommende struktur fremgår det ikke, at det specialiserede socialområde vil være et ansvarsområde for de nye styringsenheder. Bedre Psykiatri mener ikke det er hensigtsmæssigt at flytte tilbud og institutioner til mennesker med psykiske udfordringer, der i dag varetages af regionerne, til kommunerne. Der er behov for bedre koordinering af det specialiserede socialområde, hvor kvaliteten i dag er for forskellig og den geografiske udbredelse af tilbud er for tilfældig. Og kommunerne har svært ved at få økonomien til at slå til på området.

Indsatser for små målgrupper, og højt specialiserede indsatser bør koordineres nationalt med henblik på at sikre tilstrækkelig viden og kompetencer.

Den eksisterende nationale koordinationsstruktur, der skal sikre, at der eksisterer det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde, har vist sig utilstrækkelig.

Bedre Psykiatri mener, at der fremover er behov for en styrket national koordinering, styring og planlægning af tilbud og indsatser på tværs af primær og sekundær sektor på psykiatriområdet, der tager højde for psykiatriens natur som både sundheds- og socialfaglig.

- *Civilsamfundet*

⁷ Dansk Erhverv 2023. Analyse. Stort arbejdsudbudspotentiale for pårørende til personer med kroniske sygdomme

⁸ Behandlingsrådet 2024. Rapport vedrørende Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser
Patientforløb, barrierer og indsatser

Bedre Psykiatri konstaterer, at Sundhedsstrukturkommissionen kun overfladisk behandler spørgsmålet om civilsamfundets rolle i et fremtidigt sundhedsvæsen.

Ifølge bilagsrapport til Fagligt Oplæg for 10-årsplan, Sundhedsstyrelsen, 2022 spiller indsatser i civilsamfundet en stigende rolle for mennesker med psykiske lidelser. Civilsamfundet tilbyder fx en række målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser, herunder rådgivningsindsatser, fx telefonrådgivning eller lokale rådgivningsafdelinger, bisidderordninger, netværks- og gruppeaktiviteter, oplysningsindsatser og psykoedukation, undervisning af medarbejdere på sygehus, i kommune mv., støtte til pårørende, beskæftigelsesrettede tilbud mv. Indsatserne i civilsamfundet har ofte fokus på at understøtte et eventuelt forløb i enten kommune, på sygehus eller i almen praksis og understøtte og hjælpe den enkelte og dennes pårørende gennem forløbet. Ud over de mere målrettede indsatser til mennesker med psykiske lidelser spiller også de almene tilbud i civilsamfundet en stigende rolle. Det drejer sig om at understøtte den enkeltes aktive deltagelse i lokalsamfundet i mere bred forstand, fx i sportsforeninger, ved frivilligt arbejde, ved sociale arrangementer i det nære boligområde mv. Formålet hermed er at skabe en meningsfuld tilværelse for den enkelte og at styrke netværk og inklusion i samfundet. Det gælder både i forhold til sociale relationer, lokalsamfundet, arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Derved er civilsamfundet et vigtigt element i brobygningen til det almindelige liv, som mennesker med psykiske lidelser skal hjælpes tilbage til.

På den baggrund anbefaler Bedre Psykiatri, at der nedsættes et hurtigt arbejdende udvalg under kommissionen, der særligt behandler om spørgsmålet om pårørendes og civilsamfundets roller, samarbejdsmuligheder og opgaver i et fremtidigt sundhedsvæsen. Både pårørendes og civilsamfundets rolle er en uundgåelig aktør for sundhedsvæsenet, der akut fordrer styrket bevågenhed og klare anbefalinger – fagligt såvel som politisk.

- Fravær af socialpsykiatrien

Bedre Psykiatri finder det u hensigtsmæssigt, at kommissionen ikke har haft mandat til at kigge på socialpsykiatrien og den øvrige indsats for mennesker med psykisk sygdom i primærsektor samt været i stand til at komme med anbefalinger for bedre sammenhæng i den meget fragmenterede og utilstrækkelige indsats, der i dag leveres af kommuner, private aktører og regioner samlet set. Bedre Psykiatri mener, at sundhedsreformen er en oplagt mulighed for at bringe de to sektorer tættere sammen, når man ledelsesmæssigt forventer store ændringer. Bedre Psykiatri håber på en snarlig ny reform, hvor man forholder sig til de regionale bosteder, sammenhæng mellem indsatser på tværs af sundheds- og socialområdet og den store gruppe borgere, der er i de regionale systemer, der modtager en indsats efter serviceloven.

Bedre Psykiatri henholder sig i øvrigt høringsvaret fra Danske Patienter.

Med venlig hilsen

Bedre Psykiatri

Kære Sofie Løhde

Tak for invitationen til at indsende bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. I januar indsendte vi vedlagte tekst med overskriften "Borgernær fødselshjælp med reelt frie valg – hvorfor og hvordan" til Sundhedsstrukturkommissionen. Kommissionen har nu afleveret sin rapport, og vi kan desværre se, at fødselsområdet slet ikke er nævnt i rapporten (selvom vores tanker ligger tæt op ad regeringens oplæg til SSK). Vi tillader os derfor hermed at genfremsende vores forslag direkte til ministeriet.

Vi bemærker samtidig, at situationen på fødselsområdet faktisk er endnu mørkere, end vi beskrev den. En rapport fra Sundhedsstyrelsen dokumenterer nu, at kun en sjettedel af de 900 nyuddannede jordemødre fra de sidste 10 år arbejder på fødegangene. Dette enorme spild af talent og penge gør det tiltagende umuligt at opretholde en god og bæredygtig fødselshjælp. Denne udfordring lægger vores forslag op til at løse. Samtidig vil forslaget give danske kvinder de gode fødsler, de fortjener - fødsler som giver den bedst mulige start på et godt og stærkt familieliv.

Vi uddyber meget gerne vores konkrete tanker på et møde med ministeren. Her vil vi skitsere, hvordan transitionen i praksis kan tilrettelægges over en femårs periode, samt anskueliggøre, hvordan en bedre opgavefordeling mellem sygehuse og det nære sundhedsvæsen sikrer, at patienten kommer i centrum, og samtidig fremmer en kultur med respektfuldt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor.

Med venlig hilsen

Mie Ryborg-Larsen, Forkvinde for Forældre og Fødsel
Jacqueline Vejlstrop, Direktør for Roskilde Fødeklinik
Ole Olsen, Seniorforsker, Forskningsenheden for Almen Praksis, København

Ole Olsen
Seniorforsker

Forskningsenheden for Almen Praksis
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Københavns Universitet
Center for Sundhed og Samfund
Øster Farimagsgade 5
1353 København K

TEL 35327171
DIR 35327155
Lokale 24.0.48
ole.olsen@sund.ku.dk
www.fe.ku.dk



Borgernær fødselshjælp med reelt frie valg – hvorfor og hvordan

Det store flertal af gravide med en ukompliceret graviditet og forventet normal fødsel bistås bedst af et nært, bæredygtigt og sundhedsfremmende sundhedsvæsen.

Desværre er udviklingen de seneste årtier gået den modsatte vej. På de stadigt større fødegange får kvinderne ikke de gode fødsler og den gode start på familielivet, som både de selv og Folketinget ønsker sig. WHO er også opmærksom på problemet og skriver i 2018: "... increasing medicalization of childbirth processes tends to undermine the woman's own capability to give birth and negatively impacts her childbirth experience".

Udviklingen mod større og mere medikaliserede fødeafdelinger har heller ikke været god for jordemødrene. De får ikke det arbejdsliv, de havde drømt om. Flugten af nyuddannede jordemødre fra fødegangene har derfor været stigende de sidste 10-15 år. Aktuelt forlader mere end hver tredje deres jobs på fødegangene inden for fem år. Mange angiver som årsag, at de ikke kan yde den gode jordemoderomsorg, de er uddannet til. Den store gennemstrømning af jordemødre hindrer oplæring og erfaringsoverføring til nye generationer og årgange.

En bæredygtig, sundhedsfremmende, borgernær fødselshjælp med den fødende i centrum kan opnås ved, at alle regioner opretter velfungerende jordemoderledede hjemmefødselsordninger og fødeklinikker. Forskningen viser, at det er den bedste og mest omkostningseffektive løsning for gravide uden komplikationer. Region Sjælland har vist, at det kan lade sig gøre at implementere løsningen også i en dansk kontekst. Samtidig sikres fastholdelse af glade, kompetente og tilfredse jordemødre.

Vi uddyber meget gerne vores konkrete tanker på et møde. Her vil vi skitsere, hvordan transitionen i praksis kan tilrettelægges over en femårs periode, samt anskueliggøre hvordan en bedre opgavefordeling mellem sygehuse og det nære sundhedsvæsen sikrer, at patienten kommer i centrum, og fremmer en kultur med respektfuldt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor.

Vores løsningsmodel bygger på fordomsfrie drøftelser mellem forældre, forskere, regionalpolitikere, og ikke mindst klinisk arbejdende jordemødre.

Roskilde fødeklinik lægger gerne lokaler til mødet.

Med venlig hilsen

Jacqueline Vejstrup, Direktør for Roskilde Fødeklinik

Ole Olsen, Seniorforsker, Forskningsenheden for Almen Praksis, København

Kontakt:

Ole Olsen kan kontaktes på mail: zhr672@sund.ku.dk eller telefon: 429 529 70

Jacqueline kan kontaktes på mail: jacqueline.vejstrup@gmail.com eller telefon: 22411016

På næste side findes en oversigt over personer, som ind til videre har deltaget i de drøftelser, vores løsningsmodel bygger på.

Personer, som ind til videre har deltaget i drøftelserne:

Jordemødre

Maj-Britt Romme, **uddannelsesleder** på jordemoderuddannelsen Københavns Professionshøjskole

Bodil Kirstine Møller, **tidligere uddannelsesleder** på jordemoderuddannelsen i København

Susanne Houd, **tidligere rektor** f Jordemoderskolen i København

Eva Rydahl, **lektor** på jordemoderuddannelsen i København

Marianne Axelsen, **tidligere lektor** på jordemoderuddannelsen i København

Jacqueline Vejlstrup, **direktør for Roskilde Fødeklunik**

Anne Mette Tønning, **Hjemmefødselsordning Sjælland**

Eline Anthis, **hjemmefødselsjordemoder**

Ann-Emilie Augustinus, **privatpraktiserende jordemoder**

Jeanette Øbro, **jordemoder** og forfatter

Karina Isolde Balslev, **jordemoderstuderende**

Andre

Ole Hartling, læge og **tidligere formand for Etisk råd**

Mie Ryborg-Larsen, **forkvinde for Forældre og Fødsel**

Cecilia Virgin, **forkvinde for fonden "En god start i livet"**

Stine Roldgaard, **regionrådsmedlem** i Region Hovedstaden

Siri Jonina Egede, **borger og sundhedssociolog**

Ole Olsen, **seniorforsker** ved Forskningsenheden for Almen Praksis, København

Flere af ovennævnte har også sendt selvstændige kommentarer til Sundhedsstrukturkommissionens postkasse.

Udover ovennævnte har adskillige jordemødre og kvinder i den fødedygtige alder samt en enkelt fødselslæge tilkendegivet interesse i at deltage i vore fortsatte drøftelser.



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Københavns Kommunes hørings svar

25. juni 2024

Københavns Kommune (KK) anerkender Sundhedsstrukturkommissionens grundige arbejde med at skitsere udfordringerne i sundhedsvæsenet og takker for muligheden for at afgive hørings svar.

KK støtter overordnet kommissionens anbefalinger om at gentænke opgaveløsningen og styrke det nære sundhedsvæsen med fokus på sundhed for alle, lige adgang og differentierede indsatser. Vi er enige i kommissionens vurdering af, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet bør gentænkes, men vi er ikke enige i kommissionens forslag til, hvordan fremtidens udfordringer bedst løses. Det er KK's vurdering, at særligt model 1 og 2 medfører en usædvanlig grad af centralisering, som er ufornelig med udviklingen af et nært sundhedsvæsen tæt på borgerne. Model 3 svarer ikke i sig selv på udfordringen med at opskalere det nære sundhedsvæsen, men kommer tættere på en løsning end de to øvrige modeller.

Der er ikke behov for en HS-lignende model med tunge og ineffektive administrative strukturer, som fører til unødvendigt bureaukrati og langsomme beslutningsprocesser – og som følge heraf klager over lange ventetider og manglende patienttilfredshed.

En konsekvens af kommissionens foreslåede modeller vil være, at de almenpraktiske og nære tilbud vil tabe til det specialiserede område, når det kommer til fordeling af midler, ressourcer og medarbejdere. Hvis man som politiker fx skal vælge mellem at prioritere udstyr til kræftbehandling af børn eller træningsfaciliteter til genoptræning af den ældre borger, vil det være den ældre borger, som nedprioriteres.

Der er i stedet behov for en løsning, der reelt tager udgangspunkt i borgernes behov og anerkender kommunernes rolle og ansvar tættest på borgernes hverdagsliv. Kommunerne vil kunne løse endnu flere opgaver, hvis rammerne og ressourcerne er til stede, og incitamenterne er rigtigt afstemt. Kommunerne vil i et forpligtende samarbejde med regionerne og hospitalerne være den motor, der skal trække udviklingen i det nære sundhedsvæsen.

Bedre sammenhæng i det nære sundhedsvæsen

Sammen med almen praksis bør kommunerne udgøre ryggraden i det nære sundhedsvæsen. Borgerne er typisk kun patienter i få dage, mens kommunerne gennem hele livet skaber rammer, indsatser og tilbud, som borgerne bruger og er en del af. Det er velkendt, at indsatser integreret i borgerens dagligdag med støtte fra netværk og pårørende har en afgørende og langvarig effekt, især for borgere med kronisk sygdom eller permanente funktionsnedsættelser.

Det er påfaldende, at borgerrettet forebyggelse er fraværende i både anbefalinger og modeller. En stærk borgerrettet forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats tæt på borgernes hverdagsliv er et vigtigt led i at imødegå de udfordringer, det danske sundhedsvæsen står overfor, og bør være et væsentligt element i fremtidens sundhedsstruktur. Borgerrettede forebyggelsestiltag er omkostningseffektive og realiserer kommissionens centrale hensyn om at reducere social ulighed i sundhed og at udnytte sundhedsvæsenets ressourcer bedst muligt. Herudover er en stærk borgerrettet forebyggelsesindsats afgørende for at mindske sygdomsbyrden i befolkningen og dermed belastningen af det samlede sundhedsvæsen.

Mangel på borgernes direkte indflydelse i model 1 og 2

De store strukturelle ændringer, som model 1 og 2 lægger op til, vil betyde, at det samlede sundhedsvæsen over en lang periode kommer til at bruge mange ressourcer på at flytte hegnspæle fremfor at investere ressourcerne i at skabe bedre sundhedstilbud for borgerne.

Model 2 fjerner en betydelig del af velfærdssamfundet fra direkte demokratisk kontrol ved at lade hele sundheds- og ældreområdet styres af professionelle bestyrelser. Dette er en omfattende ændring, der kan føre til en samfundsmodel, hvor ansvaret for velfærdsområder ikke længere er direkte demokratisk forankret, herunder også de lokale præg på ældreomsorgen. En sådan bureaukratisering af velfærden underminerer dens demokratiske legitimitet og kan potentielt svække støtten til det lokale demokrati og den velfærdsmodel, vi er stolte af i Danmark.

KK ønsker, at sygehuse og sundheds- og ældreområderne ledes af folkevalgte ansvarlige, og at borgerne har direkte indflydelse på, hvem der skal fastlægge rammerne herfor. KK påpeger, at implementeringen af de foreslåede modeller vil medføre massive transaktionsomkostninger, og at kommissionen undervurderer betydningen af samarbejde, relationer, kultur og kendskab til organisatoriske rammer for organisationers succes. Udfordringer, fejl og mangler bliver håndteret og løst over tid, og organisationer lærer konstant af dem. Eksempelvis er kommunale akutfunktioner udviklet og tilpasset i kommunerne gennem særlige samarbejdsrelationer og fokus på lokale problemstillinger. Denne læring og viden vil gå tabt, hvis opgaver overføres til en anden sektor, og det kan også

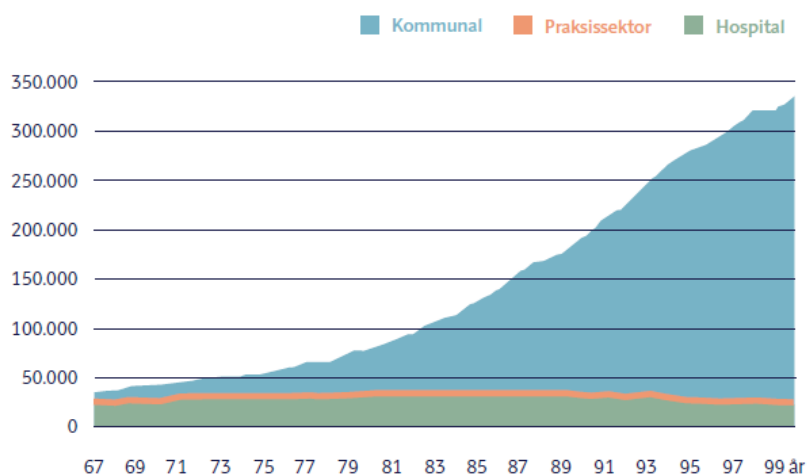
medføre medarbejderflugt, når specialiserede opgaver med faglig tyngde flyttes fra kommunerne til hospitalerne.

Hvis specialiserede funktioner og medarbejdere fjernes fra kommunerne, vil der ikke længere være ressourcer til at opretholde opkvalificeringen af medarbejderne. Dette omfatter eksempelvis sygeplejersker, der besidder ekspertise inden for områder som hygiejne, demens og sårpleje, og som samtidig fungerer som undervisere og vejledere for deres kolleger inden for social- og sundhedsområdet.

Modellerne løser ikke fremtidens udfordringer

En central udfordring for sundhedsområdet i fremtiden er mangel på arbejdskraft, hvilket kommissionen også analyserer. Centralisering, opgaveflytning og afspecialisering i kommunerne løser ikke de massive udfordringer med fastholdelse og rekruttering af personale; tværtimod kan det forværre dem.

Tabel 1. Sundheds- og plejeudgifter pr. borger fordelt på alderstrin og sektor (2021)



Ovenstående tabel viser, at kommunernes sundheds- og plejeudgifter pr. borger er væsentligt højere end i praksis- og hospitalssektoren, samt at udgifterne i kommunerne stiger markant med alderen. Denne udfordring og udgift vil kun blive større i fremtiden med et stigende antal ældre, der lever længere og bliver mere syge – og færre medarbejdere til at løse opgaverne.

Unødvendig centralisering og opgaveflytning fra det nære og borgerne

I stedet for at flytte opgaver væk fra det nære bør en fremtidig sundhedsstruktur fremme gode tværfaglige og tværkommunale samarbejder samt nye incitamentsstrukturer, der sikrer bedre vilkår for opgaveløsning og bedre overgange for borgerne. Model 1 og 2 lægger op til en markant centralisering af langt de fleste eller alle opgaver inden for sundheds- og

ældreområdet til enten regionalt eller statsligt niveau. KK bemærker, at det ikke vil styrke det nære sundhedsvæsen at centralisere opgaver eller struktur, ligesom det heller ikke i sig selv vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet at flytte opgaver. Modellerne afspejler en hospitalslogik og en patientorientering, hvor fokus er på patienter frem for borgere. Konsekvensen vil være en overcentralisering væk fra borgernes hverdag og samtidig en markant reduktion i kommunernes sammenhængskraft og prioriteringsrum på tværs af velfærdsområderne. Den regionale eller statslige hospitalslogik vil medføre, at ressourcer og medarbejdere vil gå til det højt specialiserede område snarere end til en reel styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

Sammenhæng i borgerens forløb i sundhedsvæsenet handler ikke kun om den vertikale sammenhæng mellem hospitaler, almen praksis og kommuner, men lige så meget om den horisontale sammenhæng:

Det handler om at holde borgerne raske og sunde hele livet - det bør være udgangspunktet for fremtidens sundhedsvæsen.

Centralisering af opgaver, som foreslået, kan kun føre til en opsplittning af opgaver, der krydser service- og sundhedsloven fra et kommunalt perspektiv. Dette vil skabe udfordringer, der kan påvirke effektiviteten og kvaliteten af de ydelser, borgerne modtager.

Centralisering som foreslået vil markant forringe denne sammenhæng og medføre flere unødvendige overgange for borgerne. Det vil skabe et sundhedsvæsen, der fokuserer snævert på sygdom og behandling frem for sundhed og borgerens hverdag. Borgerne risikerer at blive fuldtidspatienter i stedet for at leve et så normalt liv som muligt med arbejde, fritidsinteresser og familieliv. Vi skal som sundhedsvæsen tilpasse os borgernes hverdag, så sygdom, om den er kortvarig eller kronisk, fylder så lidt som muligt og i så kort tid som muligt. Borgere skal så vidt muligt undgå at blive patienter - og når de bliver det, skal forløbet afsluttes rettidigt.

KK vurderer, at opgavesamlingen i model 1 og 2 vil forringe sundhedsindsatsen på ældre- og socialområdet og dermed øge den sociale ulighed i sundhed.

Mindre sammenhæng for borgerne

Kommunernes styrke ligger i deres tætte integration i borgernes hverdag og deres evne til at tænke sundhed sammen med andre kommunale områder. Det er afgørende, at borgerne har adgang til nære og helhedsorienterede sundhedstilbud, der er let tilgængelige og meningsfulde i deres hverdag. Dette kræver sammenhæng mellem det nære sundhedsvæsen og ældre-, social- og forebyggelsesområdet samt samarbejde med civilsamfund, pårørende, børne- og ungeområdet samt beskæftigelsesindsatsen.

Kommissionen nøjes med at konstatere, at den mere omfattende opgavesamling, som kan lægges ned over modellerne, vil indebære nye snitflader til socialområdet og deraf afledt uklarhed mellem myndighederne om, hvem der har ansvaret for indsatsen til borgeren, og at dette skal adresseres blandt andet ved snitfladebeskrivelser. KK vurderer, at kommissionen undervurderer de konsekvenser, de omfattende opgavesamlinger vil have for den somatiske sundhedsindsats på socialområdet.

De nære sundhedsopgaver skal løses og udvikles tæt på borgernes hverdag

KK bakker op om en model, hvor de nære sundhedsopgaver fortsat løses og udvikles tæt på borgernes hverdagsliv, i nær sammenhæng med øvrige kommunale kerneopgaver. I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur med overvejelser om 3-5 regioner.

Denne model svarer ikke i sig selv på udfordringen med at opskalere det nære sundhedsvæsen, men kommer tættere på en løsning end de to øvrige modeller. KK vurderer, at der ikke bør være flere end 5 direkte folkevalgte robuste regioner, i fremtidens sundhedsvæsen.

Af de tre opstillede modeller vurderer KK, at revideret model 3 rummer de bedste forudsætninger for et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, som styrker nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng, og hvor der er størst potentiale for at sikre en reel omstilling af fremtidens sundhedsvæsen. Det er især meget positivt, at der foreslås en målretning af den statslige finansiering, hvor det demografiske afledte løft til regionerne fremover skal anvendes til at investere i indsatser i det primære sundhedsvæsen, så mere behandling kan foregå uden for hospitalerne. Sammenholdt med kommissionens anbefalinger om ny organisering af det almenmedicinske tilbud, ny organisering af arbejdet med digitalisering og data samt en national sundhedsplan, rummer en variant af model 3 potentiale for store og positive forandringer af sundhedsvæsenet. Det er dog afgørende, at nye kvalitetskrav i det nære ikke medfører mere dokumentation for kernemedarbejdere og flere kontrolkrav fra statslige myndigheder.

En central værdi i regeringens politiske grundlag er frisættelse af velfærdsområderne, som også er en bærende værdi i den seneste reform af ældreområdet. Det bør også afspejles som en grundsten i fremtidens sundhedsvæsen. Det er helt nødvendigt, at den nye ældrelov bliver tænkt ind i fremtidens sundhedsvæsen, da de to områder er fuldstændigt forbundne og ikke bør opsplittes eller centraliseres. Helhedspleje omfatter alle plejeopgaver omkring borgeren – inklusive sygepleje. Ingen helhedspleje uden sygepleje.

KK har følgende opmærksomhedspunkter i forhold til organisering, incitamenter, tværsektorielle og kommunale samarbejder og opgavesamling:

Det tværsektorielle samarbejde skal styrkes

Samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og region er styrket og udbygget over årene. Der arbejdes kontinuerligt med at finde nye løsninger, hvor region og kommuner laver aftaler, som understøtter en bedre indsats til borgerne.

Der vil fortsat være behov for et tæt, tværsektorielt samarbejde med fokus på at sikre sammenhæng i borgernes forløb mellem sektorerne – og det skal styrkes og være drivende i fremtidens sundhedsvæsen. Det er derfor centralt, at samarbejdet udvikles med udgangspunkt i erfaringerne fra sundhedsklynger, hvilket skal føre til, at samarbejdsstrukturen styrkes og tilføres reel beslutningskraft, incitamentsstrukturer og finansiering.

Det forudsætter både et politisk og et fagligt samarbejde. Samarbejdet skal også medvirke til at forske og udvikle i overgangene for borgerne og til den nødvendige omstilling til det nære sundhedsvæsen med solidt fokus på populationsansvaret. Det tværsektorielle samarbejde skal knyttes op om de akuthospitaler, der betjener kommunernes borgere (For KK gælder det Amager og Hvidovre Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Rigshospitalet). Fx vil det være oplagt, at beslutninger om investeringer fremover drøftes og besluttet i fællesskab mellem sektorerne.

Incitamenterne skal være til stede - og vende rigtigt

KK er meget enig i kommissionens vurdering af, at understøttelsen fra hospitalerne til det primære sundhedsvæsen skal styrkes. Adgang til behandlingsansvarlig læge, når og hvor det er relevant hele døgnet, er væsentlig at få indtænkt i en fremtidig model for forvaltningsstruktur. Det gør sig særligt gældende i forbindelse med hjemmeindlæggelser, borgerforløb i kommunale akutfunktioner og borgerophold på midlertidige døgnpladser. Her bør hospitalerne have en opgave. Det vil bidrage til, at borgerne i højere grad oplever en sammenhæng, samt at det faglige niveau bevares, samtidig med at medarbejderressourcerne anvendes optimalt.

Sundhedsindsatser, der ikke er specialiserede i klinisk forstand, skal varetages tæt på borgerens hjem og hverdag. Kræfter, som i dag bliver brugt unødigt på at sende ældre, skrøbelige borgere ind på hospitalets akutmodtagelse, hvor de ofte har et kort ophold eller måske endda vendes i døren og sendes hjem, skal i stedet anvendes til at behandle de samme borgere i eget hjem, så der undgås unødige indlæggelser.

KK bemærker, at hvis hospitalernes akutmodtagelser stiller lægefaglig ekspertise til rådighed døgnet rundt, vil de kommunale akutfunktioner kunne håndtere en række akutte og subakutte behandlinger i borgernes hjem, som i øjeblikket håndteres på akutmodtagelsen. For eksempel kan intravenøs væskebehandling før hospitalsbehandling, som traditionelt er

en hospitalsopgave, udføres i hjemmet af en kommunal sygeplejerske, forudsat at den behandlingsansvarlige hospitalslæge har godkendt det.

Tværkommunale samarbejder

Model 3 lægger op til, at en række opgaver på sundheds- og ældreområdet enten skal flyttes væk fra kommunerne eller løses i tværkommunale samarbejder. Konkret nævnes den kommunale sygepleje, genoptræning, midlertidige pladser og akutpladser, patientrettet forebyggelse samt hjælpemidler.

KK hæfter sig ved, at kommissionen vurderer, at potentialerne ved en opgavesamling også kan opnås gennem mere forpligtende krav om tværkommunale samarbejder for funktioner, som kræver et vist patientgrundlag. KK ser meget positivt på forslaget om at indføre krav om tværkommunale samarbejder, hvilket i højere grad kan sikre faglig bæredygtighed og sammenhæng, fremfor at flytte sundheds- og ældreopgaverne væk fra det nære og det kommunale område. Der sker en udpræget grad af læring og koordination på tværs af kommunerne, hvor kommunerne allerede i dag sikrer et robust primært sundhedsvæsen. Det sker, hvor det er meningsfuldt i den lokale kontekst, og hvor det løfter den faglige kvalitet i indsatsen til borgerne.

De store kommuner kan påtage sig et større ansvar for at understøtte andre kommuner, hvor det giver mening. Det kan både være inden for fx kompetenceudvikling, forskning og velfærdsteknologi, men også genoptræning, patientrettet forebyggelse og indsatser for borgere med kroniske sygdomme, demens, akutfunktionerne mv. Det vil være til gavn for borgerne, hvis gode nære kommunale løsninger og tilbud kan udbredes i højere grad.

Opmærksomhedspunkter i forhold til eventuel opgaveflytning

Kommunal sygepleje og akutteams

KK finder en model, som flytter den kommunale sygepleje væk fra ældreplejen og indsatserne på det sociale område, meget problematisk. Det er afgørende at bevare hele den kommunale sygepleje og hjemmepleje i kommunerne, så tæt på borgeren som muligt – netop fordi målgruppen for indsatsen primært er den ældre medicinske patient, som har gavn af at blive behandlet i hjemmet, når det er fagligt muligt.

Genoptræning

KK er enig i kommissionens vurdering af, at en selvstændig flytning af opgaven med genoptræning uden tilknytning til indlæggelse vil skabe unødige snitflader til de kommunale indsatser vedrørende personlig pleje og praktisk hjælp og til det øvrige træningsområde. Det er helt afgørende, at kommunerne fortsat har ansvaret for genoptræning, for hvis myndighedsansvaret flyttes til sygehus- og praksissektoren, vil der være en reel risiko for, at borgerne ikke i tilstrækkeligt omfang vil modtage den nødvendige genoptræning. Hvis genoptræningsopgaven alene påhviler

hospitalet, så vil flere borgere falde mellem to stole. KK kan derfor ikke anbefale at overføre myndighedsansvaret til sygehus- og praksissektoren.

KK oplever ikke i dag, at det regionale myndighedsansvar for genoptræning under indlæggelse sikrer, at opgaven bliver løst. Tværtimod ser vi i KK, at den ældre borger, der indlægges på hospital, udsættes for et stort funktionstab knyttet til inaktivitet og manglende træning under indlæggelsen. Der er en grundlæggende udfordring med:

- At sygehusene ofte ikke fremsender genoptræningsplaner med borgerne, når de udskrives til kommunerne.
- At genoptræningsplanerne er utilstrækkelige.
- At for mange borgere, der bør få en genoptræningsplan, ikke gør det.

Det forsinker det videre behandlingsforløb og skaber utryghed blandt medarbejdere, borgere og deres pårørende. Der skal findes klare incitamentsstrukturer, der sikrer, at regionerne prioriterer, at borgerne allerede under indlæggelse modtager nødvendig træning og undgår funktionstab. Det er også væsentligt, at samarbejdet om ordentlig opgaveoverdragelse region og kommune imellem styrkes – planlagt opgaveoverdragelse i stedet for ufinansieret og uplanlagt opgaveglidning, der ikke rummer borgernes behov og presser kernemedarbejderne unødigt.

I forhold til genoptræningsopgaven efter sygehusindlæggelse bemærker KK, at over halvdelen af genoptræningsplanerne i København tildeles borgere under 65 år. Ved at flytte opgaven til sygehus- og praksissektoren vil der derfor opstå en lang række snitfladeudfordringer knyttet til beskæftigelsesområdet, børne- og ungeområdet, socialområdet samt den borgerrettede forebyggelse – specielt for borgere med erhvervet hjerne-skade. Det er derfor KKs samlede vurdering, at der er potentiale for bedre sammenhæng og omstilling ved at bevare myndighedsansvaret i kommunerne.

Midlertidige pladser

De midlertidige pladser bør fortsat være placeret kommunalt. De midlertidige pladser er i dag en integreret del af ældreplejen og tjener mange formål, fx når borgeren venter på en plejehjemsplads, har brug for intensiv genoptræning eller er blevet udskrevet fra sygehus.

De midlertidige pladser bidrager til at skabe sammenhæng for borgerne i deres forløb – både for de borgere, der i overgangen fra hospital til eget hjem har behov for en midlertidig indsats, der ikke kan varetages i eget hjem, men også for de borgere, der kommer hjemmefra, og hvor det midlertidige ophold kan være med til at forebygge en hospitalsindlæggelse.

KK bakker op om kommissionens vurdering af behovet for et lægesamarbejde på de midlertidige døgnophold. Det er imidlertid KKs vurdering,

at de almenmedicinske tilbud ikke er de rette til at varetage behandlingsansvaret for borgerne på de kommunale midlertidige ophold grundet borgernes kompleksitet.

Her kunne det i stedet løses ved et lægesamarbejde med en geriatrisk eller medicinsk hospitalsafdeling. KK har gode erfaringer fra samarbejdet med Bispebjerg og Frederiksberg Hospital om lægeligt behandlingsansvar på kommunens akutpladser (APE) – en ordning, som har reduceret antallet af indlæggelser med 25 %.

Patientrettet forebyggelse

KK har vist, at kommunale rehabiliteringsforløb skaber resultater for borgerne. KK anbefaler, at den patientrettede forebyggelse fortsat løftes i kommunerne i tæt sammenhæng med de øvrige kommunale områder. Borgere med kronisk sygdom har ikke brug for at blive fastholdt i en patientrolle, men for at blive støttet i at leve gode liv med kronisk sygdom i egen hverdag og hjem. En kommunal rehabiliterende indsats har både blik for den fysiske og mentale sundhed og fokus på at støtte borgeren til et godt hverdagsliv i det lokale nærmiljø og til at håndtere de udfordringer, der ofte følger med kronisk sygdom fx i forhold til arbejde, familieliv og fritidsaktiviteter.

Hjælpemidler

Generelt bør hjælpemidler visiteres af de sagsbehandlere, som er tæt på borgerne og kender borgernes hverdag og nærmiljø. Det betyder også, at hjælpeområdene generelt er bedst placeret i kommunerne – som det også er i dag.

Det er de kommunale medarbejdere, der for eksempel er med til at indrette borgerens hjem, så de passer til hjælpeområdet, kender borgerens fysiske nærmiljø, som hjælpeområdet skal passe til, og de hjælpemidler, der også fungerer som arbejdsredskab for det sundhedspersonale, der kommer i hjemmet.

Til gengæld kan man flytte ansvaret for udleveringen af de kropsbårne hjælpemidler til regionerne. For netop med de kropsbårne hjælpemidler er det regionerne, der med de lægefaglige vurderinger i dette tilfælde er tættest på borgeren. Her er der ingen grund til, at kommunerne skal indover bevillingerne og alene agere ekspeditionskontor mellem en læge og en privat leverandør. Det skaber blot ekstra bureaukrati.

Tværgående anbefalinger

KK bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modelafhængige anbefalinger. En stærk national rammesætning på en række områder vil bidrage til udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen.

KK vurderer, at en ambitiøs kommende national sundhedsplan bør stille krav om, at sundhedsområdet ikke isoleres, men fortsat og i endnu højere

grad tænkes systematisk ind i andre områder som beskæftigelse, børne- og ungeområdet, socialområdet, fritid, klima og miljø, byudvikling m.v. Et eksempel kan være det eksisterende arbejde i flere kommuner og regioner med luftforureningen og de helbredsmæssige effekter heraf, der går på tværs af flere ressortområder, sektorer og berører mange mennesker. KK har følgende bemærkninger til fire af kommissionens seks tværgående anbefalinger:

Anbefaling 1 - Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

KK finder det positivt, at der med anbefalingerne og de dertilhørende forslag lægges op til et styrket almenmedicinsk tilbud med en forpligtende national opgavebeskrivelse, hvor almen praksis ses som et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen. Der bør skabes de bedste forudsætninger for et tættere samarbejde med kommunerne, som i dag er almen praksis' primære samarbejdspartner i det nære sundhedsvæsen. Almen praksis' vigtigste rolle i fremtidens sundhedsvæsen er at varetage tovholderfunktionen og være lægeligt ansvarlig for at sikre borgernes sundhed i det nære sundhedsvæsen.

KK opfordrer derfor til, at der i en fremtidig sundhedsstruktur tages højde for borgernes samlede sundhedsbehov og sociale behov, og at løsningen af de nære sundhedsopgaver forbliver tæt på borgernes hverdagsliv. Kommunerne bør som resultat inddrages i den nye aftalemodel for alment praktiserende læger.

KK er bekymret for, at en statslig administration og regulering af almen praksis på sigt vil føre til ringere lægedækning for borgere i de mest socialt udsatte områder. Landets største kommuner er også udfordret af mangel på læger i visse områder og har samtidig en sammensat befolkningsgruppe, der også består af en stor andel af sårbare, multisyge, udsatte borgere og borgere med tilknytning til psykiatrien og tungere psykiatriske problemstillinger, som kræver særlige ressourcer og mere målrettede indsatser. Dette vil fx være af stor betydning for bydelen Nørrebro. Hvis Nørrebro var sin egen kommune, ville den være en af Danmarks fattigste. Der må derfor ved fordelingen af læger og i den differentierede honorarstruktur tages højde for, at der i storbyerne også kan findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer.

Anbefaling 2 - Ny organisering af digitalisering og data

Der er brug for tiltag, der øger hastigheden og effekten af fællesoffentlig udvikling og implementering. Det bemærkes, at hovedparten af forslagene til ny organisering af digitalisering og data peger i den rigtige retning, men at der også er en række risikofyldte elementer i forslagene, der skal tages højde for.

Det er KKs vurdering, at en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data bør tage udgangspunkt i borgernes behov og særligt fokusere på borgernes oplevelse af sammenhæng i sundhedsydelse og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. En strategi bør også adressere,

hvordan der skabes ensartethed i udstilling af data til borgerne og data-deling mellem professionelle. Samtidig må det sikres, at beslutninger med betydning for kommunernes datapraksis skal være bæredygtige og føre til kvalitet i opgavevaretagelsen. Vi har ikke råd til at bruge sundhedsfaglige medarbejders tid på mere dokumentation end det, der er nødvendigt for kerneopgaven. Det er derfor væsentligt at tænke praksisnær viden med ind i beslutningerne og inddrage fx frontløberkommuner i arbejdet.

KK ser positive takter i forslaget om etablering af en fælles service- og leveranceorganisation, men det virker i den nuværende form, som om der er en ikke ubetydelig risiko for at miste meget af den viden og de løsninger, der er opbygget tæt på borgerne i det nære sundhedsvæsen. Det er god praksis, at ansvaret for forretningskritiske it-systemer placeres tæt på forretningen og den praktiske opgavehåndtering, som it-systemerne skal understøtte og tilpasses, så faglige opgaver løses mest effektivt. Dette princip bør fastholdes fx for EOJ og EPJ-systemer. Det er væsentligt at tænke praksisnær viden med ind i beslutningerne og inddrage fx frontløberkommuner i arbejdet. Københavns Kommune stiller sig gerne til rådighed og byder ind med sine erfaringer med at arbejde på vegne af andre kommuner og tage ansvar for eksekvering.

KK bakker op om, at man samler en række navngivne fællesoffentlige løsninger og infrastrukturer organisatorisk under én ledelse. Der bør imidlertid være en opmærksomhed på, at en samling af den digitale understøttelse af hele det nære sundhedsvæsen vil indebære en kompleksitet, der ikke er set før i andre it-organisationer. Erfaringerne fx fra skatteområdet med opbygning af store og komplekse it-organisationer er blandede, og der bør indgå en opmærksomhed på dette i videre arbejde med anbefalingen.

Endelig er det et opmærksomhedspunkt i arbejdet med digitale ydelser og løsninger, at der skal findes løsninger for de borgere, der af forskellige årsager ikke kan gøre brug af digitaliserede sundhedsydelser på egen hånd, og for de borgere, som ikke har MitID, jf. også forslaget om digitale løsninger i psykiatrien under anbefaling 4.

Anbefaling 3 - Tilpasset fordeling af ressourcer og national sundhedsplan

KK er positivt indstillet overfor anbefalingen om en national sundhedsplan og anerkender behovet for, at ressourcefordelingen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal afspejle befolkningens behov for lige adgang til nære sundhedsydelser. Ligeså er det positivt, at det fremhæves, at det sekundære sundhedsvæsen i højere grad bør understøtte det nære sundhedsvæsen.

KK bakker op om at fortsætte udviklingen af bindende nationale kvalitetsstandarder, for så vidt der følger finansiering og medarbejderressourcer med til opgaverne. Derudover vil det være en stor fordel, hvis

kvalitetsstandarderne fremadrettet kan være med til at stille krav til alle sektorer, så de i højere grad bruges som løftestang til et tættere tværsektorielt samarbejde om borgerne i det primære sundhedsvæsen. Det vil højne kvaliteten for borgerne, hvis der tages et fælles ansvar for forløbet og sikres sammenhæng på tværs.

Det er positivt, at kommissionen har forskning med som et forslag under anbefaling 3, men fokus på forskning bør styrkes yderligere og udbygges som en selvstændig tværgående anbefaling, hvor kommunerne har en forskningsforpligtelse under ét. Det bør suppleres med indsatser vedrørende velfærdsteknologi og innovation, kompetenceudvikling, partnerskaber med civilsamfundet, samarbejde med erhvervslivet og borgerrettet forebyggelse. KK anser det for centralt, at der i højere grad fokuseres på forskning i kommunale sundhedsindsatser, og at der etableres et tættere og mere formaliseret samarbejde mellem kommuner og forskningsmiljøer. KK anser samtidig forskning i det nære som et forskningsfelt, der skal ses i sin egen ret, og et område, der kræver modning.

Det er her helt afgørende, at der medfølger økonomi til at kunne opbygge stærke interdisciplinære forskningsmiljøer, der favner fx sundhedstjenesteforskning, klinisk forskning, forskning i teknologi og mere praksisnær forskning. Ved at opbygge egentlige forskningsmiljøer vil forskning i det nære blive et endnu mere engagerende og attraktivt forskningsfelt. Det er essentielt, at man fra kommunalt hold får en central rolle i udviklingen og styring af de formaliserede samarbejder og/eller forskningscentre. Det er afgørende, at kommunerne er med til at definere relevante forskningstemaer, der adresserer aktuelle udfordringer og vidensbehov, som kan løfte kvaliteten af løsningen af de kommunale sundhedsopgaver.

Det er afgørende, at kommunerne får reelle muligheder for at anvende kunstig intelligens til at forbedre opgaveløsningen og aflaste kernepersonalet. For eksempel er kommunerne i dag forhindret i at bruge oplagte digitale løsninger til at identificere den optimale form for genoptræning til patienter. Dette skyldes ofte lovgivningsmæssige restriktioner, manglende regulering af dataanvendelse og begrænsede ressourcer til implementering af avancerede teknologiske systemer. Disse hindringer medfører et unødvendigt spild af både borgernes og sundhedsvæsenets ressourcer, da potentialet for effektivisering og forbedret patientbehandling ikke udnyttes fuldt ud.

Anbefaling 4 - Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

KK anerkender, at kommissionen har fokus på sammenhæng og kvalitet i indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder også med henvisning til Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg fra 2022 til 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed og den efterfølgende politiske aftale om en tiårsplan for psykiatrien.

KK bemærker, at den socialpsykiatriske indsats igennem årene har været massivt underprioriteret fra nationalt hold. Nationale psykiatriaftaler har

primært haft fokus på den regionale psykiatri, og midler til kommunerne har været præget af kortvarige projektbaserede midler, og ikke til et løft af driften og kvaliteten af indsatsen. Samtidig har opgaven i socialpsykiatrien ændret sig, bl.a. på grund af tidligere udskrivning fra indlæggelse og højere tærskel for, hvornår borgerne bliver indlagt.

Den vigtige, forebyggende indsats på det socialpsykiatriske område er desuden prioriteret langt højere kommunalt, end der fra nationalt politisk hold er lagt op til. Fx er hjemlen til de forebyggende indsatser i service-lovens § 82 a-c såkaldte kan-bestemmelser, dvs. ikke noget kommunerne er forpligtet til og finansieringen er dermed ikke fulgt med. Hvis det ønskes at styrke den forebyggende indsats på tværs af sektorer, bør dette i høj grad indgå.

KK bakker op om ambitionerne om mere integration mellem det psykiatriske og somatiske område, men afholder sig fra at vurdere konsekvenserne ved den foreslåede organisatoriske integration i regionerne.

KK bakker op om anbefalingen om fasttilknyttede læger på botilbud. KK har dertil meget gode erfaringer med de udgående regionale botilbudsteams, som i høj grad understøtter den tværsektorielle sammenhæng for borgerne på de botilbud, de er tilknyttet. Aftalerne om 72 timers behandlingsansvar, som hovedstadsregionen indførte i 2022, er bare et ud af mange eksempler på et sådant samarbejde. KK bemærker i den forbindelse, at det ikke alene er relevant for botilbud i socialpsykiatrien, men at der er et stort potentiale for at løfte ligheden i sundhed ved fast tilknytning af almen praksis til botilbud generelt, herunder på handicapområdet, på herberger og på døgnophold på børne- og ungehjem efter Barnets Lov.

Derimod er forslaget om, at en kommunal sygeplejerske skal være tovholder for behandlingsindsatsen på tværs af almenmedicinsk tilbud, hospital og kommune, ikke en model, der fungerer lige godt alle steder, og i hvert fald ikke en, der er udgiftsneutral for kommunen.

KK bemærker til forslaget om nationale kvalitetsstandarder for sundhedsindsatsen på socialpsykiatriske botilbud, at de bør udarbejdes med fokus på, hvordan den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats på botilbud integreres bedst muligt og med øje for den forskellighed, der er botilbud imellem i forhold til målgrupper, medarbejdersammensætning mv. Derudover bør kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats på botilbud ikke kun gælde socialpsykiatrien, men også botilbud på handicap- og udsatområdet. KK bemærker desuden, at det næppe vil være udgiftsneutralt.

Anbefaling 5-6

KK har ingen bemærkninger til disse.

Københavns Ældreråd og medarbejderne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen høringsvar er vedlagt som bilag.



SUF MED KONTAKTUDVALG'S HØRINGSSVAR SUNDHEDSSTRUKTUR KOMMISSIONEN

Tak for muligheden for at kunne bidrage med et høringssvar. Hermed fremsendes høringssvar fra medarbejdersidens Kontaktudvalg i SUF-MED i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune.

Helt overordnet savnes der en større sammenhæng til Ældrereformen. Det kunne have været ønskeligt med modeller, der havde borgeren i centrum mere end Bermudatrekantens spidser (Stat, Region, Kommune).

FORVALTNINGSMODELLER

Model 1 og 2

Hvis 'hvordan organiseres et nært, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen' var spørgsmålet, er det svært at se, at centralisering er svaret.

Der efterlyses en større sammenhæng mellem Ældrereformens hensigt om borgeren i centrum og tværfaglighed i opgaveløsningen. Med strukturerne i modellerne, ses mere en bevægelse henimod opdeling og adskillelse af sundhedsopgaverne – langt væk fra det nære. Vi kan have en bekymring for, at strukturen vil have et diagnostisk grundlag, som ligger langt fra den tværfaglige opgaveløsning med fokus på borgeren og borgerens levede liv, som er grundlaget for det nære sundhedsvæsen i kommunerne.

Med modellerne ses ligeledes behovet for et bekymrende stort ressourceforbrug for at kunne implementere omlægningen med risiko for mistro, medarbejderflugt- og kompetencetab. Med øget centralisering opstår øget bureaukratisering og det imens kommunerne er underlagt administrative besparelser.

Der ønskes en model med mulighed for at medarbejdere og ledere bruger tiden på sundhedsopgaverne omkring borgerne og ikke en centralisering langt væk fra borgere og medarbejdere.

Model 3

Vi ser gerne en udvikling af model 3, så der opnormeres til de specialiserede områder og der prioriteres flere læger - tæt på og sammen med det nære sundhedsvæsen. Kommunerne kan arbejde sammen på tværs således, at de større kommuner kan understøtte de mindre kommuner for at sikre dækning og høj kvalitet indenfor de specialiserede områder.

Styrkelse af sundhedsopgaverne i det nære bør indebære en styrkelse af kommunernes kompetencer indenfor forebyggelse 'fra vugge til grav'. En opgave som kommunerne er specialister i, da borgernes (ikke patientens) levede hverdagsliv er påvirkeligt i alt fra byrum, foreningsliv, institutioner, uddannelser og med sammenhængen til frivillighedsområdet. Der er brug for at styrke de lokale sundhedstilbud tæt på borgerne – tæt på borgerne.

Det ses positivt på en videreudvikling af model 3 også set i lyset af en mere realistisk mulighed for omlægning af sundhedsområdet.

ANBEFALINGER

1. Almen medicinske område

Vi ser positivt på anbefalingen af betydelig kapacitetsudvidelse af det almene medicinske område. Praktiserende læger i områder med mange kroniske sygdomme, multisyge borgere er en nødvendighed for at kunne skabe en lighed i sundhedstilbud og tilgængelighed.

Vi ser frem til at beskrivelse af, hvordan området i praksis kan understøttes bedre, herunder hvordan videns-flowet mellem sektorer kan øges. Den praktiserende læger har brug for den rette viden fra alle aktører og dem, kan der være mange af for de multisyge patienter.

2. Data og Digitalisering

Vi ser positivt på, at data skal understøtte et bedre borgerforløb. Vi er opmærksomme på, at centralisering af data og EOJ/EPJ kalder på et omfattende samarbejde med kommunerne for at kunne understøtte opgaverne i det nære sundhedsvæsen. Der er ligeledes opmærksomhed på at dokumentation skal give værdi for borgere og medarbejdere.

3. Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Når begrebet kvalitet indgår i sundhedstilbud, kræver det øgede ressourcer for at kommunerne kan sikre kvalitet i sundhedstilbuddene - hele døgnet og alle årets dage.

Ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene skal tilpasses. Det indebærer en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen, som ledsages af en tilsvarende reduceret vækst for sygehusene. Sygehusene skal samtidig have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.

4. Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Vi ser positivt på en anerkendelse af at ligestille de psykiske og fysiske lidelser.

Vi ser gerne en styrkelse af borgers hele liv, så mennesker med psykiske lidelser modtager en specialiseret helhedspleje.

5. Private aktører og rettigheder

Ingen bemærkninger.

6. Nedsætning af sekretariat

Set i lyset af de administrative besparelser i kommunerne, er der en bekymring for om centraliseret monitorering resulterer i en øget dokumentation. Omvendt anerkendes behovet for at sikre, at indsatsen rent faktisk implementeres og giver de ønskede effekter. Forudsætningen for dette er et kendskab til de lokale forhold - tæt på og ikke længere væk.

På Vegne af kontaktudvalget SUF MED

Næstforperson Susan McAlden

Københavns Ældreråd takker for muligheden for at bidrage med et høringssvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Det er for os et komplekst og omfattende arbejde at sætte sig ind i på ganske kort tid. Der er mange svære overvejelser for os (som ældre borgeres stemme i den kommunale sammenhæng), og alle tre modeller indeholder dele, som vi både er enige i og uenige i. Vi er derfor ikke i stand til, på baggrund af vores fælles drøftelser i dag, at give en konkret melding i forhold til én af de foreslåede forvaltningsmodeller. I forhold til Sundhedsstrukturkommissionens seks anbefalinger, kan vi støtte op om samtlige af disse.

Vi vil nedenfor gengive vores overvejelser, som alle har det udgangspunkt, at fremtidige ændringer på sundhedsområdet skal sikre sammenhæng og høj kvalitet i de sundhedsydelse m.v., som ældre borgere modtager.

Demografiudviklingen på ældreområdet

I Københavns Kommune bliver vi flere ældre, og den demografiske udvikling viser, at der forventes 54 procent flere københavnere på 80 år eller derover frem mod 2030. Vi mener, at det stigende antal ældre, og ikke mindst ældre med flere (kroniske) sygdomme, fordrer en sammenhængende og helhedsunderstøttende behandling m.v., der finder sted tæt på borgeren (i samspil med borgeren), og med borgeren som naturligt omdrejningspunkt for de sundhedsydelse m.v., som sættes i værk.

Jo flere ældre borgere, der bliver, des flere tværgående forløb er der behov for, og det kræver et solidt samarbejde mellem kommune, hospital og praksissektor. Det er vores erfaring, at det særligt er overgangene, der er præget af problemer, som går ud over borgerne.

Plejehjem - hjemmepleje

Vi mener, at plejehjemmene skal forblive i en kommunal sammenhæng. I forhold til hjemmeplejen kan vi frygte, hvad der sker med nærheden.

Sammenhæng sygepleje og ældrepleje

Det er vigtigt for os, at der er en sammenhæng mellem sygepleje og ældrepleje. Det er vanskeligt for os at se sundhedsområdet uafhængigt af ældreområdet – sygepleje og hjemmepleje kan ikke isoleres fra hinanden.

De statslige kvalitetsstandarder

De statslige kvalitetsstandarder er vigtige, og en måde, hvorpå man kan ensarte forholdene mellem kommune og region. Det skal dog være sådan, at kommunerne skal have mulighed for at have bedre og højere standarder (og Københavns Kommune derved kan gøre det bedre).

Sammenhæng ældrereform og Sundhedsstrukturkommission

Det er vanskeligt ikke også at tale ældrereform, når vi taler om Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Københavns Ældreråd

Borups Allé 41
2200 København N

aeldreraadet@suf.kk.dk

+ 45 20 49 18 68

www.aeldreraadet.kk.dk

Vi hæfter os her ved følgende fra ældrereformen "*Med ældreformen ønsker aftalepartierne, at hjælpen leveres med udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov, at ældre har indflydelse på den hjælp, de modtager, at medarbejdere og ledere mødes med tillid til deres faglighed og kompetencer, og at lokale fællesskaber, civilsamfund og pårørende inddrages mere og bedre. Det er det værdisæt, der kendetegner alle initiativer i reformen.*"

Når ældrereformen taler om den bærende værdi "helhedspleje", så er der reelt kun tale om helhed i plejen, når alle plejeopgaver i den ældre borgers hjem, er med.

Ældrerådet står naturligvis til rådighed for en uddybning af høringssvaret, og vi vil nøje følge det forestående arbejde med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Med venlig hilsen

Kirsten Nissen
Formand, Ældrerådet

Pia Weise Pedersen
Næstformand

Hørings svar

Dato: 28. juni 2024

Hørings svar ift. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I Billund Kommune har vi med interesse læst anbefalinger og forslag til forvaltningsmodeller til en ny organisering af det danske sundhedsvæsen.

Vi er grundlæggende enige i det udfordringsbillede, der tegnes i rapporten. Flere ældre med trænings- og plejebenhov, flere borgere med kronisk sygdom og flere, der har det svært psykisk, sætter sundhedsvæsenet under pres. Yderligere har vi en geografisk og social ulighed – og over tid er der skabt en ubalance mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen. Det kalder på nye løsninger for fremtidens sundhedsvæsen.

Vi ser, at løsningerne i høj grad vil kunne findes i en styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Derfor hilser vi særligt anbefalingerne om udbygning af kapacitet og kompetencer i almen praksis – og en tilpasset fordeling af ressourcefordeling mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene velkommen. Vi tror på, at det er samspillet mellem den lokale praktiserende læge og kommunen, der er afgørende i fremtidens sundhedsvæsen.

Vi læser med bekymring de nye forslag til fremadrettet organisering af det danske sundhedsvæsen; særligt model 1 og 2.

For det første er vi optaget af, hvilket overordnet blik vi kigger med. I Billund Kommune ser vi gerne, at vi husker; ”menneske først – og så patient”. For den enkelte borger er hverdagslivet så meget mere end at være patient. Nok kan vi se, at mange borgere over 80 år, kan have kontakt til både sygehus, den praktiserende læge og kommune – måske en enkelt gang i løbet af et år. Men borgerne er måske også bedsteforældre, tager del i foreningslivet, får en snak med naboen – og holder af hverdagen. For den enkelte borger er livet mere end behandlingskæder og at blive holdt i live – det skal vi huske, når vi ”strømliner” og omorganiserer.

For det andet er ”struktur” ikke løsningen på alt. Store omorganiseringer og nye opgavesamlinger kræver kræfter og har store omstillings- og implementeringsomkostninger. Samtidig vil der særligt i de to første modeller blive skabt meget store organisationer med komplekse og differentierede opgaver med indbyggede styringsudfordringer og risiko for silotænkning og suboptimering. Omorganiseringer i den størrelsesorden, hvor der flyttes kommunale opgaver for op imod 70 mia. kr. er risikofyldte – og der er ingen garanti for et bedre sundhedsvæsen. Og også

store organisationer skal prioritere. Her kan vi være bekymrede for, at det nære sundhedsvæsen nok en gang vil tabe i kampen om ressourcer ift. de specialiserede sygehuse – også selvom de bliver en del af samme store komplekse organisation.

For det tredje er det vanskeligt at forstå, at en styrkelse af det nære lokale sundhedsvæsen skal ske gennem en kraftig centralisering. Det rimer ikke rigtigt. Vi forudser i stedet, at en centralisering vil betyde sammenlægninger og lukninger af lokale tilbud i yderområderne – med det resultat, at der kommer endnu større afstand til tilbud – hvilket trækker i den forkerte retning ift. at mindske den geografiske og sociale ulighed.

Og endelig for det fjerde – vi tror på, at løsningerne på fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet bedst findes i det nære – tæt på det levede liv i vores kommune. Hvor naboen, viceværten i boligforeningen og også civilsamfundets organisationer i lokalområdet giver en hånd med – og sikrer at vi kan løfte velfærdsopgaven også i fremtiden.

Vi ser vores borgere komme hjem fra sygehuset med en genoptræningsplan i hånden, som vores træningsenhed går i gang med – til borgernes store tilfredshed. For de ældre borgere bygges der efter genoptræningen bro til hverdagsrehabilitering i hjemmet, hvor hjemmeplejen understøtter de opnåede fremskridt – og for den yngre erhvervsaktive borger er der tæt samspil med Jobcentret undervejs i forløbet, som sikrer at borgeren hurtigt er retur i job.

Vi ser accelererende forløb på sygehusene, hvor særligt vores ældre borgere kommer svækkede hjem, og hvor vores lokale midlertidige pladser tager hånd om borgerne, samtidig med at familie og netværk er tæt på - og deres hyppige besøg er en del processen med at komme sig. Vi ser gode overgange fra vores midlertidige pladser til eget hjem, hvor hjemmeplejen kigger forbi, så der er aftaler og kendskab, før livet igen fortsætter i de vante rammer.

Og vi ser samspillet mellem sygepleje og resten af ældreplejen som fundamentet for vores faste samstyrende teams i hjemmeplejen, som vi i disse år etablerer i hele kommunen. Den tværfaglige indsats er afgørende for, at opgaverne løses bedst for borgerne. I Billund Kommune har vi som lille kommune ikke valgt at have et akutsygeplejeteam – i stedet har alle vores sygeplejersker en akutuddannelse og varetager opgaven som en integreret del af deres arbejde. Det giver nærhed og et tæt samspil med de øvrige sundhedsfaglige medarbejdere i hjemmeplejen, der er omkring borgerne i hverdagen – og er afgørende for at lykkes med forebyggelse af indlæggelser og tidlig opsporing.

I Billund Kommune anbefaler vi derfor, at Sundhedsstrukturkommissionens organisatoriske modeller lægges til side – og der i stedet med afsæt i kommissionens 6 tværgående og modeluafhængige anbefalinger sker en prioritering og ressourcemæssig styrkelse af det nære sundhedsvæsen i en ny model, hvor den kommunale lokale indsats og samspillet med almen praksis er det bærende – til gavn for kommunens borgere.

Med venlig hilsen

Gert Hansen
Formand for Ældrerådet

Ann Charlotte Gaardsvig Vilstrup
Formand for Voksenudvalget

Stephanie Storbank
Borgmester

København, den 6. august 2024

Høringssvar – Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indledningsvis skal der kvitteres for det imponerende stykke arbejde, som Sundhedsstrukturkommissionen har leveret i form af hovedrapport, baggrundsrapport og bilagsrapport.

BL forholder sig ikke til forslagene omkring den fremtidige struktur for sundhedsvæsenet, men bakker op om de tværgående anbefalinger, der gælder uanset hvilken struktur, der politisk måtte vælges.

Særligt har vi fokus på den betydelige skævhed i sundhed, hvor nogle befolkningsgrupper har store sundhedsudfordringer. Her er en tydelig sammenhæng til den sociale profil, og eftersom den almene boligsektor samfundsmæssigt løser betydelige sociale opgaver, er sundhedsudfordringerne i de almene boligområder også langt større.

Det er i den almene boligsektor tydeligt, at der er behov for langt større nærhed i sundhed, så sundhedsydelserne kommer tættere på de borgere, som har de største helbredsmæssige udfordringer. Dette fremgår også af anbefalinger fra Sundhedsstrukturkommissionen.

I den almene boligsektor er der allerede gode erfaringer med lokale sundhedshuse, og det er oplagt at bygge videre på disse positive erfaringer med større nærhed i sundhed.

Derfor anbefaler BL sammen med KL¹, at der i en kommende boligaftale om renoveringer i den almene boligsektor støttet af Landsbyggefonden indgår sundhedsrenoveringer, dvs. opførelse af sundhedshuse i forbindelse med fælleshuse, renovering til bofællesskaber m.v.

I forbindelse med alle renoveringer i den almene boligsektor bør der stilles spørgsmålet, om der er behov for sundhedsfaciliteter på samme måde, som der også konsekvent tænkes i klimamæssig bæredygtighed.

De mere end 7.500 almene boligområder er fordelt i hele landet, også i de tyndtbefolkede områder med langt til sygehuset, og her vil sundhedsfaciliteter være til store gavn for lokalområdet uanset, om man bor alment eller i andre typer af boliger.

Dermed er der et stort potentiale for skalering af nære sundhedsfaciliteter. Der bor næsten en million mennesker i de almene boligområder, men sundhedsfaciliteterne vil som nævnt være tilgængelige for alle i lokalområdet.

Behovet for nære sundhedsfaciliteter er stigende i takt med, at den danske befolkning ældes, som det også dokumenteres i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Dermed vil den såkaldte sygdomsbyrde også stige, og det vil ske først udenfor de større byer med en relativt stor ældre befolkning.

¹ KL og BL har sammen i april 2024 lanceret udspillet: "Boligpolitik skal styrke det borgernære sundhedsvæsen".

Derfor er det afgørende, at sundhedsfaciliteter og boligernes ældreegnethed tænkes sammen, når renoveringerne fastlægges i en kommende boligpakke. Et fokusområde skal være omdannelse af eksisterende boliger til bofællesskaber, så enlige og ensomme med en lav indkomst også får mulighed for at bo i et velfungerende bofællesskab i det lokalområde, som de allerede kender.

Endelig sætter Strukturkommissionen fokus på de stigende udfordringer med psykisk sygdom, som især er mærkbare i de almene boligområder, hvor der generelt huses en større andel af borgere med psykiske udfordringer. I dagligdagen kan det være en stor udfordring for naboskabet og livet i boligområdet, selv om der gøres en stor indsats fra både ejendomsfunktionærer, boligsociale medarbejdere, naboer, frivillige mv.

Derfor bakker BL op om den styrkelse af psykiatrien, som anbefales af Sundhedsstrukturkommissionen, og her kan de nære indsatser med stor fordel styrkes, så der tidligere kan ydes en hjælpende indsats.

Et element kan være et styrket samarbejde mellem psykiatrien og boligorganisationerne samt en styrkelse af de lokale fællesskaber, som også vil medvirke til at reducere ensomheden for den enkelte.

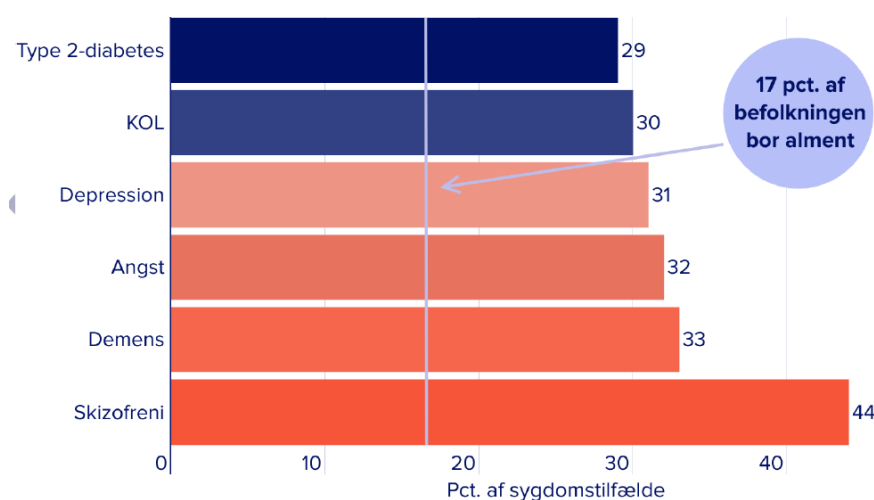
De ansatte i de almene boligområder og det øvrige civilsamfund kan medvirke til at skabe og styrke de sociale bånd, der er en vigtig forudsætning for, at nærheden i sundhed kan styrkes effektivt.

Med til dette billede hører også den nævnte aldring af befolkningen og den stigende forekomst af demenssygdomme. Her kan der i lokalområdet med fordel ske en skærpet opmærksomhed på personer, som udviser tegn på begyndende demens.

Skævhed i sundhed

Skævheden i sundhed rammer både geografisk og socialt. I den almene boligsektor bor næsten en million mennesker svarende til 17 pct. af befolkningen. Men beboerne i den almene boligsektor har langt større forekomst af en række af de store folkesygdomme end deres andel af befolkningen, hvilket fremgår af figuren.

Andel personer med diagnose, der bor alment



Kilde: BL's egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik registerdata og Sundhedsstyrelsens register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

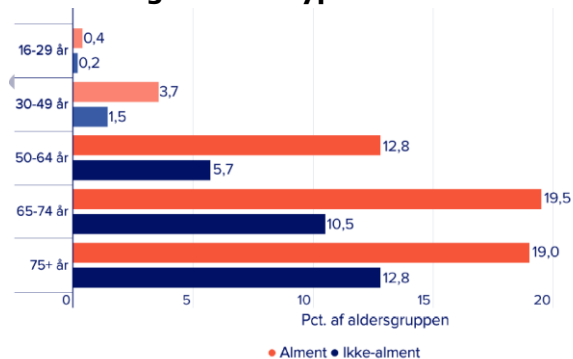
Forklaringen er, at den almene boligsektor løser en stor samfundsmæssig social opgave med også at huse dem, der har det svært i tilværelsen.

Koncentrationen af syge i de almene boligområder gør det oplagt at placere nære sundhedsydelser i boligområder tæt ved de sygdomsudfordrede, som også kan have svært ved at transportere sig langt til et sundhedstilbud. Dette gælder både psykologisk med også praktisk, da færre har eget transportmiddel og mange er ældre.

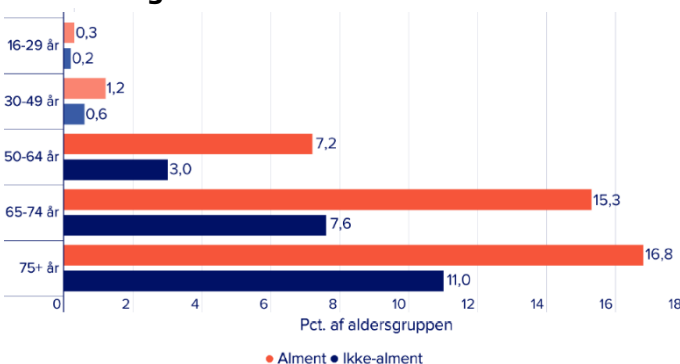
Det skal igen understreges, at de sundhedstilbud i almene boligområder ikke kun er rettet mod almene beboere men til hele lokalsamfundet.

Fokuseres der ned på de enkelte sygdomsgrupper, så viser tallene for diabetes, KOL og demens opdelt på aldersgrupper, at frekvenserne er dobbelt så høje i den almene boligsektor.

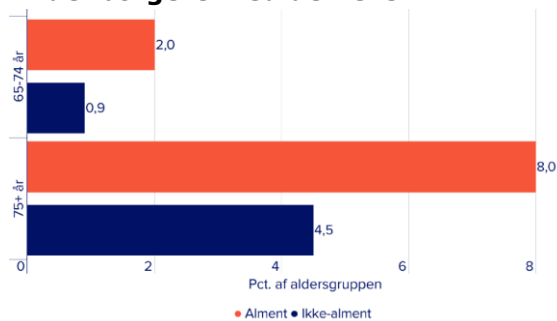
Andel borgere med type 2-diabetes



Andel borgere med KOL



Andel borgere med demens

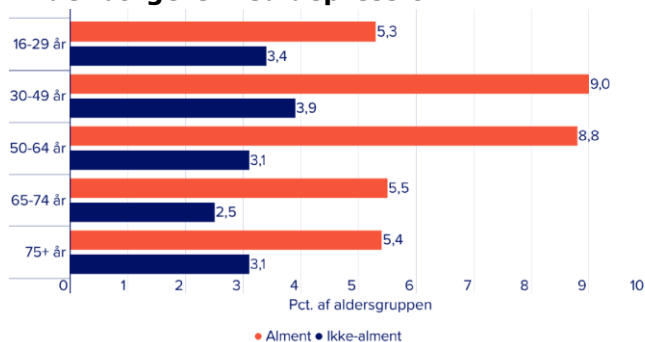


Kilde: BL's egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistik registerdata og Sundhedsstyrelsens register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

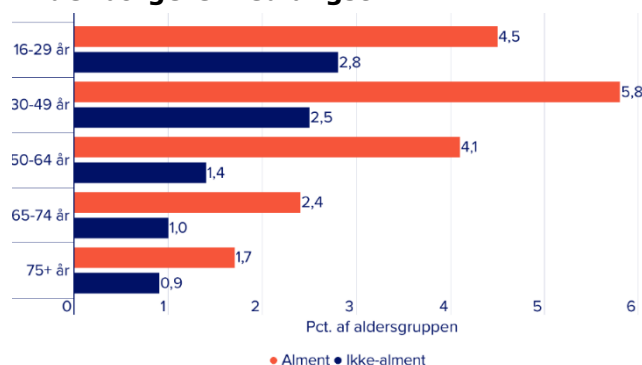
Forekomsten af disse sygdomme stiger med alderen, og merforekomsten er særlig stor i yderområderne med mange ældre.

For de store psykiske sygdomme som depression, angst og skizofreni er der stor merforekomst af sygdommen opgjort på alle aldersgrupper.

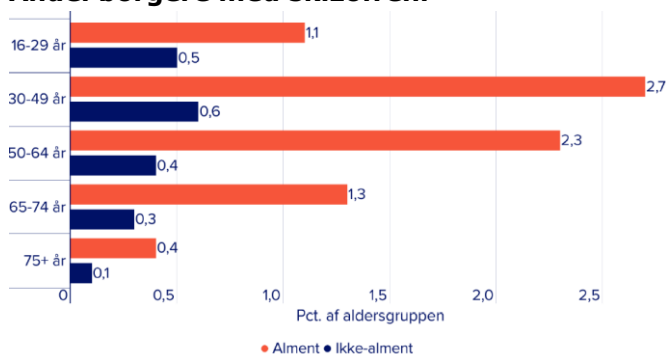
Andel borgere med depression



Andel borgere med angst



Andel borgere med skizofreni



Kilde: BL's egne beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registerdata og Landspatientregisteret (LPR)

Det er således et klart billede, at sygdomsfrekvenserne er langt højere for beboerne i den almene boligsektor, og det er derfor oplagt at styrke de nære sundhedsfaciliteter der.

Samfundsøkonomisk synes det også at være oplagt at styrke de nære indsatser for at forebygge, nedbringe og bedre håndteringen af de nævnte sygdomme. Nedenstående tabel viser medudgifterne ved øgede forekomst af de nævnte sygdomme blandt almene beboere.

	Type 2-diabetes	KOL	Demens	Depression	Angst	Skizofreni
Antal personer	76.000	53.000	12.000	183.000	60.000	14.000
Merudgift i sundhedsvæsenet, mia.kr.	1,43	1,56	0,23	3,16	1,20	1,53
Produktionstab, mia.kr.	1,20	1,26	-	8,94	3,60	1,85

Kilde: BL's egne beregninger pba. Danmarks Statistiks registerdata, Sundhedsstyrelsens Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS) og Landspatientregisteret (LPR).

Merudgiften i sundhedsvæsenet er samlet set ca. 9 mia.kr., og det afledte produktionstab vurderes til ca. 17 mia.kr. Der er således et betydeligt økonomisk potentiale i blot en mindre reduktion i skævheden i sundhed, foruden det vil være til gavn for den enkelte.

Psykiatrien vigtig

Det fremgår tydeligt af ovenstående analyser, at borgere med psykiske udfordringer er markant overrepræsenterede i den almene boligsektor. Forklaringen er som tidligere nævnt, at den almene

boligsektor tager et stort samfundsmæssigt socialt ansvar også for personer med svære psykiske lidelser, der har svært ved at få fodfæste i livet endsige på arbejdsmarkedet. Her sikrer den almene boligsektor disse udsatte borgere ordentlige boligforhold.

Nogle af disse borgere kan grundet deres lidelser være meget udadreagerende, og det kan skabe utryghed i et boligområde. Andre kan isolere sig og til sidst leve under sundhedsfarlige boligforhold.

I dagligdagen i boligområderne mærkes et stort og akut behov for, at vores sundhedssystem kommer langt tættere på de psykisk udfordrede borgere med støtte og hjælp i tide, før det går galt.

Der er oplagt behov for nære sundhedsydelser, som også kan være medvirkende til, at boligorganisationer og det øvrige civilsamfund sikres et godt grundlag for deres medvirken. Der kan fx etableres faste samarbejdsrelationer til boligorganisation og ejendomsfunktionærer, som en del af en nær sundhedsindsats.

Konkrete eksempler

Der er adskillige eksempler på nære sundhedsindsatser i boligområder, og her skal fokuseres på to af de eksisterende eksempler og fem konkrete projekter, der er under planlægning af boligorganisationer og kommuner, hvis den kommende boligpakke giver mulighed for det.

I forbindelse med en renovering af boligområder Aalborg Øst blev der for mere end 12 år siden opført et sundhedshus, der har været en stor succes for både boligområdet og borgerne i Aalborg. I dag er der 12 sundhedstilbud i huset med praktiserende læger, speciallæger, genoptræning, rygeafvænning og meget mere.

Før etablering af sundhedshuset var der ingen praktiserende læge i området. Undersøgelser viser, at de nære sundhedstilbud har forbedret sundhedstilstanden for områdets beboere, og samtidig har sundhedstilbuddene medvirket til en integration af området med det øvrige Aalborg.

I boligområdet Tingbjerg i København gennemføres i samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen en lokal indsats med at opspore diabetes og sætte borgere hurtigt i behandling, så alvorlige senfølger undgås. Denne nære sundhedsydelse har stor effekt og har potentiale til en større skalering.

For halvandet år siden gennemførte Landsbygefonden en international idékonkurrence, *"Neighbourhoods for Generations"*, hvor nære sundhedsydelser indgik i mange af de indsendte opgavebesvarelser fra hele verden.

En af ideerne søges konkret gennemført i Horsens i samarbejde mellem kommune og boligorganisation, hvor fælleshus og erhvervslokalerne i boligområdet ombygges med klinikfaciliteter, og nogle af familieboligerne omdannes til bofællesskaber og boliger med bedre mulighed for pleje, så det bedre modsvarer de stadig flere ældre borgere og deres sundhedsudfordringer.

I samarbejde med jyske byer, Holstebro, Grindsted, Varde og Fredericia planlægger boligorganisationer at etablere nære sundhedsfaciliteter.

I Holstebro arbejdes med en renovering af boligområdet Trekanten med etablering af lægehus, genoptræningscenter, nye senioregnede boliger, bofællesskaber for ældre integreret med boliger til børnefamilier.

I Grindsted planlægges en centralt placeret boligafdeling i byen omdannet med nære sundhedsfaciliteter, mødested for ældre og et genoptræningscenter. I tilknytning hertil ønskes etableret et generationsbofællesskab, et seniorbofællesskab samt overgangsboliger. Et vigtigt formål er, at de ældre kan blive boende i eget hjem længst muligt med høj livskvalitet og muligheder for fællesskab.

I Varde tages afsæt i tre mindre landsbyer - Alslev, Næsbjerg og Horne - som alle har renoveringsmodne ældreboligafdelinger, der med fordel kan renoveres til at blive tidssvarende og fleksible rammer for genoptræningsfaciliteter, konsultationer med sundhedspersonale, servicearealer med velfærdsteknologi samt være rammen for et socialt mødested og godt naboskab i landsbyerne.

I Fredericia huser boligområdet Korsværtparken mange, især ældre, med behov for støtte og nære sundhedsydelser. Der arbejdes med planer om et nyt lokalt sundhedshus med sundhedsplejeklinik samt mulighed for at optikere og høreklivnikker rykker ud. Desuden har huset funktion som socialt mødested for at reducere ensomhed.

I lighed med flere af de øvrige områder planlægges også i Fredericia et samarbejde mellem kommune og ejendomsfunktionærerne, hvor deres lokale kontaktflade til beboerne aktivt bruges til at udføre visse praktiske opgaver og medvirke til at opspore fx begyndende demens. Der planlægges tiltag for efteruddannelse samt en afregningsmodel, så kommunen/regionen betaler for forbrugte viceværttimer.

I den almene boligsektor er ansat 5.700 ejendomsfunktionærer, hvor mange allerede i dag har en meget vigtig social funktion og uformelt giver en hjælpende hånd til ældre og svage borgere. Denne indsats kan i højere grad anerkendes og udvikles ved at indgå konkrete samarbejdsaftaler til gavn for alle parter.

Sammenfattende kan konstateres en betydelig aktiv interesse fra kommuner og boligorganisationer for at samarbejde om renoveringer af boligområderne, som tilfører forskellige typer af nære sundhedsydelser og tilpasser boligområderne til de kommende års mange ældre med stigende plejebenhov og stigende risiko for ensomhed.

Socialpolitik og ældrepolitik

Som det fremgår af ovenstående, er det oplagt, at sundhedspolitik, ældrepolitik, socialpolitik og boligpolitik hænger tæt sammen. Aldringen i samfundet betyder en stigende sygdoms- og plejeopgave, hvor det er helt afgørende at tænke i innovative løsninger, hvis vi som samfund skal leve op til vores ansvar.

De konkrete eksempler ovenfor er vigtige svar på denne samfundsmæssige udfordring, hvor boligorganisationer og lokalsamfundet inddrages for at finde de bedste løsninger.

Samtidig er der også en afgørende socialpolitisk vinkel, for som dokumentationen for skævhed i sundhed viste, så indebærer det sociale samfundsansvar, som den almene boligsektor løfter, at sygdomsbyrden også er langt større i den almene boligsektor end i resten af samfundet.

Derfor synes det oplagt også ud fra en socialpolitisk vinkel, at renoveringerne i den almene boligsektor i forbindelse med en kommende boligpakke også kommer til at omfatte sundhedsrenoveringer i bred forstand som sundhedsfaciliteter i fælleshuse, renoveringer til

bofællesskaber i eksisterende byggeri, etablering af mødesteder m.v.

Dermed kan den sociale skævhed i sundhed søges mindsket og fx mange ældre mennesker med beskedne indkomster kan sikres bedre adgang til sundhedsydelse, få mulighed for at leve i bofællesskaber og få en sundere alderdom med mindre ensomhed.

Boligpolitiske anbefalinger

Den seneste langsigtede boligaftale om renoveringer fra maj 2020 havde titlen "Grøn boligaftale" og har sikret renoveringer, hvor der også er fokus på den grønne bæredygtighed, som nu er et standardelement.

Det kunne være en idé at kalde den kommende boligaftale for "Sund boligaftale" og fremover stille krav om, at der i forbindelse med alle renoveringer skal ske en screening for behovet for sundhedsfaciliteter og fremtidssikring af bygningsmassen i forhold til de stadig flere ældre, dvs. behovet for tilgængelighed, universelt design, bofællesskaber m.v. I den forbindelse vil det være hensigtsmæssigt med en præcisering af gældende regler om fælleshuse og samarbejdet mellem boligorganisationer og kommunerne.

I lighed med flere af de øvrige områder planlægges også i Fredericia et samarbejde mellem kommune og ejendomsfunktionærerne, hvor deres lokale kontaktflade til beboerne aktivt bruges til at udføre visse praktiske opgaver og medvirke til at opspore fx begyndende demens. Der planlægges tiltag for efteruddannelse samt en afregningsmodel, så kommunen/regionen betaler for forbrugte viceværttimer.

Etablering af sundhedsfaciliteter i ny- eller tilbyggede fælleshuse forudsættes kostpris-finansieret af brugerne, dvs. kommune, region eller private sundhedsaktører. Dermed belastes beboerne ikke økonomisk, og tilsvarende gælder for Landsbyggefonden.

Rammerne for en kommende boligaftale kan således fastlægges ud fra det klassiske byggetekniske renoveringsbehov, herunder grøn bæredygtighed, behovet for omdannelse af eksisterende boliger til at være seniorvenlige, herunder behovet for bofællesskaber, samt behovet for lokale sundhedsfaciliteter.

Dermed kan der også sikres en større langsigtet social robusthed af boligområderne med større grad af integration i forhold til de omliggende bysamfund. Denne positive effekt har været meget tydelig med omdannelse af det store boligområde Aalborg Øst med sundhedsfaciliteter m.v.

En kommende boligaftale kan således med fordel koordineres med den kommende aftale om den fremtidige sundhedsstruktur, da lokale nære sundhedsfaciliteter i den almene boligsektor har betydeligt skaleringspotentiale og kan få markant betydning over hele landet, også i de mindre byer og tyndt befolkede områder.

Venlig hilsen



Bent Madsen



Sundhedsklynge
Bornholm



HØRINGSSVAR

Bornholms Regionskommune
Center for Sundhed og Omsorg
www.brk.dk
CVR: 26 69 63 48

6. august 2024

Bornholms Regionskommune (den kommunale del af Sundhedsklynge Bornholm) takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering af juni 2024.

Bemærkninger til udfordringsbilledet set fra en ø-kommunes side

Sundhedsstrukturkommissionens beskrivelse af udfordringsbilledet vækker genkendelse i Bornholms Regionskommune. Det gælder i forhold til en aldrende befolkning med mere sammensatte og komplekse sygdomsforløb, tiltagende rekrutteringsudfordringer i forhold til sundhedsfagligt personale og udfordringer med lægedækning. Sundhedsstrukturkommissionen beskriver også, hvordan der ses geografisk og social ulighed i sundhed – med både forskellige sundhedsbehov og forskellig adgang til sundhedstilbud på tværs af landet. Her skelnes mellem hhv. land- og bykommuner.

Som en landkommune kan Bornholms Regionskommune genkende den beskrevne geografiske og sociale ulighed. Til illustration kan nævnes, at andelen af borgere på Bornholm med diabetes er 7,9 pct. (mod gennemsnitligt 5,3 pct. i Region Hovedstaden), med hjertesygdom er 6,6 pct. (mod gennemsnitligt 3,6 pct. i Region Hovedstaden), med KOL er 6,6 pct. (mod gennemsnitligt 4,7 pct. i Region Hovedstaden) og med en kræftdiagnose er 5,0 pct. (mod gennemsnitligt 3,7 pct. i Region Hovedstaden)¹. Det forventes hertil, at antallet af borgere på Bornholm på mindst 85 år stiger med over 70 pct. fra 2024 til 2036². Endelig kan til illustration nævnes, at 11,9 pct. i den arbejdsdygtige alder på Bornholm har fået tilkendt førtidspension (mod 6,3 pct. på landsplan)³.

Bornholms Regionskommune vil i forlængelse heraf gøre opmærksom på, at de beskrevne udfordringer med geografisk og social ulighed foruden land/by-problematikken har en ekstra dimension for en ikke-brofast ø: Geografien er i sin allermost bogstavelige forstand en ekstra, ulighedsskabende barriere. Mellekommunale samarbejder om sundhedstilbud, hvor der er behov for volumen og specialiserede kompetencer, er i mindre grad en mulighed. Det gælder fx, at der ikke umiddelbart kan etableres et fælles mellemkommunalt akutteam eller andre specialiserede, tværkommunale sundhedstilbud sammen med nabokommuner. Og det gælder også i forhold til, at der ikke umiddelbart kan rekrutteres personale fra omkringliggende kommuner. Problematikken gør sig ikke mindst gældende for borgere med psykiatriske lidelser, hvor Bornholm til eksempel ikke har en psykiatrisk akutmodtagelse, men hvor akutte psykiatriske patienter i stedet må henvende sig i den somatiske akutmodtagelse på Bornholms Hospital.

Bornholms Regionskommune vil gerne understrege, at borgere på en ikke-brofast ø som Bornholm naturligvis har ret til at modtage sundhedsydelse, omsorg og pleje af samme kvalitet, som andre borgere i Danmark. Og det bemærkes i forlængelse heraf, at flere af de særlige udfordringer, som følger af at være en ikke-brofast ø, ikke nødvendigvis løses ved en opgaveflytning mellem sektorerne. De grundlæggende udfordringer for øen vil

¹ Kilde: Region Hovedstaden: Sundhedsprofil 2021 (opdateret 2022)

² Kilde: Bornholms Regionskommune befolkningsprognose 2024

³ Fuldtidspersoner på førtidspension i pct. af befolkningen 16-66 år, juni 2024, kilde: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering

overordnet set være de samme, uanset hvilken sektor der skal løfte opgaven. Der skal andre greb i brug, hvilket vil blive udfoldet i det følgende.

Bevar og styrk sundhedsklyngerne, de lokale løsninger og det lokale demokrati

På Bornholm er der en stærk tradition for at finde lokale løsninger på tværs af og i tæt samarbejde mellem kommunale forvaltninger, Bornholms Hospital og almen praksis. Sundhedsklynge Bornholm har siden 2022 fungeret som et rigtigt godt forum for dette samarbejde på tværs. Det frugtbare samarbejde bestyrker Bornholms Regionskommune i, at lokale løsninger – baseret på lokalkendskab – er afgørende for at fremme større lighed i sundhed.

Bornholms Regionskommune kan på den baggrund opfordre til, at sundhedsklyngestrukturen bevares og styrkes. Det gælder i forhold til, at klyngerne får tildelt mere beslutningskraft og flere økonomiske midler, som kan finansiere en lokalt forankret omstilling af sundhedsopgaver til det nære sundhedsvæsen, som aftales i fællesskab mellem sektorerne.

Samtidig opfordrer Bornholms Regionskommune til, at det lokale demokrati og den lokalpolitiske indflydelse på sundheds- og ældreområdet bevares. Det er afgørende for legitimiteten af de beslutninger, som træffes, at de er forankret i det lokale demokrati hos politikere, som er valgt i og kender lokalområdet indgående.

Nedenfor er fremhævet gode eksempler på områder, hvor Bornholms Regionskommune lokalt løfter sundheds- og omsorgsopgaver i dag i et frugtbart samarbejde med de øvrige sektorer til gavn for borgerne – som kan få en helhedsorienteret indsats tæt på deres eget hjem og dagligdag:

Den patientrettede forebyggelse

Bornholms Regionskommune og Bornholms Hospital samarbejder tæt sammen om den patientrettede forebyggelsesindsats, som har det fælles mål at understøtte borgere med kronisk sygdom i at leve et så meningsfuldt, selvstændigt og udfoldet liv som muligt. Til eksempel afholdes flere af kommunens forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom på Bornholms Hospitals faciliteter og indebærer undervisning fra både kommunens og hospitalets fagfolk. Der er nedsat et patientundervisernetværk, hvor hospitalet og kommunen samarbejder tæt for sikring af kvalitet og kompetenceudvikling.

Endvidere er der nedsat en række tværsektorielle kliniske fora for de forskellige kroniske diagnoser, hvor der samarbejdes om indsatsen på tværs. De kliniske fora består af fagfolk fra kommune, almen praksis og hospitalet med delt tovholderskab fra både kommune og hospital. Endelig er samarbejdet med patientforeninger og civile aktører et vigtigt element i den patientrettede forebyggelse, og der arbejdes lokalt med brobygning mellem de patientrettede forebyggelsestilbud, patientforeninger og DGI, der kan fastholde borgerne i foreningsfællesskaberne.

Fælles regionalt og kommunalt hjælpemiddeldepot

Bornholms Regionskommune har indgået en samarbejdsaftale med Bornholms Hospital om fælles hjælpemiddeldepot. Kommunen varetager depotdriften for både midlertidige hjælpemidler, som udlånes af regionen og for permanente hjælpemidler, der bevilges i kommunalt regi. Det lokale samarbejde er til gavn for både region, kommune og ikke mindst for borgere, som ikke skal vente på tilsvarende hjælpemiddel fra et kommunalt depot, hvis der bliver behov for, at et midlertidigt hjælpemiddel – fx efter en operation – skal bevilges permanent. I disse tilfælde er der alene tale om en ændring i systemet og besked om dette til borgeren. Endvidere sikrer fælles indkøb og lagerstyring et kontinuerligt genbrugsflow, som dermed også er en økonomisk gevinst for begge parter. (Regionens andel af de bornholmske hjælpemiddelindkøb ligger gennemsnitligt på 10 procent af det samlede hjælpemiddelindkøb på øen).

Samarbejdet defineres i det daglige arbejde mellem regionalt og kommunalt ansatte, som er i kontakt med hinanden efter behov. Er der behov for justeringer, drøftes det på ledelsesniveau i et patient-/borgerrettet, tillidsbaseret samarbejde på tværs. Større emner drøftes én gang årligt på et samarbejds møde, hvor bl.a. arbejdsopgaver justeres og tilrettes – til gavn for begge parter og de bornholmske borgere.

Den kommunale sygepleje

Enheden for Sygeplejen i Bornholms Regionskommune leverer kommunale og tværsektorielle sundhedsindsatser med fokus på at skabe koordinerede borgerforløb. I enheden findes ressourcepersoner indenfor en lang række sygeplejefaglige specialer, som arbejder sammen om de konkrete borgernære opgaver i det daglige – og har et tæt samarbejde med de øvrige sektorer om de konkrete forløb, baseret på lokalt forankrede samarbejdsrelationer og -aftaler.

Bornholms Regionskommune er kritisk overfor, at der i forbindelse med en eventuel strukturreform udskilles dele af den kommunalt forankrede sygepleje. De enkelte dele er fagligt set tæt forbundet til hinanden og alle gives i borgerens nærmiljø – dvs. i eget hjem, på plejecentre, på rehabiliteringscenter eller i kommunens sundheds- og sygeplejeklinik. At flytte hele eller dele af sygeplejen fra kommunalt regi vil blot skabe nye snitflader og fjerne synergien mellem sundhedsindsatsen og anden kommunal hjælp, støtte eller pleje, som borgeren måtte have behov for.

I stedet for at udskille dele af den kommunale sygepleje og derved skabe nye snitflader efterspørger vi som kommune, at sundhedspersonalet, som arbejder ude i borgernes hjem, i endnu højere grad kan trække på lægefaglig og anden specialistviden i konkrete situationer. Her kan bl.a. aftalen om 72-timers behandlingsansvar i Region Hovedstaden fremhæves som et godt redskab.

Omsorgs- og plejeindsatsen

Bornholms Regionskommune er i forhold til omsorgs- og plejeindsatsen i eget hjem og på øens plejecentre i fuld gang med den omstilling til helhedspleje med borgeren i centrum, som har fået ekstra skub på med aftalen om en ældrereform. Og det er kommunens klare overbevisning og erfaring, at helhedssynet på borgeren er forudsat af det kommunale, lokale kendskab til øens borgere og deres nærmiljø – herunder ikke mindst kendskabet til og kontakten til frivillige tilbud til målgruppen, som spiller en afgørende rolle i ældre og sygdomsramte borgernes levede liv og hverdag. Det gælder i forhold til bekæmpelse af ensomhed og understøttelsen af et aktivt liv og inklusionen i fællesskaber, som er mindst lige så vigtige komponenter for et godt liv som høj kvalitet i sundheds- og plejeindsatsen er det.

Bakker op om de tværgående anbefalinger

Bornholms Regionskommune bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens tværgående og uafhængige anbefalinger og har følgende bemærkninger til hver af de fem anbefalinger:

Lægedækning

Bornholm er som nævnt ét af landets lægedækningstruede områder og er et område, hvor andelen af borgere med store sundhedsfaglige behov er større end gennemsnittet. Bornholms Regionskommune bakker derfor varmt op om *Anbefaling 1 om en ny organisering af det almenmedicinske tilbud*, herunder en kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud og en øget tilgængelighed. Særligt vil kommunen gerne rose Sundhedsstrukturkommissionen for at anbefale, at ressourcerne i almensektoren i højere grad skal fordeles ud fra opgavetyngde, samt at patientnormen for den enkelte klinik fastlægges ud fra behandlingsbehovet hos patienterne og hermed tager højde for demografiske forskelle på tværs af landet.

Digitalisering/data

Ét af de greb, som kan være med til at bringe større lighed i sundhed til en ikke-brofast ø som Bornholm, er borgerrettede digitale sundhedstilbud og nye teknologier. Derfor er Bornholms Regionskommune meget positiv overfor *Anbefaling 2 om ny organisering af digitalisering og data*. På Bornholm arbejder vi løbende for at give borgerne en større tilgængelighed til sundhedstilbud af høj kvalitet gennem nye teknologier – både for at udvide tilbudsviften for borgerne og for at frigive tid hos sundhedspersonalet til de borgernæreopgaver. Men vi kan genkende de udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen beskriver, hvor vi som kommuner i dag må afprøve og implementere nye løsninger selvstændigt og parallelt uden national, fælles koordinering og uden den centrale understøttelse og eksekveringskraft, som er nødvendig for, at potentialerne på området reelt kan blive indfriet. Bornholms Regionskommune bakker derfor op om en national forpligtende strategi og national investering i omstillingen.

National sundhedsplan

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår under *Anbefaling 3 om en Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet*, at ressourcerne fordeles, så flere borgere i yderområder vil opleve et mere tilgængeligt sundhedsvæsen med flere sundhedstilbud af høj kvalitet. Igen vil Bornholms Regionskommune gerne rose kommissionen for at have uligheden i den nuværende geografiske fordeling af ressourcer for øje. En national investering i det primære sundhedsvæsen – som udmøntes med tæt inddragelse af lokale politikere og ledere – er forudsætningen for, at den nødvendige omstilling kan gennemføres til fulde.

Bornholms Regionskommune kan i forlængelse heraf bakke op om en national kvalitetsplan. Nationale kvalitetsstandarder med klare faglige krav kan understøtte kommunen i at "hegne opgaven ind" og understøtte samarbejdet med både almen praksis og hospital. Samtidig er det afgørende, at der indenfor rammen af de nationale kvalitetsstandarder er rum for lokal implementering – fx i forhold til områder som Bornholm, hvor bl.a. muligheden for mellemkommunale samarbejder om konkrete opgaver er begrænset, men hvor andre lokale løsninger, herunder et tæt samarbejde med Bornholms Hospital og almen praksis, understøtter de gode forløb for patienter og borgere.

Psykiatriområdet

Bornholms Regionskommune er grundlæggende enig i Sundhedsstrukturkommissionens *Anbefaling 4 om styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser*. På Bornholm arbejdes der målrettet for at fremme helhedsorienterede forløb på området, men som beskrevet tidligere i høringsvaret ses – grundet bl.a. geografiske barrierer – udfordringer med tilgængeligheden til visse specialiserede tilbud til borgere med psykiatriske problemstillinger. Som tidligere nævnt har Bornholm til eksempel ikke en psykiatrisk akutmodtagelse. Bornholms Regionskommune er enig med kommissionen i, at løsninger på området skal ses i tæt sammenhæng med de øvrige tværgående anbefalinger, herunder bedre fordeling af ressourcer og styrkede rammer for digitalisering og udbredelse af teknologi.

Speciallægetilbud

Også i forbindelse med Sundhedsstrukturkommissionens *anbefaling 5 om hensigtsmæssig brug af private aktører og patientrettigheder* vil Bornholms Regionskommune gerne rose kommissionen for at have den geografiske variation i sundhedsbehov og den tilsvarende geografisk ulige fordeling af praktiserende speciallæger i Danmark for øje. Bornholms Regionskommune kan bakke op om, at planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske indenfor en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og mere lige anvendelse af praktiserende speciallæger på tværs af landet.

Husk forebyggelsen og sundhedsfremme - sundhed handler om mere end behandling af sygdom

Afslutningsvis vil Bornholms Regionskommune gerne påpege, at trods de mange solide analyser og løsningsforslag i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, så er der særligt ét område, som bør have mere bevågenhed, hvis man skal fremtids sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen: Den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsloven regulerer som bekendt ikke blot den sundhedsfaglige behandling, som borgere i landet har ret til, men også borgernes ret til forebyggelsestilbud og sundhedsfremme. Sundhed handler således ikke kun om behandling af sygdom, men om at trives - fysisk, socialt og mentalt. Det forudsættes af en indsats, som er langt bredere end sygdomsbehandling og pleje.

Bornholms Regionskommune har en lokal folkesundhedspolitik, og Kommunalbestyrelsen vedtager hvert fjerde år en folkesundhedsstrategi, som er en ramme for tiltag, der skal skabe bedre levevilkår for borgerne. Dette er endnu et eksempel på, hvordan der lokalt arbejdes strategisk med sundhed i bredere forstand i tæt samarbejde mellem kommune, lokale foreninger, frivillige, erhvervslivet, hospitalet med flere.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.

Dato: 09-07-2024

Høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fra Brøndby kommune

Vi har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar. Samtidig anerkender vi det store arbejde som sundhedsstrukturkommissionen har lagt i rapporten.

Vi vil gerne supplere høringssvarene fra henholdsvis KL, KKR Hovedstaden samt Sundhedsklynge Syd med dette høringssvar.

Med flere ældre, borgere med kroniske sygdomme og psykiske problemer ser vi et klart behov for en samlet omstilling af sundhedsvæsenet. Her vil vi dog gøre opmærksom på, at ældresygdomme og aldring i høj grad kommer individuelt og viser sig hos borgeren på meget forskellige tidspunkter i livet. Aldring og sygdom rammer forskelligt og er bl.a. påvirket af det levede liv og de socioøkonomiske vilkår borgeren har. Det gør, at tilbud ikke skal defineres ud fra borgers alder, men ud fra de udfordringer borger aktuelt har.

Derudover ved vi, at den demografiske udvikling vil føre til mangel på medarbejdere. Vi skal derfor forberede os klogt ved at skabe sammenhæng i sundheds- og omsorgstilbuddene, balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen samt samarbejdet med foreninger, organisationer mm.

Vurdering af Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodeller

Sundhedsstrukturkommissionen har anbefalet 3 forskellige modeller for fremtidens sundhedsvæsen med fokus på forebyggelse, sammenhæng, lighed, nærhed og bæredygtighed.

Forvaltningsmodel 1 og 2

Model 1 og 2 foreslår at flytte ældre- og sundhedsopgaver fra kommunerne til en central myndighed med ansvar for det sekundære sundhedsvæsen. Vi mener dog ikke, at centralisering løser de nødvendige omstillinger. Det kan føre til, at det nære sundhedsvæsen nedprioriteres, og borgernes behov overses. Centralisering indebærer også store transaktionsomkostninger og nye tværsektorielle udfordringer. Al erfaring tilsiger en udvikling

Sags nr.: S2024-11812

Dok.nr.: D2024-143905

BORGMESTEREN og **BRØNDBY RÅDHUS**

Park Allé 160, 2605 Brøndby ☎ Tlf: 4328 2828 ☎ Mail: brondby@brondby.dk ☎ www.brondby.dk

Rådhuset er åbent: Mandag til onsdag kl. 9-13, torsdag kl. 13-17.30, fredag kl. 9-12

Telefonerne er åbne: Mandag til onsdag kl. 9-14.30, torsdag kl. 9-17.30, fredag kl. 9-12

i retning af færre lokale tilbud og flere og større regionale tilbud som er længere væk fra der, hvor borgeren er. Det vil sige, at vi mister nærhed og lokaldemokrati som er en hjørnesteen i Danmark samtidig med at samarbejdet med det lokale foreningsliv svækkes markant.

Forvaltningsmodel 3

Model 3 har potentiale til at skabe de nødvendige omstillinger ved at fokusere på nære sundhedstilbud og tværkommunale samarbejder. Modellen anerkender, at mindre kommuner kan drive sundheds- og omsorgstilbud effektivt og fremmer samarbejde og nationale kvalitetsstandarder. Dette kan styrke det tværsektorielle samarbejde og fastholde sundheds- og omsorgstilbud tættere på borgerne.

Styrkelse af det nære sundhedsvæsen gennem lokalt samarbejde: Erfaringer og initiativer i Brøndby Kommune

Vi argumenterer for, at en styrkelse af det nære og almene sundhedsvæsen, lokalt forankret i kommunerne, er et af de mest centrale tiltag. Kommunerne har en unik position, hvor de kan observere borgerne i deres dagligdag, forstå deres specifikke udfordringer og hele livssituation herunder deres sociale relationer, økonomiske situation og evnen til at tage vare på sig selv. Denne indsigt kræver en helhedsorienteret tilgang til borgernes behov, som bedst kan imødekommes gennem et tæt samarbejde med borgerne, civilsamfundet, kommunens forskellige forvaltninger og i det tværkommunale samarbejde.

Vi vil gerne fremhæve nogle af vores positive erfaringer med at håndtere sundhedsopgaver, især inden for forebyggelse og genoptræning, gennem lokale og tværkommunale samarbejder. Et dybdegående kendskab til borgernes ønsker og behov samt de lokale muligheder, både kommunale og i civilsamfundet, er afgørende for borgernes deltagelse i sundhedstilbud. Det sker gennem vores store indsats i at vejlede borgerne ind i de forskellige tilbud og foreninger f.eks. gennem kronikerforløb og forebyggende hjemmebesøg. Erfaringerne er at fleksibilitet og relationer er nøglefaktorer for at tilpasse sundhedstiltagene til den enkelte borgers behov, hvilket er muligt i mindre, lokale eller tværkommunale tilbud f.eks. tilrettelæggelse af tilbud ud fra etnisk sammensætning i området.

Vi vil gerne fremhæve nogle eksempler på vores succesfulde initiativer:

- Akutteam Brøndby - Hvidovre
- Tværkommunale diabeteshold på andre sprog i samarbejde med Albertslund, Brøndby og Glostrup kommune.
- Brøndby lungekor KOLibrierne. Hvor borgere med KOL bliver undervist af en korleder og synger sammen. Det er en kombination af en fritidsaktivitet og et sundhedsfremmende tilbud.
- Gåhold for enker og enkemænd for at forebygge ensomhed.
- Brobygning og udslusning af borgere til civilsamfundet efter rehabilitering, f.eks. til Vestbadet, gymnastikforeninger og naturtræning.
- Vi er i gang med et brobygningsprojekt under "Bevæg dig for livet" i samarbejde med Børne-, Kultur- og Idrætsforvaltningen, DGI og Træningscenter Brøndby. Formålet er at finde lokale foreninger, der kan forankre tilbud målrettet vores borgere, især inden for diabetes, KOL, hjerte- og lænderyg forløbsprogrammer efter endt rehabilitering. DGI vil hjælpe med at identificere samarbejdsvillige foreninger, opkvalificere instruktører og sikre en god modtagelse af deltagerne.
- AOF Rødovre-Brøndby: "Holdspil" med støtte fra Børne-, Kultur- og Idrætsforvaltningen og center for holdspil ved KU.

- Brobygning Social sundhed, hvor sundhed og beskæftigelse sammentænkes, hvilket er vanskeligt uden lokal forankring.

Kommunerne er dygtige til at støtte borgerne i deres eget liv. Vi anerkender forskellighederne mellem kommunerne, og erkender behovet for en større grad af standardisering er nødvendig inden for det kommunale område. Der bør rettes øget fokus på faglig kvalitet og på, hvordan kommunerne kan løfte og sikre denne kvalitet, eksempelvis gennem etablering af nationale kvalitetsstandarder. Brøndby Kommune støtter en øget ensartethed med henblik på at styrke det tværsektorielle samarbejde.

Vi har allerede sundhedsaftaler, der fungerer tilfredsstillende og som kan tjene som model for yderligere samarbejdsinitiativer. Vores erfaring er, at sundhedsaftaler har løst mange af de problemer, der tidligere var i sektorovergange, selvom det virkede urealistisk. F.eks. med færdigbehandlede patienter i regionernes højt specialiserede senge og lange ventetider på epikriser, der nu kommer stort set inden for et døgn. Vi har endnu ikke set potentialet på, hvor langt vi kan nå med at løse sektorovergangene med den nye lovgivning for sygeplejerskers udvidet virksomhedsområde og 72 timers behandlingsansvar.

Venlig hilsen

Maja Højgaard
Borgmester

Børne- og Ungdomspsykiatrisk selskabs hørings svar på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Indledning:

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab er glad for Sundhedsstrukturkommissionens fokus på sidestilling af psykiske og somatiske lidelser og bifalder indsatser mhp. at fremme denne ligestilling. Vores vurdering er dog, at der er en række forudsætninger, der skal være opfyldt før det er realistisk, at en organisatorisk sammenlægning vil bibringe en sådan ligestilling.

En ny strukturreform skal sikre fremtidens sundhedsvæsen, som skal betjenes af de mennesker, der er børn og unge i dag. Ca. 15% af de unge opnår ikke 9.klasses eksamen, og for de fleste skyldes dette psykisk sygdom, som ikke er tilfredsstillende behandlet og en neurodiversitet, som giver øget sårbarhed for psykisk sygdom, når der ikke tages de rette hensyn.

Da børn og unge med psykisk sygdom og psykiske handicap i høj grad er afhængige af et forpligtende samarbejde mellem kommune og region, vil vi anbefale, at man fra politisk hold adresserer denne problemstilling før noget andet. Det vil være en nødvendig prioritering, hvis vi på sigt skal sikre nok kapacitet til sundhedsvæsenet.

I lyset af ovenstående er det derfor nedenstående fokuspunkter, der ud fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs forståelse er de vigtigste at adressere ind i en Sundhedsstrukturreform.

De vigtigste fokuspunkter skal være:

1. Ikke-medicinsk behandling skal sidestilles med medicinsk behandling af psykisk sygdom.
2. Der skal etableres en socialpsykiatri for børn og unge.
3. Et fælles sundhedsvæsen for psykiatri og somatik, når de rette forudsætninger er til stede.

Uddybning af de tre fokuspunkter:

1. Ikke-medicinsk behandling (fx terapi, familieindsatser, specialpædagogik, etc.) skal sidestilles med medicinsk behandling af psykisk sygdom.

I rapportens kapitel 1, side 9 beskrives en afgrænsning af kommissionens fokusområde:

*” Sundhedsstrukturkommissionen har på baggrund af kommissoriet beskæftiget sig bredt med sundhedsvæsenet og de nærliggende områder. Udgangspunkt for kommissionens arbejde har været, at sundhedsområdet dækker over de indsatser, der fremgår i sundhedsloven. Dog vurderer kommissionen, at **en række indsatser efter serviceloven i praksis og fra et borgerperspektiv er tæt forbundne med indsatser efter sundhedsloven og derfor kan betragtes som nærliggende områder til sundhedsområdet.** Kommissionen har betragtet de områder, som **almindeligvis omtales det kommunale ”ældreområde” og dele af ”socialområdet”, der fx vedrører sociale indsatser til borgere med psykisk lidelse, som nærliggende og derfor omfattet af genstandsfeltet for kommissionens arbejde**”.*

Vi bifalder denne beskrivelse; at der for den enkelte borger eller familie, er en lang række indsatser, som ydes under helt andre lovgivninger end Sundhedsloven, men som af den enkelte opfattes (og bør opfattes) som sundhedsydelse, da ydelsen har til hensigt at forbedre den enkeltes sundhedstilstand.

Det er derfor vigtigt for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab at påpege, at så længe der ikke er en overordnet lovgivning, der koordinerer den helt nødvendige ikke-medicinske behandling, der pågår under Barnets Lov, Serviceloven, Folkeskoleloven og Sundhedsloven, vil det ikke være muligt at tilbyde børn og unge under 18 år med psykisk sygdom/neurodiversitet en tværsektoriel koordineret og sammenhængende behandling af god faglig standard, samt sikre den nødvendige forebyggelse af psykiske sygdomme.

Der savnes således forslag til konkrete tiltag i afrapporteringen fra Sundhedsstrukturkommissionen, der kan løse de tværsektorielle udfordringer, som skyldes, at den ikke-medicinske behandling er underlagt forskellige lovkomplekser, såsom Barnets Lov, Serviceloven og Folkeskoleloven, udover Sundhedsloven.

Vi foreslår en helt konkret løsning: at det bliver muligt at ydelser, der skal ydes under en anden lov end Sundhedsloven, er at opfatte som en sundhedsfaglig ydelse, såfremt det er anbefalet (ordineret) af en sundhedsfaglig person med begrundelse i forbedring af personens sundhedstilstand. Dette vil være en ligestilling med somatikken, hvor patienter allerede nu kan henvises til behandling i kommunalt regi og den primære sektor, fx til fysioterapi og genoptræning.

Case:

Hvis et barn vælter på cykel og pådrager sig en hjerneskade med efterfølgende funktionstab, vil forventning om genoptræning på sygehus og i kommunalt regi være selvfølgelig, mens et barn med autisme, der vælter psykisk i skolen og udvikler invaliderende angst og depression, med funktionstab til følge, ikke har nogen selvfølgelig adgang til relevant indsats eller genoptræning på tværs af sektorer. Funktionstab på baggrund af svær psykisk sygdom kan være lige så invaliderende som funktionstab på baggrund

af somatisk sygdom, men der er ikke lige adgang til behandling og genoptræning for de to patientgrupper.

En sundhedsfaglig anbefaling skal således udløse en sundhedsfaglig ydelse, selvom den bliver leveret og er beskrevet f.eks. under Barnets lov, Serviceloven eller Folkeskoleloven. Det er nødvendigt, hvis vi ønsker reel ligestilling for patienter med psykisk sygdom i forhold til den måde, der gives sundhedsydelser for somatiske lidelser.

Hvis Sundhedsministeriet derfor på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens rapport fremsætter lovforslag, som omfatter overdragelse af dele af nuværende Servicelovs bestemmelser (Ældreområdet) til varetagelse i ny fælles myndighed, anbefaler vi, at der i dette lovforslag indgår, at det nye myndighedssundhedsområde også omfatter bestemte støtteforanstaltninger efter Barnets Lov, Service- og Folkeskolelov, med mere.

2. Der skal etableres en socialpsykiatri for børn og unge.

Vi sætter pris på kommissionens fokus på den manglende socialpsykiatri for børn og unge. I dag er der hverken for voksne eller for børn og unge en veletableret beskrivelse af, hvilke opgaver socialpsykiatrien skal påtage sig, hvem der leverer den eller hvor ansvaret ligger. Det gælder især for børn og unge med psykiske lidelser/udviklingsforstyrrelser. På hovedrapportens side 310 nederst står der:

"Samarbejdet mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri er en særlig udfordring. Det gælder både for voksne og børn med psykiske lidelser".

Men på side 250 i Boks 12.5 under pkt. 2 står der:

"Det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykiske lidelser skal styrkes. Forslaget involverer krav om fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og overvejelser om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet".

Her ønsker vi at understrege at dette skal omfatte alle mennesker med psykiske lidelser uanset alder, også børn og unge.

- Børn og unge på døgninstitutioner eller opholdssteder skal have samme adgang til fasttilknyttede læger.
- De nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien skal også omfatte de foranstaltninger, som børn og unge omfattes af efter både Barnets Lov, Service- og Folkeskoleloven.
- De tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet skal eksplicit og konkret også forholde sig til udfordringerne indenfor børne- og ungdomspsykiatrien og denne patientgruppe.

Vedr. tovholderfunktionen på side 254 anbefaler kommissionen etablering af en "tovholderfunktion" for beboere på botilbud. En tilsvarende ordning skal også etableres for de børn og unge, som er anbragt uden for hjemmet i plejefamilier, på døgninstitutioner eller opholdssteder. Vi fremhæver disse punkter, fordi vi er bekymrede for, at man ikke indtænker børn og unge som en særlig patientkategori.

Vi mener, at man som samfund bør have en lige så stor ambition om, at mennesker med psykisk sygdom skal og kan blive raske eller opnå bedst mulig funktionsevne, som man har for mennesker med somatiske sygdom eller handicap. Vi mener derfor, at der bør være behandlingsinstitutioner, der har speciallæger tilknyttet og drives med den ambition, at børn og unge kommer i trivsel. Der er i dag et alt for lavt specialiseringsniveau for både støtte og behandling af børn og unge, der bor på bosteder.

Case:

En ung pige med mangeårig spiseforstyrrelse har udviklet selvskaede, psykotiske symptomer og tilbagevendende selvmordsforsøg og anbringes på et "bosted" mhp. behandling af sine psykiske sygdomme. Stedet er en kommunal institution, og der er ikke fast tilknyttet psykiatrisk speciallæge til at styre den overordnede behandling af pigen. I stedet varetages den psykiatriske behandling ambulantly af fagpersoner, der har sparsom kontakt til patienten. Denne pige burde modtage intensiv behandling på en døgnbehandlingsinstitution med personale med de rette ungdomspsykiatriske kompetencer i fast samarbejde med den regionale psykiatri.

Alle former for familieindsatser hører under Barnets lov eller sociallovgivningen og er dermed ikke rettet mod at kompensere for psykiske lidelser. Der mangler et familieperspektiv, der gør det muligt at ordinere socialpsykiatriske sundhedsydelser målrettet hele familien.

Case:

Et forældrepar med egne vanskeligheder, som har børn med ADHD, har svært ved at skabe den nødvendige struktur og rammer for børnene, hvorfor børnene udvikler skolevægring, angstlidelser og adfærdsforstyrrelser. Den rette hjælp i disse tilfælde vil være en familiebaseret indsats målrettet hele familien, og i særlig grad forældrene, for at sikre, at de trods egne vanskeligheder, kan støtte børnenes helbredelse og sunde udvikling. Der er i dag hverken mulighed for at ordinere eller koordinere en sådan indsats.

3. Et fælles sundhedsvæsen for psykiatri og somatik, når de rette forudsætninger er til stede.

Sundhedskommissionen ønsker at udvide vores primærsektor, og vi har et håb om, at den kan blive lige så god til at tage sig af mental sundhed og sygdom, som den er til at tage sig af somatisk sundhed og sygdom.

I dag klarer primærsektoren mere end 90% af al somatisk sygdom, og kun få procent kommer ind i sekundærsektoren. Ambitionen må være, at der er en primær sektor, der kan tage sig af majoriteten af alle henvendelser både for psykiatri og somatik. Det Let Tilgængelige kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel er kun et første skridt på vejen. Men det er endnu ikke hverken implementeret eller evalueret. Alt for mange psykiske lidelser når stadig at blive til svær psykisk sygdom, fordi der ikke er en primær sektor, der griber problemerne, mens de er små.

I kapitel 12 fremhæver kommissionen at *indsatsen i kommunerne for mennesker med psykiske lidelser typisk forankret et andet sted end sundheds og ældreindsatsen og involverer ofte flere forvaltninger, afhængigt af den enkeltes alder og livssituation* Og: *at manglende sammenhæng mellem indsatsen i kommuner, regioner og praksis- sektoren,... i dag er en af de væsentligste udfordringer.*

Hvilket vi i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab er enige i! Men trods denne konklusion, er konkrete forslag til at løse denne udfordring ikke medtaget i kommissionens afrapportering ift. psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Dette til trods for som påpeget i Boks 12.2 af kommissionen, at der er sket en stigning på 87% i antallet henvendelser til børne- og ungdomspsykiatrien fra 2009 til 2022. De beskriver også det arbejde, der foregår med 10-årsplanen for psykiatrien.

Kommissionens analyse, s 252:

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer på den ene side, at den nuværende adskilte ledelses og organisationsstruktur kan give psykiatrien mulighed for at udvikle eget speciale og faglighed. En selvstændig ledelse kan give mulighed for at have særskilt fokus på egne faglige miljøer og fastholde og udbygge en nødvendig specialisering på psykiatriområdet i forhold til målgruppens behov og forudsætninger.

En selvstændig psykiatri kan derudover potentielt i højere grad fastholde og tiltrække ressourcer ved ikke at skulle konkurrere herom med andre sygehusområder. På den anden side vurderer kommissionen, at opdelingen medfører øget risiko for silotænkning, der kan gøre det vanskeligere at samarbejde om den konkrete behandling, hvor der ofte vil være behov for både en somatisk og en psykiatrisk indsats.

Vi er enige i kommissionens analyse omkring fordelene ved den nuværende adskilte struktur, og vi mener, at en sammenlægning med somatikken først bør ske, når psykiatriplanen er implementeret, så der er opbygget de nødvendige faglige miljøer og specialisering, og en sammenhængende sundhedsfaglig indsats for børn og unge med psykisk sygdom med en sammenhængende koordineret indsats – herunder en socialpsykiatri for børn og unge og lovgivning ift. velfungerende ikke-medicinsk behandling.

Vi ønsker derfor at understrege, at den silotænkning indenfor sundhedsvæsenet man ønsker at adressere, på nuværende tidspunkt er et mindre problem for børne- og ungdomspsykiatrien, end den silotænkning vi oplever mellem kommuner og regioner. Da vores patienter på afgørende punkter er afhængige af et forpligtende samarbejde mellem kommuner og regioner, skal denne problemstilling adresseres først. På sigt vil en fuld

integration af den psykiatriske og somatiske organisering være en visionær videreudvikling imellem mere ligestillede partnere.

4. Øvrige kommentarer:

Ovenstående er Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskabs vigtigste budskaber. Nedenfor beskrives en række andre punkter med relevans for børne- og ungdomspsykiatrien.

A. Vedrørende anbefaling 1: ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Ang. samarbejde mellem praktiserende læger og kommunerne:

Ift. tilbagehenvisninger side 256:

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har i 2020 foretaget en rundspørge blandt deres medlemmer, der viser, at op i mod 90 procent af de alment praktiserende læger jævnligt oplever problemer med tilbage- henvisninger i psykiatrien. Problemet gælder særligt for børne- og ungdomspsykiatrien. Tilbagehenvisninger kan være med til at skabe usikkerhed og tvivl hos den enkelte om det videre behandlingsforløb og risiko for forværring af tilstanden, hvis den almenmedicinske læge ikke har alternative muligheder for at tilbyde relevant udredning og behandling.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab erkender denne problemstilling og er meget glade for, at Sundhedsministeriet er lykkedes med at lovgive om et let tilgængeligt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge, som praktiserende læger kan henvise til.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab ser frem til det samarbejde, der skal ske ift. dette behandlingstilbud og vil også gerne være med til at formulere opgavebeskrivelse for almen praksis, så almen praksis også kan håndtere en større del af de psykiske problemstillinger tidligt i samarbejde med kommunerne som primær sektor.

Men der vil stadig være en risiko for usikkerhed og tvivl, idet der ikke er en fælles kommunikationsplatform imellem de tværsektorielle siloer. De manglende muligheder for at kommunikere digitalt mellem kommuner, praktiserende læger og hospitalssektor - og med familierne gælder både ret til gensidig orientering og henvisning.

Vi anbefaler derfor større åbenhed, f.eks. en fælles journal, som "ejes" af patienten og dennes familie. Borgere skal have ret til journalindsigt i kommuner, som der er det i regioner.

B. Vedrørende anbefaling 2 om ny organisering af digitalisering og data.

Dette er vigtig nationalt ift. fx behandling, forskning, brug af PRO data og databaser. Det vil være vigtigt, at der i et sådant arbejde tænkes tværsektorielt, så data ikke bliver forsimplet eller mangelfulde fx for patienter, hvor behandling foregår både i primære og sekundære regi. Her er børne- og ungdomspsykiatrien særligt udsat, da kommunernes brug af og tilgang til data er helt anderledes end Regionernes. Vi ser gerne et krav om fælles dataindsamling tværsektorielt.

Et aktuelt og presserende eksempel på problemer med digitalisering for børne- og ungdomspsykiatrien er implementeringen af ICD 11, der aktuelt er stoppet, fordi det "kun" er psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, der efterspørger dette ud fra vigtige faglige begrundelser. Men når økonomi og samarbejde om digitalisering mellem statslige og regionale instanser ikke kan lykkes, står det i vejen for faglig udvikling, diagnosticering og behandling af vores patienter.

C. Vedrørende hjælpemidler og patientrettet forebyggelse – side 304.

Her kunne vi ønske, at kommissionen havde været eksplicit og understreget, at disse også bør omfatte tilbud til børn og unge med psykiske lidelser og neurodiversitet. Vi oplever desværre tit at disse muligheder ikke anses at omfatte f.eks. tilbud til børn og unge med varige funktionsnedsættelse p.gr.a. f.eks. ADHD og/eller autismespektrumsforstyrrelser. Endnu et eksempel på ulighed mellem psykiatri og somatik.

D. Vedrørende patientrettigheder.

I kapitel 13 står der: *Sundhedsstrukturkommissionen er samtidig opmærksom på, at patientrettigheder også kan have u hensigtsmæssige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Robusthedskommissionen har bl.a. peget på, at patientrettigheder kan vanskeliggøre mulighederne for at foretage faglige skøn og prioriteringer i sundhedsvæsenet. Et stærkt styringsmæssigt fokus på at overholde bestemte ventetider kan i princippet lede til u hensigtsmæssige prioriteringer hos de driftsansvarlige myndigheder.*

Børne- og Ungdomspsykiatrien har måske mere end noget andet speciale oplevet de u hensigtsmæssige konsekvenser af disse patientrettigheder, hvor det faktisk ikke er blevet en patientret, der løfter kvaliteten eller sikre patienterne bedre hjælp. Retten til behandling er forsvundet, kompetencer udvandet og rettighederne er kun blevet til en ret til diagnosticering.

Vi er derfor glade for, at sundhedsministeren har igangsat et arbejde, der skal se på denne problematik, da et ensidigt fokus på disse tal har haft meget negative konsekvenser for det faglige niveau og arbejdsmiljø i hele børne- og ungdomspsykiatrien. Det har medført vanskeligheder ift. fastholdelse af alle faggrupper og en forskydning mod en større privat sektor indenfor vores speciale.

Derfor bakker selskabet selvfølgelig op om henstillingen på side 275 ift. at sikre anonyme data fra forsikringselskaberne og "danmark" ift. socioøkonomiske oplysninger og ydelsesstatistik.

E. Vedrørende Anbefaling 3 omhandlende vækstloft for sygehuslæger.

Dette er ikke på nogen måde aktuelt at tænke ind i børne- og ungdomspsykiatrien, der fortsat er udfordret af rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer. En yderligere udvandring af børne- og ungdomspsykiatrien ift. lægekræfter vil spænde ben for den begyndende positive udvikling, der er på vej. Den dagsorden der foregår i somatisk regi mhp. overføre aktivitet og sikre læger i primære regi, er slet ikke aktuelt for børne- og ungdomspsykiatrien.

Afslutning:

BUP-DK anerkender den kæmpe indsats, der ligger bag kommissionens rapport. I respekt for at psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien kun udgør en mindre del af det danske sundhedsvæsen, er vi alligevel skuffet over det manglende fokus på den mentale sundhedskrise, vi oplever netop nu. Selv i den mest ambitiøse model 1, er der ikke fokus på at løse psykiatriens problemer. Dette beskriver kommissionen på side 248:

*Sammenlignet med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet sker der med model 1 en samling af ansvar, kompetence og budget for opgaveløsningen i sundhedsvæsenet, og de organisatoriske snitflader mellem sundheds- og ældreområdet reduceres. På den måde skabes der gode betingelser for sammenhæng i patientforløb, og det er en central fordel ved model 1. Hvor stort potentialet er, afhænger dog af den valgte styreform, den interne organisering i de nye enheder, og præcis hvilken variant af opgavesamling der vælges..... **Samtidig er der snitflader på andre områder, især det psykiatriske område, som ikke løses med model 1.***

Kommissionen omtaler dog mange steder i rapporten flere konkrete udfordringer netop indenfor børne- og ungdomspsykiatrien, f.eks.:

- *Boks 13.2 Væsentlige konklusioner fra analyse om sundhedsforsikringer*
6. pind, side 273: "Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være udfordringer indenfor enkelte specialer eller fagområder, fx indenfor børne- og ungepsykiatrien".
- *Boks 12.2 Udvalgte fakta om mennesker med psykiske lidelser*
3. pind, side 247: "Antallet af børn og unge med kontakt til den regionale psykiatri er steget fra ca. 25.000 i 2009 til ca. 46.000 personer i 2022. Det svarer til en stigning på ca. 87 pct".
7. pind, side 247: "Blandt børn og unge vil ca. 15 % blive diagnosticeret med en psykisk lidelse, inden de fylder 18 år".
- *Side 246: "Der er i de senere år sket en betydelig aktivitetsstigning i den regionale psykiatri, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien".*

Vi ser det derfor som en alvorlig mangel, at kommissionen ikke også har omfattet de relevante dele af Serviceloven, Barnets Lov og Folkeskoleloven som "nærtliggende" ift. sundhedsloven – og dermed omfattet af kommissionens genstandsfelt. Vi håber det kommende lovgivningsarbejde vil inddrage dette, og at der vil komme konkrete ændringer, der forpligtiger en tværsektoriel indsats til børn og unge med mentale og psykiske vanskeligheder, og som understøtter, at børne- og ungdomspsykiatriens ressourcer og kompetencer bruges bedst muligt.

Ved behov står selskabets bestyrelse gerne til rådighed med uddybende oplysninger og forklaringer.

På bestyrelsens vegne,
Nina Tejs Jørring
forperson@bupnet.dk
<https://bupnet.dk/>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sendt til: sum@sum.dk

6. august 2024

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Cystisk Fibrose Foreningen indgiver hermed særskilt høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger til fremtidens sundhedsvæsen, ligesom Foreningen har leveret input til DHs samlede høringsvar. Som Forening mener vi, at der er særlige forhold omkring den højt specialiserede behandling, som det er vigtigt, at der tages højde for i ønsket om et sundhedsvæsen med mere sundhed for alle og mere sammenhængende patientforløb, særligt for dem med mere end én sygdom.

Først og fremmest vil vi dog takke Sundhedsstrukturkommissionen for deres indsats og anbefalinger. Det er et grundigt arbejde, der ambitiøst og modigt sætter perspektiver for fremtidens sundhedsvæsen. Det bifalder vi. Som Forening ser vi ind i en fremtid, hvor flere med cystisk fibrose lever længere end de i dag ca. 40-50 år med sygdommen, og dermed også potentielt får flere aldersbetingede sygdomme. Selvom cystisk fibrose er den hyppigste, alvorlige arvelige sygdom, som 150.000 danskere er raske anlægsbærere af, er sygdommen stadig relativ sjælden. 1-2 børn fødes hver måned med den uheldelige sygdom, og i dag lever knap 600 børn, unge og voksne med cystisk fibrose i Danmark. De behandles alle på de to højt specialiserede Cystisk Fibrose Centre på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital.

Den tæt fulgte og højt specialiserede behandling og mere effektive behandlingsmetoder betyder, at stadig flere med cystisk fibrose lever godt ind i voksenalderen trods den livsbegrænsende sygdom. Derfor ser vi det også positivt, hvis mennesker med en sjælden og alvorlig sygdom som cystisk fibrose i fremtidens sundhedsvæsen kan modtage den rette faglige og højt specialiserede behandling for deres sygdom, og samtidig modtage forebyggende, patientrettet støtte og rehabilitering samt opsporing og behandling for andre og mere almenkendte sygdomme i det nære og primære sundhedsvæsen, i rette kombination med behandlingen af cystisk fibrose.

Generelt

Sundhedsstrukturkommissionen stiller forslag om større opgavesamlinger på sundhedsområdet, hvilket vi bakker op om. Vi ser det positivt, hvis ansvaret for sundheds- og omsorgsindsatser relevant for mennesker med en sjælden diagnose som cystisk fibrose samles under samme myndighed, ikke mindst ud fra princippet om, at øvelse gør mester. Det gælder særligt ved sygdomme med mindre populationer.

Cystisk Fibrose Foreningen bakker ligeledes op om Sundhedsstrukturkommissionens pejlemærker for fremtidens sundhedsvæsen med sundhed for de mange, lige adgang til sundhed og differentierede indsatser. Vi finder det dog nødvendigt at påpege, at disse pejlemærker også må gælde børn, unge og voksne med en alvorlig, sjælden og kronisk sygdom som cystisk fibrose, der behandles i det højt specialiserede sundhedsvæsen. De mest sjældne, sundhedsudsatte og alvorligt syge patienters overlevelse og livskvalitet er afhængig af en højt specialiserede behandling i Danmark. Det specialiserede sundhedsvæsen finder vi er ellers begrænset behandlet i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, foruden at økonomien til nye initiativer i det primære sundhedsvæsen skal findes her. Det finder vi ærgerligt, og ser derimod en styrkelse af det højt specialiserede sundhedsvæsen som en nødvendighed, hvis ønskerne for opgaveløftet i det primære sundhedsvæsen skal indfris på ressourceeffektiv, bæredygtig og fagligt funderet vis, så Sundhedsstrukturkommissionens pejlemærker kan imødegås for alle patientgrupper.

Dette skyldes ikke mindst, at Sundhedsstrukturkommissionen i deres rapport selv nævner risikoen for mindre faglig bæredygtighed og risiko for tab af de senere års gevinster af den højt specialiserede behandling på sygehusene. Det er gevinster, som også mennesker med cystisk fibrose har oplevet gavn af i form af længere overlevelse, færre perioder med alvorlig sygdom og indlæggelser, større livskvalitet med bedre muligheder for at tage del i et aktivt liv med familie, uddannelse og arbejde for både den sygdomsramte og dennes pårørende. Det er til fordel for den enkelte og for samfundet.

Vi har derfor følgende kommentarer til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger:

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud

Sundhedsstrukturkommissionen anser almen praksis som central for leverancen af sundhedsydelser og tilgængelighed i fremtidens sundhedsvæsen.

Vi ser det positivt, hvis almen praksis bliver en endnu mere integreret del af behandlingen af og støtte til mennesker med cystisk fibrose, da det kan være til gavn for patientens nærhed og hverdagsliv, men også for opsporing og forebyggelse af andre fysiske og psykiske udfordringer og sygdomme (multisygdom). Dette gælder ikke blot for den sygdomsramte selv, men også den nære familie i forhold til en alvorlig sygdomsbelastning hos pårørende i form af fx angst og depression.

Vi ser det dog som nødvendigt, at almen praksis' fremtidige leverancer af sundhedsydelser og støtte til personer med en alvorlig og forholdsvis sjælden sygdom som cystisk fibrose sker i tæt samspil med de faglige kompetencer i det højt specialiserede sundhedsvæsen. Dette kræver, at der afsættes kompetencer og ressourcer hertil både i det højt specialiserede sundhedsvæsen og i almen praksis. I både specialeplanlægning og opgavebeskrivelse for det primære sundhedsvæsen, ser vi det derfor vigtigt, at der indgår et hensyn til patienter med svære kroniske sygdomme i små populationer, der forventeligt medfører mere komplekse og individuelle behov for sundhedsydelser hos den enkelte almenpraktiserende læge og andre sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen, herunder også til patientrettet egenomsorg, forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af andre sygdomme, samt opgaver inden for pleje og omsorg. Det gælder ikke mindst også ved livsovergange - som i øvrigt virker mindre belyst af Sundhedsstrukturkommissionen, hvor overgangsproblemetikker mest relateres til sektor- og myndighedsovergange. For personer med medfødte og kroniske sygdomme, kan livsovergange være udfordrende at håndtere og som kræver støtte fra flere sundhedsprofessionelle.

Vi anser det ikke som ressourcemæssigt fordelagtigt - eller reelt gennemførligt - at den enkelte almene læge / sundhedsprofessionelle skal kende indgående og detaljeret til en sjælden og kompleks sygdom som cystisk fibrose. Derfor vil det være nødvendigt, at aktører i det primære sundhedsvæsen har muligheden - og forpligtelsen - til at søge den faglige viden om sygdommens behandling og relevante støtte på de højt specialiserede afdelinger på sygehusene, som også må have ressourcerne til at understøtte sådan faglig vidensdeling.

I den forbindelse vil det også være vigtigt, at en ansvarlig myndighed på regionalt og nationalt plan har mulighed for at følge op på, om patienterne modtager de nødvendige og aftalte sundhedsydelser for sygdommen på tværs af de højt specialiserede afdelinger og det primære sundhedsvæsen, hvad angår opsporing, behandling og genoptræning samt psykosocial støtte og viden, der også er et væsentligt element i de internationale guidelines for behandling af en sygdom som cystisk fibrose.

Anbefaling 2: Etablering af ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet

Vi finder ønsket om bedre brug af digitale løsninger og data i patienters behandlingsforløb og i opgaveløsningen på tværs af sundhedsudbydere positivt. Dette er ikke mindst i forhold til at mindske den sygdomsramtes oplevelse af at skulle være "bærer af sygdomsinformation" og projektleder på egen sygdom i mødet med forskellige dele af sundhedsvæsenet, men også muligheden for at understøtte behandlingen i eget hjem.

Vi finder det dog vigtigt, at der i arbejdet med digitalisering ikke høstes, før der sås, når det gælder behandlingskrævende sygdomsområder med sjældne sygdomme som cystisk fibrose. Det er nærlæggende at forestille sig, at nye digitale redskaber og løsninger først og fremmest bliver udviklet til store patientgrupper med almene sygdomme. Sådanne digitale redskaber og løsninger kan ikke nødvendigvis understøtte mere sjældne patientgruppers behov for sundhedsydelse, herunder undersøgelser, kontrol, rehabilitering og psykosocial støtte. Vi ser derfor gerne, at der tages særsigt hensyn til sådanne sygdomsområder, og der søges faglig afklaring ved fx de højt specialiserede afdelinger og blandt de sygdomsramte selv ved eventuel ibrugtagning af nye digitale procedurer og værktøjer, der vil influere sådanne patientgruppers behandlings- og støtteaktiviteter på fx hospital, så disse ikke nedlægges, før der er reelle og velfungerende alternativer.

Anbefaling 3: Fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (national sundhedsplan)

Som Forening støtter vi forslaget om en national sundhedsplan, der kan skabe en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen i ønsket om mere lige adgang til sundhed. Vi finder det dog bekymrende, hvis dette sker på bekostning af det specialiserede sundhedsvæsen, da vi finder, at det vil forringe behandlingen for mennesker med en sjælden, uhelbredelig og behandlingskrævende sygdom som cystisk fibrose, og derved øge uligheden i adgang til sundhed for nogle af de mest behandlingsafhængige og sårbart stillede patientgrupper. Denne bekymring ses særligt i lyset af, at der i kommissionens rapport side 242 under "Forslag 6: Styring af det højt specialiserede sygehusområde" omtales tiltag som "aktivitetsloft" for højt specialiseret behandling og "tilpassede afregningsmodeller" for at dæmpe incitamentet for at få patienter ind i et højt specialiseret behandlingsforløb.

Personer med cystisk fibrose er dybt afhængige af den specialiserede behandling grundet sygdommens begrænsede udbredelse jf. øvelse gør mester. Cystisk fibrose er samtidig en uhelbredelig sygdom, som kræver omfattende behandling i det daglige og på hospitalet for at forsinke/formindske sygdommens progression. Desuden kommer sygdommen til udtryk forskelligt patienterne imellem og gennem livet, hvilket kan medføre væsentligt differentierede behandlingsbehov i patientgruppen. Samtidig kan patienten hurtigt få livsfarlige komplikationer af sygdommen, ligesom cystisk fibrose medfører risiko for en lang række andre sygdomme, udfordringer og lidelser, der kræver tæt samarbejde med andre specialer på hospitalet og rette psykosociale støtte. Det er alle forhold, der stiller krav til tæt og hyppig opfølgning af læger og andre sundhedsprofessionelle med specifik viden om sygdommen og dens behandling for den enkelte patient.

Også med blik for netop ressourceforbrug og behandlingsresultater giver det mening at bevare og styrke det højt specialiserede sundhedsvæsen for sjældne og komplekse sygdomme såsom cystisk fibrose. Som det fremgår af Sundhedsstyrelsens Specialeplanlægning fra 2015 bør en funktion ikke varetages flere steder end nødvendigt for at kunne sikre en høj kvalitet med den fornødne viden, rutine, erfaring, volumen og nødvendige faciliteter. Samtidig fordrer fremtidens forventede nye behandlingsmuligheder også et stærkt fagligt og højt specialiseret niveau, hvis disse behandlingsmuligheder skal kunne tages i anvendelse og monitoreres på mindre patientgrupper, så de kommer de patienter, der vil have værdi heraf, til gavn.

Den højt specialiserede behandling af personer med cystisk fibrose har også medført, at mange bliver ældre med deres sygdom - altså en behandlingsmæssig stor succes for en alvorlig sygdom, der tidligere har været kendetegnet af høj børnedødelighed. Den succes medfører, at flere patienter i dag og i fremtiden skal behandles for cystisk fibrose på særligt voksenafdelingerne i det højt specialiserede sundhedsvæsen. Vi er derfor bekymrede for, at et dæmpet aktivitetsniveau i det højt specialiserede sundhedsvæsen vil udhule ressourcerne på disse afdelinger, så patienterne risikerer ikke at få den optimale og differentierede behandling ud fra deres aktuelle sygdomsbillede med et forventeligt dårligere helbred og på sigt overlevelse.

Samtidig er det værd at have for øje, at de højt specialiserede afdelinger bidrager til at støtte den sygdomsramte og de pårørende med mere end blot den behandlingsmæssige kompetence for en sjælden sygdom som cystisk fibrose. Afdelingerne er et holdepunkt i en sjælden, svær sygdomstilværelse, og bidrager med psykosocial viden og støtte samt forskning og viden om livsforhold, risikofaktorer og andre sygdomme som ses hos cystisk fibrose. Sådant behandlingsmæssig succes, viden og støtte må ikke gå tabt i fremtidens sundhedsvæsen. Det vil ikke være gavnligt for ambitionen om et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen, særligt ikke for børn, unge og voksne med sjældne, alvorlige og behandlingskrævende sygdomme samt deres pårørende.

Med venlig hilsen

CYSTISK FIBROSE FORENINGEN



Anja Nordstrøm Klett
Direktør



Blekinge Boulevard 2
DK-2630 Taastrup

Forskerparken 10
DK-5230 Odense M

Tel. +45 3254 2425
info@danish.care
www.danish.care

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

Taastrup, 6. august 2024

Hørings svar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Danish.Care vil hermed benytte sig af muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024. Som organisation vil vi i den sammenhæng samtidigt påpege, at vi ikke er inkluderet på høringslisten, som høringsbrevet er fremsendt til den 11. juni, og jeg skal hermed anmode om, at Danish.Care kommer på høringslisten fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremover.

Danish.Care – branchen for hjælpemidler og velfærdsteknologi udtaler sig på vegne af producenter og distributører af hjælpemidler, velfærdsteknologier og pleje-, rehabiliterings- trænings- og omsorgsløsninger, herunder digitale løsninger, som benyttes i både hospitalsvæsnet og i den kommunale pleje- og ældresektor.

Som forening repræsenterer vi ca. 140 leverandører og dermed samarbejdspartnere for både hospitaler, klinikker, lægehuse, institutioner, plejehjem, botilbud og centre til rehabilitering og genoptræning i både regionalt og kommunalt regi.

Dette høringssvar kan også ses i forlængelse af branchens input til Sundhedsstrukturkommissionen om velfærdsteknologi og hjælpemidler, som vi fremsendte sammen med Aarhus Kommune i januar 2024 med fem anbefalinger:

Anbefaling 1 Lovgivning. Det er nødvendigt med tilpasninger af loven, så teknologier som sensorer, telemedicin, og app-baserede løsninger kan hjælpe med at monitorere patienter, levere behandling på distancen og reducere behovet for hospitalsbesøg.

Anbefaling 2 Implementering og kompetenceudvikling. Teknologiundervisning bør udbygges på alle velfærdsfag på alle niveauer, og der skal afsættes ressourcer til implementering af eksisterende velfærdsteknologier tæt på praksis og til efteruddannelse af medarbejdere.



Anbefaling 3 Forenklet adgang til hjælpemidler. Borgerne må ikke fare vild mellem kommuner og regioner. Det skal gøres nemt for borgerne at købe småhjælpemidler selv, og minimumsgrænsen for bevilling bør skærpes. Visitationsprocesser skal forsimples og i nogle tilfælde erstattes af en tro og love-erklæring.

Anbefaling 4 Etik. Der skal udarbejdes nationale, etiske retningslinjer for brugen af velfærdsteknologier, så hverken borgernes eller medarbejdernes integritet og privatliv krænkes.

Anbefaling 5 Udbud, indkøb og bæredygtighed. Sektorerne bør samarbejde om kloge udbud og indkøb. Allerede på udviklingsstadiet bør samarbejde mellem sektorer øges, så udviklingsarbejdet er behovsdrevet, og velfærdsteknologierne bliver nemmere at implementere i praksis og understøtter bæredygtighed i anskaffelse og brug.

Læs hele branchens input her: <https://velfaerdsteknologi.aarhus.dk/vores-opgaver/indsatser-der-understoetter-implementering/januar-2024-anbefalinger-til-sundhedsstrukturkommissionen-om-velfaerdsteknologi-og-hjaelpemidler>

Hjælpemidler og velfærdsteknologis funktioner og anvendelsesområder

Hjælpemidler og velfærdsteknologi, herunder digitale løsninger indenfor disse områder, er for langt størstedelens vedkommende medicinsk udstyr som defineret i MDR, forordningen for medicinsk udstyr, og er dermed underlagt de regulatoriske rammer ift. effekt og sikkerhed, som er defineret i MDR.

Hjælpemidler afhjælper funktionsnedsættelser, enten midlertidige eller varige, for borgere eller patienter. Det kan både være i forbindelse med udskrivning fra hospital efter behandling eller operation, det kan også være afhjælpning af medfødt eller opstået handicap, eller det kan være til ældre borgere, som har fået et behov, og som er blevet visiteret til et hjælpemiddel for at kunne opretholde førlighed og en funktionel hverdag. Hjælpemidler kan i høj grad sikre selvhjulpenerhed, egen-mestring og værdighed i hverdagen.

Løsningerne omfatter også træningsområdet, f.eks. både vedligeholdende træning og genoptræning efter serviceloven, genoptræning og rehabilitering efter udskrivelse efter sundhedsloven.

Mange løsninger fra branchen kan være enten eller både et hjælpemiddel, et behandlingsredskab eller et træningsredskab afhængig af brugssituationen. Andre løsninger defineres som forbrugsgoder eller vanligt indbo. For både borgere, myndigheder og virksomheder giver det store udfordringer i hverdagen at skulle forholde sig til forskellige definitioner og forskellige lovgivninger og paragraffer som f.eks. sundhedslov eller servicelov og forskellige kasser i enten regionen eller kommunen eller forskellige forvaltninger i kommunen. Det er velbeskrevet, også i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at denne kasseopdeling er stærkt uhensigtsmæssig for borgerne, der ofte bliver kastebold mellem kommune og region og ikke får den hjælp, som de har ret til, og som de har behov for.



Generelt om Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Overordnet set bakker Danish.Care helhjertet op om Sundhedsstrukturkommissionens rapport og grundige arbejde ift. målet om at fremtidssikre sundhedsvæsenet i en situation med stigende efterspørgsel, mangler på visse medarbejderressourcer og samtidig med, at nye behandlingsmuligheder, herunder digitale løsninger, udvikles og introduceres i behandlingen og plejen. Samtidigt er der store, veldokumenterede og velbeskrevne udfordringer med usammenhængende patientforløb og ubalancer mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Rapporten ser vi også i naturlig forlængelse af Robusthedskommissionens rapport fra september 2023, herunder ikke mindst i forhold til anbefalingerne 6, 7 og 8 om digitalt og teknologisk først, arbejdskraftsbesparende teknologier og styrkelse af digitale kompetencer og teknologiforståelse.

Og i Danish.Care sætter vi også rapportens anbefalinger i relation til aftalen om Ældreformen fra april 2024 – herunder ift. samspillet og muligheden for at forbedre samspillet mellem sundhedsvæsenet og ældresektoren. Og dermed mere overordnet mellem ”behandlingen” i regionalt regi og ”plejen, træning, omsorg og rehabilitering” i primært kommunalt regi.

Overordnet input til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I Danish.Care ønsker vi overordnet at henlede Sundhedsstrukturkommissionen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet til følgende betragtninger ift. rapporten:

1) Prioritering af forebyggelse: Sundhedsstruktur må ikke, tilsigtet eller utilsigtet, ligestilles med ”sygdomsstruktur” eller ”behandlingsstruktur”. Med det menes, at det er vigtigt ikke at nedprioritere forebyggelse og ikke mindst træning, genoptræning og rehabilitering i organiseringen af fremtidens sundhedsstruktur. Der er store både menneskelige, organisatoriske og økonomiske gevinster ved at kunne forhindre sygdom og minimere behovet for behandling. Vi har forståelse for at Sundhedsstrukturkommissionen i sit arbejde og ud fra sit kommissorium ikke har forholdt sig til primær forebyggelse i samfundet – men målrettet forebyggelse og at kunne minimere behovet for behandling er både muligt og ønskeligt. Det håber vi, at den fremtidige struktur i endnu højere grad end skitseret vil underbygge.

2) Afskaffelse af afgrænsningscirkulæret: Sundhedsstruktur er i høj grad afhængig af det optimale samspil mellem sektorer, og flere af de udfordringer, det danske sundhedsvæsen har i dag, er funderet i udfordringer ift. sektorovergange og forskellige lovgivninger og kasser – hhv. f.eks. sundhedslov og regioner og servicelov og kommuner. I Danish.Care bakker vi stærkt op om, at afgrænsningscirkulæret afskaffes og erstattes af et mere tidssvarende regelsæt. Det håber vi, at den fremtidige struktur vil underbygge.

3) Sondring mellem data og digitale løsninger: Sundhedsstruktur handler i stigende grad også om data, digital omstilling og digitalisering af behandlinger og services – som der også tydeligt redegøres for i rapporten. Herunder bl.a. egen-behandling, behandling i eget hjem, point of care behandling m.v. Men det er afgørende, at definitionerne af og forståelsen af begreberne



digitalisering og data bliver mere tydelige, end det er fremført i rapporten. Vi håber, at der i det forestående arbejde vil blive skelnet tydeligere mellem, hvad der er "data" og "datainfrastruktur", og hvad der er "digitale løsninger" – herunder f.eks. sensorteknologi, hjemmemonitorering, apps m.v., som i praksis i mange tilfælde vil være medicinsk udstyr (bl.a. som det er defineret i MDR). Datainfrastruktur og styringssystemer som EPJ / EOJ og digitale løsninger til sundhed og pleje som hjemmemonitorering, træningsapps, sensorteknologi (herunder innovation ift. digitale løsninger) er to forskellige genstandsfelter, som ikke må ligestilles. Heller ikke når det kommer indkøb (centralt eller decentralt), udvikling og til den daglige drift.

4) Klar lovgivning for både fysiske/analoge og digitale og sensorbaserede løsninger: Selvom data og digitalisering fylder mere og mere, kan mange af de rette løsninger også være ikke-digitale. Hjælpemidler og velfærdsteknologi til både hospitaler og i den kommunale sektor er rigtig mange forskellige former for teknologier og løsninger hvoraf langt hovedparten er fysiske produkter – alt fra kropsbårne hjælpemidler til senge, stole, lejer, lifte, forflytningshjælpemidler, madrasser, puder, løsninger til toilet og bad og meget andet. Der er samtidig en rivende udvikling i gang, hvor de fysiske produkter kan blive digitale, f.eks. hvor en seng, en lift, en stol eller en ble får indbygget sensorer eller dataopsamlere og dermed forener det fysiske og digitale. Denne udvikling rummer store muligheder for både patienter, borgere og personalet. Kunstig intelligens, AI, forventes også at bringe store udviklingsmuligheder til branchens løsninger ift. bl.a. at kunne forudsige hændelser, fald, og forværringer i tilstande m.v. Opsamling af data og brugen af AI er nye og helt nødvendige tiltag, hvis vi skal kunne give bedst mulig borgerrettet pleje. Samtidig rejser sådan en praksis nogle komplekse udfordringer i forhold til lovgivningen. Der er behov for en klar og entydig lovgivning, der kan virke fremmende for anvendelse af sensorbaserede velfærdsteknologiske løsninger til gavn for borgerne. Dette kan bidrage til at sikre, at ressourcerne bruges, hvor der er reelle behov. Det er afgørende, at rammerne for brug af kunstig intelligens i sundheds- og ældreplejen fremmes og ikke hindres i den kommende sundhedsstruktur.

Specifikt input til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Danish.Care vil i dette høringssvar ikke forholde sig til valg af forvaltningsmodeller eller komme med anbefalinger ift. enten model 1, 2 eller 3.

Uagtet valg af model vil det være afgørende, at følgende indarbejdes i den kommende struktur for sundhedsvæsenet:

1. Smidig tildeling af hjælpemidler og afgrænsningsudfordringer skal løses

Afgrænsningsudfordringer mellem kommune og region, og ml. servicelov og sundhedslov skal løses nu – en gang for alle. Udfordringerne i den nuværende organisering er velbeskrevet mange steder bl.a. nu også i Sundhedsstrukturkommissionens rapport afsnit 4 og giver anledning til dybe frustrationer for både borgere og patienter og for kommunerne og leverandører.

Afgræsningscirkulæret fungerer ikke i virkeligheden og kan med fordel erstattes af et mere tidssvarende regelsæt. Eksemplerne er mange – men det vedrører f.eks. området for kompressionsprodukter som kompressionsstrømper mod lymfødeme, tyngdeprodukter som kugledyner og forskellige former for træningsredskaber til børn med handicap, som ikke kan



bevilliges af en kommune, fordi det ikke kun afhjælper et handicap, men også træner og forbedrer borgerens/barnets tilstand. Teknologien eller hjælpemidlet skal følge patienten uanset sektoren.

I Danish.Care foreslår vi, at der, uanset hvilken fremtidige struktur der fastlægges, etableres et fælles økonomi- og myndighedsansvar for tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber uanset definitioner og begreber, så alle borgere med behov kan få adgang til den rette løsning første gang, og hvor der er én til at betale. Borgere skal fortsat have ret til en konkret og individuel vurdering af behov, som det er beskrevet i den nuværende lovgivning.

2. Frit valg bevares og styrkes i praksis

Borgere har i dag ret til frit valg af hjælpemiddelleverandør og udstyr. Borgere har ret til selv at vælge deres leverandør af et hjælpemiddel – og hvis borger ønsker at benytte en anden leverandør end den, som kommunen måtte have indgået aftale med og hvis produkt, kommunen måtte have på sit depot, har borger ret til dette mod egenbetaling af en eventuel merpris. Betaling af en eventuel merpris aftales direkte med den givne leverandør uden kommunens involvering. Frit valg er en rettighed, som skiftende regeringer har værnet om – men som i praksis ikke opleves at være velfungerende. Det frie valg er i praksis ikke frit alle steder, da det forudsætter, at der fra myndighed til borgere gives fuld information om rettigheden i alle kommuner. Dette opleves ikke at være tilfældet i dag, hvor det kan være forskelligt fra kommune til kommune og fra sagsbehandler til sagsbehandler, hvilke rettigheder og oplysninger der videregives. Dette skaber ulighed i sundhed.

I Danish.Care foreslår vi, at ordningen for frit valg af hjælpemiddelleverandør styrkes, så den i praksis understøttes af fuld information fra alle kommuner til borgerne om deres rettigheder. Det frie valg bør være en reel mulighed for alle borgere uanset deres egne eller pårørendes ressourcer. Det frie valg forudsætter også, at der er indsigt i priserne på de enkelte produkter, som kommunen har indgået aftale omkring, da det ellers ikke er muligt for borgere at opsøge alternative priser fra andre leverandører under det frie valg.

3. Finansieringsmodel med flerårige budgetter og stabilitet omkring budgetlægning

Som leverandører af udstyr til sundhedsvæsenet oplever vi som branche ofte udfordringen med en kort investeringshorisont hos både kommunale og regionale aftagere. Selv løsninger, som er velafprøvede og veldokumenterede, og som har en tilbagebetalingstid på alt fra få måneder til under et år, kan være vanskelige for kommuner at investere i pga. budgetlofter og etårige budgetter. Det giver ikke gode muligheder for sundhedsvæsenet til at investere i de bedst egnede løsninger ud fra et total-omkostningsperspektiv, hvilket igen hæmmer optaget af nye teknologiske løsninger og innovationer.

Sundhedsstrukturkommissionen nævner også i relation til Digital Sundhed Danmark behovet for en finansieringsmodel, der rummer mulighed for flerårig stabilitet i budgetlægningen. I Danish.Care foreslår vi, at regioner og kommuner får bedre muligheder for at operere med flerårige budgetter til investeringer i velafprøvet teknologi og løsninger. Det vil kunne give en stabilitet omkring budgetlægningen både ift. nye investeringer i regi af Digital Sundhed Danmark,



men også ifm. øvrige indkøb og investeringer af teknologiske og digitale løsninger til sundhedsvæsenet i både regioner og kommuner.

4. Fælles rammer og juridisk afklaring for ibrugtagning og skalering af løsninger

I Danish.Care bakker vi fuldt op om Sundhedsstrukturkommissionens fokus på behovet for ibrugtagning af ny teknologi, og det nævnes konkret, at innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og komplekse behov. Blandt Danish.Cares medlemsvirksomheders produkter er der en lang række eksempler på arbejdskraftsfrigørende teknologier, som er i brug visse steder i sundhedsvæsenet, men med potentiale til bredere udbredelse. Sundhedsstrukturkommissionen peger på Digital Sundhed Danmark, som en ny samlede service og leveranceorganisation for digitalisering og data, og i Danish.Care bakker vi op om behovet for en samlet national enhed og tilgang til skalering og udbredelse af kendte løsninger.

I Danish.Care foreslår vi i forlængelse af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at Digital Sundhed Danmark arbejder for at udbrede og skalere mange af de kendte løsninger, der findes på markedet i dag i højere grad end, at organisationen understøtter sundhedsvæsenets egenudvikling af nye teknologier eller løsninger – enten apps eller fysiske produkter. Digitalisering og data skal følge borgeren, for at kunne få udrullet de gode eksisterende løsninger, som ikke er bredt udbredt. For at understøtte den innovation, som foregår både ved de private leverandører og i et offentligt-private samarbejde, er det afgørende, at Digital Sundhed Danmark sikrer rammerne for fælles fortolkninger af f.eks. GDPR-regler, så det ikke er op til hver enkelt kommune eller regionale enhed og den lokale DPO at bestemme, hvad der er lovligt og muligt. Dermed kan vi overkomme udfordringer med forskellige fortolkning af f.eks. GDPR og informeret samtykke. En mulighedsorienteret juridisk tolkning med en tilgang omkring ”vis mig, hvordan det kan gøres lovligt” vil markant kunne styrke skaleringen af løsninger, der virker – både fysiske løsninger, men også digitale løsninger herunder f.eks. også ved brug af kunstig intelligens. Udrulningen af nye løsninger går i dag ofte i stå mellem projektstadiet, indkøb og udrulning pga. af manglende juridiske afklaringer og fælles national tilgang.

I Danish.Care står vi naturligvis til rådighed for en uddybning af vores synspunkter, og vi ser frem til at følge og bidrage til udviklingen af den fremtidige sundhedsstruktur i Danmark.

Venlig hilsen

Morten Rasmussen

Direktør, Danish.Care
mr@danish.care
+45 2738 7832

Indenrigs-og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

06-08-2024
BNW/412/00096

Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Danmarks Apotekerforening takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Sundhedsstrukturkommissionens arbejde og inddragende proces har skabt en åben og nødvendig debat om, hvordan vi styrker sundhedsvæsenet og skaber bedre sammenhæng for patienterne. Danmark Apotekerforening har deltaget i debatten og givet input som deltager i følgegruppen.

Med 525 apoteker fordelt over hele landet er apotekerne en integreret del af sundhedsvæsenet. Apotekerne leverer medicin, rådgivning om brug af medicin, sundhedsydelser og forebyggende tilbud direkte til borgerne. Som det fremgår af kommissionens beskrivelse af sektoren, varetager apotekerne blandt andet medicinsamtaler, dosisdispensering og genordination af visse lægemidler. Apotekerne leverer også i stigende omfang ydelser til kommuner og regioner.

Vi ser gode muligheder for, at apotekerne også fremover kan levere god tilgængelighed til medicin og sundhed og bidrage til at styrke det nære sundhedsvæsen uafhængigt af, hvilken forvaltningsmodel fremtidens sundhedsvæsen bygges op om.

Vi har i det følgende fokus på lægemiddelområdet og på, hvordan vi i fremtidens sundhedsvæsen kan styrke samarbejdet om borgernes medicin og medicinsikkerhed.

De generelle udfordringer i sundhedsvæsenet ses i høj grad også på lægemiddelområdet. Med flere ældre og flere med én eller flere kroniske sygdomme og med nye og bedre medicinske behandlingsmuligheder stiger efterspørgslen efter medicin og medicinrådgivning og borgernes forventninger til området. Samtidig er ressourcerne – både økonomisk og personalemæssigt – begrænsede. Udfordringer med at skabe sammenhængende forløb for patienterne gælder også, når det kommer til borgernes medicin, hvor især sektorovergange giver udfordringer. Forkert brug af medicin skønnes hvert år at resultere i 100.000 indlæggelser og op mod 5.000 dødsfald. Alligevel fylder lægemiddelområdet ikke meget i kommissionens afrapportering.

Vi foreslår derfor en opprioritering af arbejdet for at styrke medicinsikkerheden og nedbringe medicinfejl ved at øge arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet og nyttiggøre lægemiddelkompetencerne bedre.

For at styrke medicinsikkerheden foreslår vi konkret bl.a.:

- Inddrag de lokale apoteker i alle sundhedsklynger eller nærudvalg
- Indfør nationale retningslinjer for et kompetenceløft af personale i social- og plejesektoren på medicinområdet
- Indfør plejehjemsfarmaceuter for at styrke medicinsikkerheden på plejehjem
- Gennemfør forslaget om alternativ til recepten (kvik-recepten) hurtigst muligt.

Vi har derudover tre overordnede input til regeringen, som kan supplere kommissionens afrapportering:

- Samarbejde mellem alle relevante aktører om borgernes medicin skal styrkes i stærkere sundhedsklynger eller nærudvalg.
- Alle kompetencer skal bruges optimalt, så fremtidens sundhedsvæsen kan nå ud til alle borgere og tilbyde befolkningen behandling af god kvalitet.
- Mere agile strukturer skal understøtte øget brug af digitale løsninger og udvikling af ny teknologi – også på medicinområdet.

Vores input og forslag beskrives nærmere i det følgende.

Samarbejde om borgernes medicin skal styrkes i klynger eller nærudvalg

Medicin er en del af de fleste behandlingsforløb, og apoteket er ofte det første sted, borgeren eller en pårørende henvender sig efter en indlæggelse. Ved udskrivelse til en midlertidig kommunal plads eller plejehjem skal plejepersonale koordinere levering af medicin med apoteket.

Det kan give udfordringer, hvis recepten fra sygehuset ikke er lagt rigtigt eller rettidigt ind i FMK, eller hvis apoteket ikke har medicinen på lager og har svært ved at få fat i lægen på sygehuset. Levering og betaling for medicin kan også opleves som en udfordring, hvis borgeren ikke kan hente medicinen selv. Seponering af medicin ved indlæggelse og ny medicin kan skabe tvivl om, hvad borgeren nu skal tage.

Dospakket medicin, afhjælpning af forsyningsvanskeligheder, levering af medicin til plejehjem/bosteder/hjemmepleje og medicin udleveret på udleveringstilladelser er andre eksempler på områder, hvor flere aktører arbejder sammen om borgerens medicin.

Alle parter gør i dag en stor indsats for, at samarbejdet skal fungere, men ofte er sektorernes forskellige processer og manglende kendskab til regler hos andre årsag til misforståelser, frustration og forsinkelser.

Der er derfor brug for, at alle aktører – også bredere end praktiserende læger, sygehuse og kommunen – arbejder sammen, har adgang til relevant information om borgerens medicin og får regler og procedurer til at spille sammen.

Sundhedsklyngerne har indtil nu været en del af løsningen i forhold til at skabe mere sammenhængende forløb for patienterne. Som opfølgning på sundhedsreformen fra 2022 har en arbejdsgruppe under Indenrigs- og Sundhedsministeriet anbefalet, at apotekerne inddrages i samarbejdet i sundhedsklyngerne. Danske Regioner og KL har ligeledes opfordret alle sundhedsklynger til at inddrage apotekerne, og samarbejdet er flere steder kommet godt i gang.

Kommissionen beskriver en række udfordringer for sundhedsklyngerne, og klyngerne ses ikke tiltænkt en afgørende plads i en fremtidig organisering. I kommissionens model 1 og 2 med en høj grad af opgavesamling foreslår Kommissionen, at sundhedsklyngerne nedlægges. Kommissionen foreslår, at der i stedet etableres "nærudvalg" med stort set samme lokale geografisk forankring som de nuværende klynger.

Uanset hvem der fremover skal organisere de nuværende kommunale sundhedsopgaver, er der behov for at styrke samarbejdet om medicin lokalt. Det er en forudsætning for at kunne skabe gode og sammenhængende forløb for især ældre medicinske patienter og patienter med kronisk sygdom, der bruger mange lægemidler.

- Apotekerforeningen opfordrer til, at apotekerne i endnu højere grad end i dag integreres i det lokale samarbejde i sundhedsklynger eller nærudvalg.

Det er bl.a. her, grundlaget for bedre samarbejde lokalt og mere sammenhængende forløb – også på medicinområdet – kan skabes.

Klyngerne eller nærudvalgene vil også være et oplagt forum for mere strukturerede aftaler om samarbejde om dosispakket medicin.

Mere behandling i hjemmet stiller nye krav til samarbejde

Det lokale samarbejde på medicinområdet bliver endnu mere vigtigt i fremtidens sundhedsvæsen, hvor flere borgere skal behandles i hjemmet.

I de foreslåede modeller med høj grad af opgavesammenlægning vil regionerne eller nye administrative enheder overtage en større del af ansvaret for behandlingen på midlertidige pladser mv. og i borgernes eget hjem.

Det vil betyde, at samarbejdet mellem regioner/administrative enheder og apoteker om at levere medicin skal styrkes og flyde mere sammen.

Det ser vi allerede lidt af i dag. Med den nye apotekerlov er der givet nye muligheder for samarbejde mellem sygehuse/sygehusapoteker og private apoteker om udlevering af vederlagsfri sygehusmedicin på private apoteker. Et antal apoteker i Region Hovedstaden udleverer i dag vederlagsfri sygehusmedicin lokalt, så borgeren sparer transporten til sygehuset, og afdelingerne sparer ressourcer til udlevering.

- Apotekerforeningen opfordrer til, at ordninger med samarbejde mellem apoteker og regioner om udlevering af vederlagsfri sygehusmedicin udbredes til hele landet, og at der afsøges modeller for at effektivisere distributionen.

Apotekerforeningen opfordrer også til, at det nøje overvejes, hvordan distribution af medicin og medicinbehandling tilrettelægges i et sundhedsvæsen med en højere grad af opgavesammenlægning. Når patienter i højere grad skal behandles i praksissektoren og i eget hjem, er det vigtigt, at udlevering af og rådgivning om medicinen også sker tæt på borgeren på det lokale apotek, der har de lægemiddelfaglige kompetencer og erfaring med dialog med patienterne om brug af medicin i hjemmet.

En problemfri sektorovergang for patienter (og pårørende) fra sekundærsektor til primærsektor er afgørende i forhold til at skabe mere sammenhængende forløb også på medicinområdet.

Alle kompetencer skal bruges optimalt

Det har været en del af kommissionens opdrag at se fordomsfrit på organisering og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet.

Kommissionen har i de foreslåede modeller fokus på, hvem der skal varetage de nuværende kommunale sundhedsopgaver. I kommissionens anbefalinger er der fokus på især opgaveudvikling og styring af almenmedicinske tilbud og bedre brug af de samlede speciallægerressourcer. Det fremgår kort, at "øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud". Derudover er andre aktører i sundhedsvæsenet stort set kun beskrevet overordnet og deskriptivt.

- Apotekerforeningen opfordrer regeringen til at se bredere på opgavefordelingen i sundhedsvæsenet, så alle faggrupper og funktioner tænkes ind i en effektiv opgavefordeling. Bedre brug af alle kompetencer er en forudsætning for den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet.

Apotekerforeningen havde gerne set, at overvejelser i den bagvedliggende bilagsrapport 2 om opgavevaretagelse og omstilling i det primære sundhedsvæsen havde fundet vej til kommissionens anbefalinger.

I bilagsrapporten gives flere eksempler på, hvordan praksispersonale, sundhedsplejersker, apoteker, fysioterapeuter og kiropraktorer kan varetage opgaver, der i dag ligger hos praktiserende læger, på sygehuse eller hos det kommunale personale.

Det fremgår bl.a. at der kan frigøres ressourcer kommunalt ved at lade apotekerne have en større rolle inden for ressourcekrævende opgaver som medicin håndtering. Det fremhæves også, at apotekerne kan varetage sæsonvaccinationer og spille en større rolle ved pakning og dosering af medicin.

Arbejdsgruppen om apotekernes sundhedsydelse, som blev nedsat som opfølgning på sundhedsreformen fra 2022, har anbefalet en række områder, hvor apotekerne kan varetage flere opgaver. Det betyder for eksempel, at flere borgere nu kan få en medicinsamtale på apoteket. Brug af dosispakket medicin er også i vækst og indgår som et fokusområde i både regionernes og kommunernes økonomiaftaler.

Internationalt er der også stigende fokus på at nyttiggøre apotekernes kompetencer mere til at aflaste læger og andre dele af sundhedsvæsenet.

I en række europæiske lande nyttiggøres apotekernes sundhedsfaglighed og store berøringsflade med borgerne også til at styrke forebyggelsen gennem nære vaccinationstilbud, hvor apotekerne har selvstændig vaccinationsret uden behov for delegation fra en læge.

Apotekets deltagelse i de nationale vaccinationsprogrammer de senere år har vist, at det er velegnet til at øge vaccinationsraten i risikogrupperne. Apoteket fungerer som et trygt sted for borgerne, fordi de i forvejen kender det. Når regionerne sætter denne opgave i udbud hvert år, risikerer det at gå ud over de trygge rammer, fordi borgerne skal forholde sig til noget nyt hvert år. Det taler for, at vaccinationsopgaven tilrettelægges på en måde, der skaber transparens og forudsigelighed for borgerne.

- Apotekerforeningen opfordrer til, at der også i kommende overvejelser om opgavevaretagelsen i sundhedsvæsenet ses nærmere på, hvordan apotekets lægemiddelvevidenskabeligt uddannede farmaceuter (herunder behandlerfarmaceuter med opgavespecifik autorisation) og farmakonomer kan bidrage til en effektiv opgavevaretagelse. Det kan for eksempel være med følgende opgaver:
 - Undervisning om medicin og medicinsikkerhed i social- og plejesektoren
 - Medicingennemgang
 - Opstart af behandling på apotek
 - Plejehjemsfarmaceuter

Forslagene uddybes i boksen på næste side.

Fire forslag til styrket medicinsikkerhed og mere effektiv opgavevaretagelse

1. Undervisning i medicin, medicin håndtering og kvalitetssikring i social- og plejesektoren

Det fremgår af baggrundsmateriale til kommissionens anbefalinger, at 30 pct. af den kommunale aktivitet omhandler medicin håndtering.

Kompetencerne til at løfte opgaverne er imidlertid ikke altid til stede, og der opstår fejl og utilsigtede hændelser. Derfor har apoteker landet over gennem flere år samarbejdet med kommuner om undervisning og opkvalificering af det sundhedsfaglige og pædagogiske personale. Evalueringerne er gode og understreger behovet for tiltag, der kan øge medicinsikkerheden. Det varierer dog fra kommune til kommune, om der sker en opkvalificering af personalet, og samarbejdet er ofte knyttet op på puljer og projekter.

Apotekerforeningen opfordrer til, at der indføres nationale retningslinjer for et kompetenceløft af personale i social- og plejesektoren på medicinområdet.

2. Medicingennemgang

Medicingennemgang for patienter med multisygdom og prioritering af den samlede behandling nævnes i kommissionens baggrundsrapport som et eksempel på en opgave, der kan flyttes væk fra sygehusene og i højere grad end i dag skal kunne varetages i det primære sundhedsvæsen.

Arbejdsgruppen nedsat som opfølgning på den politiske aftale om en sundhedsreform anbefaler, at apotekerne efter aftale med lægen foretager medicingennemgang i lægedækningstruede områder. Det drøftes i øjeblikket, hvordan opgaven kan tilrettelægges. Det kan for eksempel tilrettelægges, så farmaceuterne på apotekerne foretager en medicingennemgang, som lægen kan tage udgangspunkt i ved årskontroller med patienter. Personalet på apoteket kan også efter aftale med lægen hjælpe borgeren med at trappe ud af uhensigtsmæssig brug af medicin.

3. Opstart af behandling på apotek

Ved mindre sygdomme og lidelser, hvor symptomerne er entydige, eller hvor valide test kan afgøre behandlingsbehovet, kan apotekerne aflaste praktiserende læger og vagtlæger ved at opstarte behandling. Det kan være relevant ved for eksempel smitte med klamydia eller børneorm, hvor hurtig behandling kan bremse smitte.

Apotekerforeningen foreslår, at der ses nærmere på en ordning, hvor apotekets behandlerfarmaceuter får mulighed for at opstarte medicinsk behandling for visse sygdomme efter faste protokoller udarbejdet af sundhedsmyndighederne.

I UK findes en lignende ordning under betegnelsen Pharmacy First. Her kan borgere ved syv mindre sygdomme (fx ondt i halsen og urinvejsinfektion) spare lægebesøget, og behandling opstartes på apoteket. Senest har man også i Frankrig gjort det muligt for apotekerne at igangsætte behandling ved halsbetændelse og urinvejsinfektioner.

4. Plejehjemsfarmaceuter

Mange plejehjem har de senere år fået tilknyttet plejehjems læger. Apotekerforeningen opfordrer til, at ordningen med plejehjems læger suppleres med en ordning med plejehjems-/botilbudsfarmaceuter fra det lokale apotek.

I samarbejde med plejehjemslægen kan farmaceuten sikre, at alle, der har behov for det, tilbydes en medicingennemgang ved indflytning. Plejehjems lægen og plejehjemsfarmaceuten kan også samarbejde om undervisning af personalet i medicin håndtering.

Strukturer skal understøtte digitale løsninger og udvikling af ny teknologi

Apotekerforeningen ser store muligheder i og støtter kommissionens ambition om omstilling mod et mere digitalt sundhedsvæsen. En øget digitalisering er af afgørende betydning for at skabe bedre udnyttelse af den eksisterende arbejdskraft.

Apotekssektoren arbejder løbende med udvikling af digitale løsninger. Vi tager del i udvikling af FMK, og de fleste apoteker har i dag fremtagningsrobotter. Sektoren har i 2020 lanceret appen 'apoteket', der understøtter borgerens medicinoverblik og gør det muligt at se, hvor medicin er på lager. Desuden har apotekerne tilbudt e-handel med receptmedicin siden 2004.

Vi oplever imidlertid, at tværgående digitaliserings- og automatiseringsforslag, der involverer myndigheder og centrale systemer, tager meget lang tid at få konkretiseret og besluttet og endnu længere tid at få implementeret.

Det gælder også forslag, som har bred opbakning. For eksempel et aktuelt forslag om et alternativt receptformat, hvor apotekets udlevering er baseret direkte på lægens ordination i stedet for på recepten. Forslaget er velbeskrevet af Sundhedsdatastyrelsen og har bred opbakning fra læger og apoteker.

- Apotekerforeningen opfordrer til, at forslaget om et alternativ til recepten – kvik-recepten – gennemføres hurtigst muligt. Kvik-recepten vil give en mere effektiv arbejdsdeling mellem læge og apotek, styrke patientsikkerheden og hjælpe patienterne, når der er forsyningsvanskeligheder for specifikke pakningsstørrelser.

Samme systemtræghed opleves i forhold til forslag om automatiseret receptekspedition, digitalisering af udleveringstilladelser, ernæringsblanketter og en abonnementsordning i medicintilskudssystemet. Det er forslag, der vil lette arbejdsgange, skabe mere sammenhængende forløb for patienterne og mindske ulighed i sundhed.

Vi oplever – som kommissionen beskriver under svagheder ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet – at der mangler strukturer for og incitament til udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier.

- Apotekerforeningen støtter således kommissionens anbefaling om, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet eller på anden måde sikres større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.

Apotekerforeningen står meget gerne til rådighed for uddybning af ovennævnte synspunkter og forslag.

Med venlig hilsen

Anders Kretzschmar

Administrerende direktør
Danmarks Apotekerforening

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt til: sum@sum.dk

Den 5. august 2024

Høringssvar vedr. Strukturkommissionens rapport

Danmarks Bløderforening fremsender her høringssvar til Strukturkommissionens rapport. Vi vil gerne kvittere for det store og grundige arbejde, der ligger bag rapporten, som sætter fokus på flere af de udfordringer, som også vores medlemmer oplever i mødet med det danske sundhedsvæsen i dag.

Baggrund

Blødersygdomme som hæmofili og von Willebrands sygdom er sjældne sygdomme, og skyldes manglende eller nedsat koagulationsfaktor. Sværhedsgraden afhænger af faktorniveauet. Hæmofili A rammer 1 ud af 10.000, og hæmofili B rammer 1 ud af 50.000, mens von Willebrands sygdom forekommer hos 1 pct. af befolkningen. Ubehandlede blødninger kan være livstruende.

Hæmofili A og B er arvelige, X-bundne sygdomme. Cirka 30 % af patienterne har nymutationer. Kvinder, der er anslagsbærere, kan få en så lav FVIII eller FIX koncentration, at det klassificeres som mild til moderat hæmofili von Willebrands sygdom er også arvelig, men ikke X-bunden sygdom, hvorfor den rammer kvinder og mænd i samme omfang.

Generelt er de svære blødersygdomme sjældne, og der er relativt få som går rundt udiagnosticerede. Derimod er der et højt antal patienter med blødersygdom i mild grad, som går udiagnosticerede (Sundhed.dk/sundhedsfaglig/erhvervede-og-medfoedte-blødningstilstande).

Patienter med blødersygdomme udredes og behandles ved et af de to danske hæmofilcentre, som er højt specialiserede funktioner på hhv. Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital.

Kommentarer

Danmarks Bløderforening har en række kommentarer til de enkelte anbefalinger. Ud over kommentarer til de enkelte anbefalinger savner vi i rapporten generelt fokus på de pårørendes rolle og rettigheder. Pårørende er ikke bare en funktion, men er ofte medpatienter. Forældrene følger med deres børn til ambulante kontrolbesøg, blodprøvetagning, akutte hospitalsbesøg og indlægges sammen med barnet, kort sagt, følger barnet gennem behandlingsforløbet. Det samme gør sig gældende i den anden ende af livet. Her er det ofte den ældre patients børn eller andre yngre familiemedlemmer, der følger patienten og påtager sig den koordinerende funktion. At medpatienter/pårørende ikke er nævnt i kommissionens rapport, viser hvor usynlige de desværre stadig er i det danske sundhedsvæsen.

Anbefaling 1: Det almenmedicinske tilbud

Takket være flere og mere effektive og sikre behandlingsmuligheder bliver mennesker med blødersygdom ældre, og får derfor i lighed med den øvrige befolkning også livsstils- og

aldersrelaterede lidelser – ud over de helbredsmæssige udfordringer, der følger af blødersygdommen (Schnohr et al; Health and quality of life of patients with haemophilia: A national study of 124 Danish men, Haemophilia. 2023;29:538–544).

Flere bløderpatienter oplever i dag at falde mellem to stole, når de henvender sig til praktiserende læge eller andre aktører i det primære sundhedsvæsen. På grund af den sjældne diagnose oplever bløderpatienter ofte at blive henvist/tilbagevist til de højt specialiserede hæmofilcentre vedr. helbredsmæssige spørgsmål og lidelser, som kan håndteres og monitoreres i almenpraksis – og som den højt specialiserede funktion ikke har ressourcer (eller fokus) til at håndtere, som fx forhøjet blodtryk og forebyggelse af stroke, som mennesker med blødersygdom er i risiko for. Samtidig oplever flere af vores medlemmer også, at der i almenpraksis – og i det primære sundhedsvæsen generelt - ikke er den nødvendige opmærksomhed på og viden om de særlige behandlingsmæssige forholdsregler, som blødersygdom kræver, og at der derfor sker fejlbehandling, fx med blodfortyndende medicin.

Hvis samarbejdet i almen praksis om behandling af mennesker med blødersygdom skal styrkes, som kommissionen lægger op til, forudsætter det, at de højt specialiserede funktioners faglighed stilles til rådighed og gøres tilgængelig for almenpraksis og for sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen, som håndterer behandlinger, rehabilitering, samt opgaver inden for pleje og omsorg. På bløderområdet er i dag etableret en national døgnvagt, som sikrer, at sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen altid kan få kontakt og rådgivning fra en hæmofililæge.

Det forudsætter igen, at der i almenpraksis (og i det primære sundhedsvæsen i øvrigt) er kompetencer og ressourcer til at opsøge, modtage og anvende den viden, som det specialiserede niveau kan bidrage med. Dialog, koordinering og samarbejde vil kræve tilførsel af ressourcer og kompetenceløft i begge ender.

Anbefaling 2: Digitalisering og data

Data kan både understøtte patientforløb og følge effekten af nye behandlinger. Det er den danske app Journl til patienter med blødersygdom et rigtig god eksempel på. I 2015 tog Danmarks Bløderforening i samarbejde med de to hæmofilcentre initiativ til udvikling af app til registrering af medicin og blødninger. Appen er i dag både et dialogstøtte værktøj og leverer samtidig vigtig data om blødernes blødningsrate, som er et effektmål af behandlingen.

Erfaringen fra udviklingen af bløderappen er, at digitale løsninger til patienter altid skal udvikles i samarbejde med patienter. Og fokus på digital tilgængelighed bør ikke alene omfatte borgeren/patienten, men også dennes pårørende. Både børn, mennesker med kognitive funktionsnedsættelser og ældre har brug for, at deres pårørende kan tilgå og bistå i forhold til sundhedsdata og digitale tilbud på en let og overskuelig måde.

Digitale løsninger og datadrevet udvikling bør ikke kun være målrettet voksne borgere, men også omfatte og prioritere børn og deres pårørende. Børns sundhedsdata er i dag underprioriterede, og både data og indsigt/deling bør gøres mere tilgængelige til gavn for både de børn, som er i forløb, deres pårørende, og de sundhedsprofessionelle, som har ansvaret for behandling af børnene.

Anbefaling 3: Fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (national sundhedsplan)

Vi er i Danmarks Bløderforening meget forurologede over kommissionens overvejelser om stærkere styringstiltag med det formål at begrænse incitamentet til at få patienter ind i et højt specialiseret behandlingsforløb. Disse overvejelser er stærkt bekymrende: *"En væsentlig ulempe ved en stærkere styring af området er, at det kan medføre risiko for, at nogle patienter med et reelt behov for højt specialiseret behandling oplever længere ventetid, fx i en situation hvor den sygehusansvarlige myndighed har nået et givet aktivitetsloft"*, s. 242.

Der er meget få patienter med blødersygdom i Danmark, og endnu færre specialister, som kender til sygdommen og behandling. De danske hæmofilcentre er et godt eksempel på hvor stor betydning centralisering og specialisering har haft for patienternes overlevelse og livskvalitet. Den danske specialeplanlægning tilsiger; *"...at 'øvelse gør mester'. Det betyder, at en funktion ikke bør varetages flere steder, end der er behov for med henblik på at sikre, at der er den fornødne og hensigtsmæssige viden, rutine, erfaring og volumen, samt de nødvendige faciliteter til at funktionen kan varetages med høj kvalitet. Placeringen af en funktion på et givent specialiseringsniveau sker på baggrund af en samlet vurdering af funktionens kompleksitet, forekomst og ressourceforbrug. Jo mere komplekst, jo mere sjældent og jo mere ressourcetungt – jo mere specialiseret er funktionen."* (Sundhedsstyrelsen, 2015: Specialeplanlægning – begreber, principper og krav, s. 7-8).

Hæmofilcentre er bløderpatienternes livline. Som beskrevet indledningsvis er der et højt antal patienter med blødersygdom i mild grad, som går udiagnosticerede. Særligt for kvinder med udiagnosticeret blødersygdom er blødninger i forbindelse med menstruation en stor belastning, og i forbindelse med graviditet er der stor risiko for blødning (www.blødtigennem.dk). Med indførelse af aktivitetsloft og andre aktivitetsbegrænsende tiltag risikerer disse patienter ikke at få den behandling, som de har brug for fx i forbindelse med fødsler og operationer. Det er stærkt problematisk i forhold til patientens sikkerhed.

For mange af fremtidens nye behandlinger kræves en højt specialiseret faglighed for at administrere og monitorere behandlingen. Denne ekspertise ligger – og bør fortsat ligge - i de højt specialiserede funktioner. Dette både af hensyn til patienternes sikkerhed og af hensyn til den betydelige samfundsøkonomiske omkostning, disse behandlinger udgør.

En prioritering af det primære sundhedsvæsen må derfor ikke ske på bekostning af de højt specialiserede funktioner som hæmofilcentre.

Med venlig hilsen

Karen Binger Holm
Sekretariatsleder



Til
Sundhedsstrukturkommissionens sekretariat
Indenrigs- og Sundhedsministeriet Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Lyngby d.4.8.24

Høringssvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport:
"Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt
sundhedsvæsen".

Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS) har ikke modtaget en formel invitation til at afgive høringssvar, men vi mener, at vores interesseområde - point-of-care ultralydsdiagnostik – konkret vil medvirke til at opfylde en del af de anbefalinger for almen praksis, som rapporten beskriver.

Rapporten foreslår en omfattende ændring af strukturen i almen praksis med hensyn til organisering, behandling og honorering. DAUS hæfter sig ved, at rapporten fastslår, at "kapacitet og **kompetencer** i det primære sundhedsvæsen skal **udbygges**" (s.194). "**Behandlingsmulighederne** skal derfor styrkes og udvikles, så flere opgaver fremover varetages i det primære sundhedsvæsen" (s.192). En ny struktur skal "understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed **nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed**" (s.233). Der skal desuden skabes muligheder for "at indgå aftaler om **honorar** for opgaver, som ligger udover det aktuelt gældende basisindhold" (s.205). Dette for at imødegå de store udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står overfor i fremtiden.

I overensstemmelse med dette foreslår DAUS, at point-of-care ultralyd (POCUS) implementeres i almen praksis. POCUS i almen praksis vil samlet set medvirke til at styrke det danske sundhedsvæsen. Dels på patientniveau i form af bedre diagnostik, behandling og visitation, dels i sundhedsvæsenet generelt i form af færre henvisninger til primær- og sekundærsektoren, og dels på samfundsniveau ved at sikre alle borgere lige og uhindret adgang til billeddiagnostik uanset social status og bopæl.



Flere studier har vist, at brugen af ultralyd har stor betydning for behandlingen i almen praksis. Den praktiserende læges brug af fokuserede simple POCUS-skanninger øger deres diagnostiske formåen og reducerer antallet af henvisninger til sundhedsvæsenet.

Patienterne føler, at undersøgelsen indgår som en naturlig del af konsultationen. De oplever, at POCUS giver en bedre kvalitet i behandlingen og et højere niveau af service. Derudover har flere mindre studier vist sundhedsøkonomiske besparelser. POCUS i almen praksis gør billeddiagnostik tilgængelig for patienter, som bor langt fra sygehuse og speciallæger. Derved reduceres den ulighed i adgangen til billeddiagnostik, som aktuelt karakteriserer Sundhedsvæsenet i nogle områder af Danmark

POCUS bidrager til at øge rekrutteringen til det almenmedicinske speciale, idet yngre læger finder det attraktivt at kunne anvende denne teknologi. En nylig undersøgelse blandt landets KBU-læger har vist, at 80% af de yngre læger forventer at bruge POCUS i deres fremtidige arbejde, og at 60% af KBU-læger mener, at POCUS i almen praksis kan bidrage til at øge rekrutteringen til faget. Samtidig kan POCUS medvirke til at fastholde praktiserende læger i almen praksis, idet undersøgelser har vist, at brugen af POCUS bidrager til større arbejdsglæde, faglig tilfredshed og mindre udbrændthed.

Vi noterer os, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der skal indføres en ny honorarstruktur, som skal tage udgangspunkt i Honorarstrukturrådets rapport (2023) "Forenkling og faglighed med fokus på patienten. Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis". Af denne fremgår det, at indførelsen af nye teknologier kan understøttes af en "**udviklingsydelse**". DAUS foreslår, at implementeringen af POCUS i en overgangsperiode bliver dækket af en sådan ydelse, i hvilken teknologien kan modnes og udvikles. I denne overgangsperiode kan de praktiserende læger opkvalificeres til at tage POCUS i brug. DAUS har sammen med PLO-E (Praktiserende lægers organisation – Efteruddannelse) udviklet evidensbaserede basiskurser til praktiserende læger. Studier har vist, at praktiserende læger efter deltagelse på et sådant kursus besidder skanningskompetence og at denne kan fastholdes over tid.

Implementeringen af POCUS i almen praksis er i overensstemmelse med konklusionen i et holdningspapir udgivet af **WONCA Europe** (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians in Europe) i 2024 vedrørende brugen af point-of-care ultrasound (POCUS) i almen praksis. Nedenstående citat stammer fra konklusionen: "**We recommend that all general practitioners receive tailored curriculum-based training in POCUS during residency and continuing medical education programmes, with adequate financial provision to undertake POCUS within primary care**". Dansk selskab for Almen Medicin (DSAM) har tilsluttet sig dette holdningspapir. Der er derfor opbakning i vores faglige selskab til at udbrede POCUS i almen praksis.



Praktiserende Lægers Organisation (PLO) har i forbindelse med ønsket om en afklaring af POCUS' rolle i almen praksis i samarbejde med Center for Almen Praksis på Aalborg Universitet iværksat et landsdækkende forskningsprojekt involverende 250 praktiserende læger. Dette studie vil give øget indsigt i de konsekvenser brugen af POCUS har for diagnostik, behandling og visitation. Vi forventer, at resultaterne af denne undersøgelse foreligger ved udgangen af 2024. Sundhedsvæsenets interessenter vil blive orienteret om resultatet af undersøgelsen når resultaterne foreligger.

På vegne af bestyrelsen for Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS)

Thomas Løkkegaard,
Formand
Praktiserende læge

Om Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS). DAUS blev stiftet i 2017 og har en bestyrelse bestående af praktiserende læger og forskere fra Center for Almen Medicin på Aalborg Universitet. DAUS har aktuelt 126 medlemmer og er en del af de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS) under Lægeforeningen. DAUS afholder et årsmøde den sidste weekend i oktober. DAUS' medlemmer deltager med oplæg i Nordisk Kongres for Almen Medicin (NCGP) og kongresser i WONCA-regi. DAUS afholder kurser i samarbejde med PLO-E, DSAM, FYAM, SAMS og Lægedage. DAUS er repræsenteret i European Federation of Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB). DAUS arbejder for at POCUS bliver implementeret i dansk almen praksis på et evidensbaseret grundlag. Læs mere på www.DAUS-online.dk og Facebook "ultralyd i almen praksis i Danmark"



Faktaark

Hvad er point-of-care ultralyd og hvad er det ikke?

POCUS er en undersøgelse, der laves af den behandlende læge "bed-side" og "real-time" i mødet med patienten med henblik på at få svar på et afgrænset klinisk spørgsmål f.eks. "Har min patient residualurin?", "Er min patient intrauterint gravid?", "Har min patient en galdesten?".

POCUS er ikke en undersøgelse man henviser til en anden læge, og det er ikke en undersøgelse, der erstatter udredning af en organspecifik speciallæge, hvis det vurderes af den kliniske problemstilling, har en kompleksitet, der fordrer specialist viden.

Nuværende omfang

DAUS estimerer, at ca. 25% af de praktiserende læger i Danmark anvender point-of-care ultralyd i deres daglige arbejde. POCUS er ikke omfattet af overenskomsten for almen praksis.

Hvad bruges POCUS til?

Praktiserende læger anvender POCUS til at besvare kliniske spørgsmål indenfor rammerne af en almindelig konsultation. Eksempler på hyppige problemstillinger er: "Har patienten for meget rest urin i blæren efter at have forsøgt at tømme blæren?" "Lever fosteret? (hos kvinder som bløder tidligt i graviditeten og er usikre på om graviditeten er gået til grunde)?" "Har patienten en galdesten?" "Sidder spiralen korrekt i livmoderen?".

Hvilket udstyr anvendes?

Der findes forskellige typer af ultralydsskannere: håndholdte skannere, der kan tilsluttes en smartphone, lap-top skannere, der ligner en bærbar computer og større, mindre mobile skannere på hjul. Prisen for de skannere der typisk bruges i almen praksis ligger på mellem 50.000 til 250.000 kroner.

Hvad koster en skanning?

I det studie, som er omtalt ovenfor, er ydelsen for én skanning fastsat til ca. 260 kroner per skanning. Prisen dækker tidsforbrug og omkostningerne til ultralydsskanneren.



Uddannelse

DAUS har sammen med PLO-E udviklet et evidensbaseret basiskursus for praktiserende læger. Vi kan dokumentere, at denne uddannelse gør kursisten i stand til at opnå og fastholde sin ultralydskompetencer over tid.

Kvalitetssikring

DAUS samarbejder med Center for Almen Praksis på Aalborg Universitet med henblik på at udvikle kvalitetssikringsredskab, der skal sikre løbende evaluering af kvaliteten af de skanninger, der udføres i almen praksis. Aktuelt afprøves to kvalitetssikringsmodeller. Resultaterne af denne afprøvning forventes i løbet af 2024.

Cost-benefit

Der foreligger dokumentation for, at POCUS nedbringer antallet af henvisninger til sekundærsektoren og flere mindre studier har for specifikke patientforløb vist sundhedsøkonomiske besparelser. På denne måde kan POCUS bidrage til at spare penge og at aflaste sekundærsektoren.



Eksempler på kliniske tilstande, hvor point-of-care ultralyd bidrager til forbedret udredning, diagnostik og behandling.



For udenforstående kan det være vanskeligt at vurdere, hvornår POCUS kan bruges i almen praksis, og hvorvidt POCUS kan erstatte en undersøgelse et andet sted i sundhedssektoren.

I Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS) arbejder vi løbende på at indsamle viden om, hvornår brugen af POCUS giver mest mening. På basis af

disse erfaringer har vi udarbejdet nedenstående liste med eksempler på hyppige kliniske scenarier, hvor POCUS bidrager til at forbedre udredning, diagnostik og behandling samtidigt med, at det kan frigive ressourcer i andre dele af sundhedssektoren. I samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg arbejder vi på at indsamle dokumentation for, at der udover de oplagte kliniske gevinster ved at bruge POCUS også samlet set kan spares penge ved at placere POCUS i hænderne på de praktiserende læger.

Listen giver først et eksempel på en klinisk situation, og hvordan den vanligvis må håndteres i en klinik, der ikke anvender POCUS. Dernæst angiver vi, hvordan POCUS i almen praksis kan bruges til at komme diagnosen nærmere. Kommentaren giver et yderligere perspektiv på brugen af POCUS i den angivne situation. Ydermere kan oversigten tjene som inspiration til praktiserende læger, der gerne vil i gang med at bruge ultralyd men er usikker på, hvilke kliniske situationer ultralyd kan bruges til.





Cases (klik på link for at se skanningsbillede)	I klinikker uden ultralyd	I klinikker med ultralyd	Kommentar
Ældre patient med hyppige vandladninger og manglende evne til at tømme blæren helt.	Patienten må henvises til akut modtagelse på hospital med henblik på at få skannet blæren.	Patientens blære skannes i klinikken, hvorved lægen med det samme kan se om patienten kan tømme blæren og lægge et kateter.	Mange indlæggelser kan undgås ved blæreskanninger. Det kan være vanskeligt at stille diagnosen ved almindelig undersøgelse.
Gravid kvinde med blødning i første trimester.	Patienten må henvises til skanning hos en gynækolog med henblik på at finde årsagen til blødningen.	Patienten skannes i klinikken. Hvis der findes en normal graviditet, kan patienten afsluttes.	Blødning tidligt i graviditeten er hyppigt forekommende og giver anledning til megen nervøsitet.
Kvinde skal have anlagt en spiral eller er i tvivl om, hvorvidt den ligger korrekt.	Patienten må henvises til gynækolog med henblik på at blive skannet i forbindelse med opsætning af spiral eller kontrol af beliggenhed.	Patienten skannes i klinikken, hvorved lægen kan afgøre hvorvidt spiralen ligger korrekt.	Smerter efter spiral oplægning er hyppigt forekommende og er en hyppig årsag til henvisninger til gynækologer.
Patienten har ondt i øverste del af maven med mellemrum	Patienten skal henvises til radiologisk afdeling med henblik på at finde afklare årsagen til smerterne.	Patienten skannes i klinikken, hvorved lægen kan stille diagnosen galdesten, hvis denne er til stede.	Uafklarede øvre mavesmerter skyldes ofte galdesten og en hurtig skanning kan medvirke til en mere fokuseret udredning.
Patienten har hoste og feber.	Patienten skal henvises til røntgen af lungerne for at afklare om det drejer sig om lungebetændelse	Lægen kan skanne patienten i klinikken, hvorved lægen kan stille diagnosen lungebetændelse	Patienter med lungebetændelser er svære at finde ved normal lungestetoskopi. Lungeultralyd er en sikker måde at komme diagnosen nærmere uden brug af røntgen.
Patienten har smerter og hævelse i et led.	Patienten må henvises til speciallæge i reumatologi eller radiologi for at få stillet diagnosen.	Lægen kan skanne patientens led, stille diagnosen og lægge en UL-vejledt blokade i en konsultation	Patienter med ledsmerter er hyppige. Skanning af led er en simpel måde at afklare diagnosen uden at henvise til anden diagnostik.
Barnet har kroniske mavesmerter og der er mistanke om forstoppelse	Patienten skal henvises til børnelæge, som kan skanne barnet for forstoppelse.	Læge kan skanne barnets endetarm, hvorved diagnosen forstoppelse kan be- eller afkræftes.	Forstoppelse hos børn er hyppigt og giver ofte anledning til lange og u hensigtsmæssige udredningsforløb. En simpel skanning kan afklare årsagen og berolige forældrene.
Patienten har (måske) trådt et fremmedlegeme op i fodsålen	Patienten må henvises til røntgen eller ultralyd i akut modtagelse eller hos speciallæge for at få en afklaring	Lægen skanner selv patienten og fjerner fremmedlegemet i en konsultation.	Fremmedlegemer i huden må oftest henvises hvis der er tvivl om det sidder i huden.



Cases (klik på link for at se skanningsbillede)	I klinikker uden ultralyd	I klinikker med ultralyd	Kommentar
Patienten har ondt i flanken/lænderyggen. Stammer smerten fra nyren?	Patienten må henvises til en skanning af nyrerne for at få afklaret om der kan være tale om ophobning af væske i nyrebækkenet.	Lægen kan skanne nyren for at se om der tegn til afløbshindring ofte som resultat af dårlig blæretømning eller en nyresten.	Udelukkelse af ophobning af væske i nyrebækkenet hjælper lægen til en mere målrettet diagnostik og kan spare unødvendige undersøgelser i sekundærsektoren.
Patientens hud er rød, hævet og varm. Er der en byld?	Patienten må henvises til akut modtagelse med henblik på en vurdering af hvorvidt der er indikation for incision.	Lægen kan skanne området og vurdere om incision er indiceret eller infektionen kan behandles med antibiotika alene.	Forsinkelse af korrekt behandling af hudinfektioner fører ofte til længere sygdomsforløb, stort antibiotika forbrug og unødige undersøgelser.
Patienten oplyser, at en slægtning er blevet diagnosticeret med en udvidelse af legemes pulsåren i maven.	Patienten må henvises til en radiolog med henblik på skanning.	Lægen kan skanne patienten og stille diagnosen.	Skanning for udvidelse på legemes pulsåren er simpel og kan aflaste de radiologiske afdelinger.
Patienten har åndenød.	Patienten må henvises til røntgen af lungerne på en røntgen afdeling	Lægen kan skanne lungerne og lungehinden for at se efter forekomst af væske.	Ultralyd af lungerne ved åndenød kan medvirke til at finde ud af om årsagen kommer fra lungerne eller hjertet. Unødig udredning kan derfor undgås.
Patienten har smerter i en sene eksempelvis akillesene	Patienten må henvises til UL/MR-skanning hos reumatolog eller radiolog	Lægen skanner senen selv og stiller diagnosen	Mange patienter er tilfredse med at få stillet diagnosen i almen praksis og vil ikke efterspørge henvisninger til andre speciallæger, hvis skanninger udføres i almen praksis.
Patienten føler at bukserne strammer mere end vanligt og vægten er steget indenfor få uger. Har patienten væske i mavehulen?	Lægen kan undersøge patients mave med hænderne, hvilket er meget usikkert. Lægen må henvise patienten til billeddiagnostik for med sikkerhed at kunne stille diagnosen.	Lægen skanner selv patienten og kan med stor sikkerhed afgøre om der er væske i bughulen eller ej.	Vægtøgning på grund af væske i bughulen kan være et tegn på alvorlig kræftsygdom, skrumpelever eller dårlig hjertepumpe funktion. Det er en vanskelig diagnose at stille i almen praksis uden ultralyd.
Patienten er generet af en større ledansamling.	Lægen kan henvise patienten til tømning af leddet hos en speciallæge eller tømme leddet uden brug af ultralyd og anlægge en blokade blindt.	Lægen skanner leddet og kan tømme det UL-vejledt. Samtidig vil lægen kunne anlægge en blokade og sikre sig, at blokaden ligger korrekt.	Det er veldokumenteret, at ultralydsvejledt aspiration og injektion er forbundet med større præcision, bedre klinisk effekt og mindre ubehag for patienten.



Udvalgte referencer:

Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Juni 2024

Forenkling og faglighed med fokus på patienten. Forslag til en ny honorarstruktur i almen praksis. Honorarstrukturrådet for almen praksis 2023.

Poppleton A, Tsukagoshi S, Vinker S, et al. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians (WONCA) Europe position paper on the use of point-of-care ultrasound (POCUS) in primary care. *Prim Health Care Res Dev.* 2024;25:e21.

Kiritharan S, Johanson MV, Jensen MB, et al. A cost-minimisation analysis of performing point-of-care ultrasonography on patients with vaginal bleeding in early pregnancy in general practice: a decision analytical model. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):55.

Andersen CA, Brodersen J, Davidsen AS, et al. The dissemination and use of point-of-care ultrasound in Danish General Practice – a cross sectional study. *BMC Fam Pract.* 2022;Submitted.

Andersen CA, Frandsen AK, Valentiner-Branth C, et al. Introducing point-of-care ultrasound in Danish general practice-elucidating the use through a medical audit. *Fam Pract.* 2021;38(2):80-7.

Andersen CA, Brodersen J, Rudbaek TR, et al. Patients' experiences of the use of point-of-care ultrasound in general practice - a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):116.

Aakjaer Andersen C, Brodersen J, Davidsen AS, et al. Use and impact of point-of-care ultrasonography in general practice: a prospective observational study. *BMJ Open.* 2020;10(9):e037664.

Andersen CA, Holden S, Vela J, et al. Point-of-Care Ultrasound in General Practice: A Systematic Review. *Ann Fam Med.* 2019;17(1):61-9.

Andersen CA, Brodersen JB, Graumann O, et al. Factors affecting point-of-care ultrasound implementation in general practice: a survey in Danish primary care clinics. *BMJ Open.* 2023;13(10):e077702.

Hørings svar Dansk Arbejdsgiverforening

DA takker for muligheden for at bidrage med input til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

DA er enig i, at sundhedsvæsenet står overfor flere store udfordringer, og at det er afgørende at der foretages tiltag med henblik på at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen, da en sund befolkning på den ene side har betydning for den enkeltes livskvalitet, og på den anden side er et bærende element for virksomhedernes konkurrenceevne og dansk økonomi generelt. DA mener, at det er yderst vigtigt at der arbejdes hen i mod større både social og geografisk lighed i sundhed, så hele befolkningen bliver sundere. DA mener derudover, at det er afgørende at der fremover er fokus på bedre og øget brug af digitale løsninger og data, som både kan være til patienternes bedste og samtidig frigive arbejdskraft i den private sektor.

DA har ingen bemærkninger til foreslåede anbefalinger og modeller vedrørende organiseringen af sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

Annemette Juul

Chefkonsulent

Vester Voldgade 113

1552 København V

Mobil +45 27 49 18 66

Mail amju@da.dk

Web da.dk

Denne mail er tilsigtet en bestemt modtager og kan indeholde fortrolige oplysninger. Er du ikke den rette modtager, beder vi dig om at orientere os ved at besvare denne mail og derefter slette den. Det er ikke tilladt at beholde, kopiere, videresende eller bruge oplysninger fra denne mail, hvis du ikke er den rette modtager.

6. august 2024

Dansk Blindesamfunds hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forslag

Dansk Blindesamfund ønsker med dette hørings svar at tilkendegive vores synspunkter og forslag vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger til et nyt sundhedsvæsen i Danmark.

Resumé:

Helt overordnet ønsker vi at sikre, at (re)habiliteringen af blinde og stærkt svagsynede knyttes tæt til sundhedssystemet, da det er hos øjenlægen eller på sygehuset, at et synshandicap konstateres. For at sikre sammenhæng i indsatserne for en numerisk lille og yderst heterogen målgruppe, herunder det nødvendige kædeansvar i overgangen fra sundhedssektor til øvrige sektorer, er det samtidig vigtigt, at såvel behandling som (re)habilitering af mennesker med synshandicap foregår i få enheder på ét myndighedsniveau og med forpligtende samarbejder mellem forskellige fagligheder (læger, ergoterapeuter etc.), hvilende på nationale kvalitetsstandarder. Det kunne fx være i en sundheds- og omsorgsregion, som foreslået i forvaltningsmodel nr. 1. Det afgørende er at sikre en høj synsfaglig viden og et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag, hvilket gør, at det ikke er realistisk, at landets kommuner kan varetage den højt specialiserede synsfaglige opgave.

Målgruppen af blinde og stærkt svagsynede er ganske lille¹, og består af undermålgrupper² med vidt forskellige behov for habiliterende og rehabiliterende, helhedsorienterede indsatser, når det somatisk behandlende forløb er afsluttet. Det være sig både i forhold til skole- og uddannelsessystem, beskæftigelsesindsatser, synskompenserende undervisning i bl.a. IT, mobility, ADL (almen dagligdagslevevis) og psykosociale indsatser, som gør den enkelte borger i stand til at leve et så selvstændigt og værdigt liv med synshandicap som muligt, uanset om man er blindfødt eller har mistet synet senere i livet.

Der er således helt overordnet behov for at samle den specialiserede viden om synsrehabilitering på færre enheder med et tilstrækkeligt befolkningsgrundlag. Der kunne eksempelvis etableres et synscenter i hver af de foreslåede sundheds- og omsorgsregioner, som vil have til opgave at tilbyde de relevante indsatser, som den enkelte blinde eller svagsynede borger har behov for afhængig af livssituation. Ligeledes vil borgeren opleve det som et positivt løft og en øget tryghed at have én samlet indgang til sundheds- og rehabiliteringssystemet. Et regionalt synscenter vil være den naturlige bro mellem de sundhedsfaglige og (re)habiliterende indsatser på tværs af sektorer. Samtidig vil den vigtige koordinerende funktion mellem forskellige sektorer (sundhed, social, beskæftigelse, skole eller uddannelse, være forankret i centret, så det ikke længere er borgerens ansvar at dele viden mellem sektorer eller selv at skulle opsøge og ansøge om relevante indsatser.

For at sikre sammenhængende, helhedsorienterede indsatser og færrest mulige overgange – og dermed risiko for fejl – er det afgørende, at behandling af øjensygdomme og den efterfølgende (re)habilitering er forankret hos samme ansvarlige myndighed. Ved implementering af kædeansvar mindskes risikoen for, at borgeren falder ned mellem to sektorer og ikke får den relevante indsats eller de rette hjælpemidler i tide. Ligeledes vil et samlet myndighedsansvar understøtte og udvikle et stærkt vidensmiljø bestående af de mange forskellige fagligheder, som arbejder med (re)habiliterende indsatser for mennesker med synshandicap. Der er tillige behov for, at udredning og den deraf følgende umiddelbare rehabilitering efter endt behandlingsforløb sker i et forpligtende samarbejde mellem øjenlæger, synskonsulenter og øvrige faggrupper, som er tæt på borgeren. Et sådant

¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aos.15641>

² <https://www.sbst.dk/media/10228/M%C3%A5lgruppebeskrivelse%20-%20B%C3%B8rn,%20unge%20og%20voksne%20med%20synsned%C3%A6ttelse.pdf>

samarbejde vil kunne formaliseres i et fagligt selskab eller som et subspecialt under et eksisterende selskab i sundhedsvæsenet.

Vi mener ikke, at det muligt for kommunerne at løfte det specialiserede synsområde i tilstrækkelig grad, da målgruppen er for lille og har for store forskelligartede behov til, at en given kommune vil kunne tilbyde en højt fagligt funderet undervisning i eksempelvis punktskrift til et blindfødt barn samt håndtere et rehabiliteringstilbud til en multisyg ældre borger, som mister synet sent i livet. I dag er det for tilfældigt, hvilke indsatser den enkelte borger med synshandicap får tilbudt, da disse ikke altid bygger på synsfaglige viden, idet de enkelte kommuner ikke nødvendigvis har den relevante viden om de helhedsorienterede og højt specialiserede tilbud, man som synshandicappet borger har behov for, for at kunne leve et selvstændigt og værdigt liv.

Den erkendte afspecialisering, som kommunalreformen medførte vil blot eskalere, hvis de specialiserede indsatser, som i dag findes på regionalt niveau i stedet udplaceres på kommunalt niveau. Det vil øge den tilfældighed, som i dag råder, når borgere med synshandicap har behov for (re)habiliterende støtte.

Skulle de specialiserede, regionale indsatser implementeres i kommunalt regi, vil det være så meget desto vigtigere, at der medfølger statsligt definerede kvalitetsstandarder, som klynger på tværs af kommunerne, er forpligtede til at efterleve. Ligeledes mener vi, at det vil være nødvendigt at pålægge kommunerne at inddrage synsfaglig viden og efterleve disses anbefalinger om indsatser til den enkelte borger.

Dansk Blindesamfund har følgende konkrete kommentarer til de 6 anbefalinger og underforslag:

Anbefaling 1: ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Dansk Blindesamfund:

Det er vigtigt med et helhedsorienteret tilbud, hvor borgeren står i centrum, og hvor relevant faglig viden er tilgængelig for almen praksis. Almen praksis bør have en tæt dialog med det regionale synscenter, og ikke mindst være forpligtede til at henvise patienter med synshandicap til eller inddrage synscentret, så behandlingsforløb eller øvrige forhold, som kræver kontinuerlig opfølgning i almen praksis, kan tilrettelægges under hensyntagen til patientens synshandicap.

Almen praksis vil tillige kunne henvise til det regionale synscenter, hvis en patient med synshandicap, henvender sig med symptomer eller problematikker, som kræver en synsfaglig viden eller indsats, som ikke nødvendigvis er ren somatisk behandling. Nogle opsøger eksempelvis almen praksis med sociale udfordringer som følge af synshandicappet, som kræver en synsfaglig indsats at løse. Synscentret vil herefter kunne henvise videre til yderligere behandling i sundhedsvæsenet eller hos almen praksis, hvis dette skønnes hensigtsmæssigt.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

2.

Dansk Blindesamfund:

Der skal stilles overordnede krav til overholdelse af digital tilgængelighed på alle niveauer.

3.

Dansk Blindesamfund:

Vi finder det positivt, at man vil øge brugen af digitale løsninger, det er dog helt afgørende, at infrastrukturen er tilgængelig.

Der skal stilles udførlige krav til tilgængelighed på alle niveauer af nye IT-fagsystemer. Det er nødvendigt, at en ny, national organisation overholder alle internationale tilgængelighedsstandarder. Dertil kommer en grundig brugerinddragelse i udviklings- og UX-fasen, hvor de grundlæggende tilgængeligheds-elementer defineres. Denne proces er forudsætningen for, at man som blind eller svagsynet kan anvende digitale løsninger i sundhedsvæsenet. Det gælder alle tænkelige digitale løsninger, herunder telemedicinske apparater og app's, (Sundhedsplatformen).

Samtidig er det en nødvendighed at udvikle et ligeværdigt alternativ til de borgere, som ikke har adgang til eller kan anvende digitale løsninger. Vi er bekymrede for, at ikke-digitale borgere indirekte tvinges til at dele personlige sundhedsdata med pårørende, som forventes at hjælpe med at tilgå digitale platforme, som den enkelte borger, ikke selv kan anvende. Der er således brug for at sikre adgang til egne data for borgere, som ikke er digitale.

I forlængelse af en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data vil det være hensigtsmæssigt at overveje en ny praksis med registrering af funktionsnedsættelse/handicap. Denne registrering vil have flere gavnlige effekter, idet viden om funktionsnedsættelser/handicap vil være tilgængelig for de afdelinger, som skal indkalde borgere til rutinemæssige undersøgelser, fx mammografi eller tarmscreening, og derved vil den enkelte afdeling kunne tage den nødvendige hensyn til funktionsnedsættelsen forud for undersøgelsen.

Ligeledes vil registrering af handicap skabe et solidt datagrundlag, som vil kunne bruges i både forsknings- og forebyggelsessammenhæng. Et sådant register vil tillige kunne underbygge den sundhedstjeneste-forskning, som er beskrevet i anbefaling 3,5.

En øget brug af digitale løsninger vil gøre sundhedsinformation lettere tilgængelig for størstedelen af befolkningen, men det fordrer, at der også i dette arbejde er fokus på tilgængelighed og alternative muligheder for de borgere som ikke kan anvende digitale løsninger.

Anbefaling 3: tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Dansk Blindesamfund:

Helt overordnet mener vi, at fokus på og ønske om at komme ulighed i sundhed til livs er bydende nødvendig. Der er en geografisk ulighed i sundhedstilbud, hvilket for bl.a. personer som rammes af visse typer af øjensygdomme, betyder, at synet svækkes i unødvendig og alvorlig grad, mens man er på venteliste til behandling. For visse typer øjensygdommes vedkommende vil det være muligt at behandle udviklingen af synstabet, men det kræver ofte en hurtig indsats, som ikke er mulig flere steder i landet, som følge af skæv fordeling af læge-kompetencer i yderområder af landet.

En ny indretning med udgangspunkt i det nære sundhedsvæsen kræver dog en helt anden form for fastholdelse af og adgang til læger – både almen og speciallæger – der, hvor den demografiske sammensætning kræver særlige indsatser. Denne konstruktion kræver en styrkelse af den overordnede, nationale koordination af hele sundhedsområdet, som har den nødvendige bemyndigelse til at igangsætte særlige indsatser i områder, hvor behovene viser sig.

Forslag

3.

Dansk Blindesamfund:

Det vil have afgørende betydning for den enkelte borger, at kvalitetsstandarder går på tværs af sektorer. Denne ambition forudsætter dog en koordinerende funktion og at dennes rolle er klart defineret, herunder myndighedsansvar.

5.

Dansk Blindesamfund:

Sundhedsforskning udført af øvrige sundhedsfaglige grupper, vil styrke den faglige viden om (re)habilitering af mennesker med synshandicap samt hvilke effekter og indsatser, som giver de bedste resultater. Denne viden vil komme hele det synsfaglige miljø til gavn, og i sidste ende giver borgeren et bedre og mere effektivt tilbud. Som tidligere nævnt vil en ny registrering af handicap/funktionsnedsættelse være en værdifuld understøttelse af fremtidig sundhedsforskning (anbefaling 2,3).

6.

Dansk Blindesamfund:

En central styring af de højt specialiserede sygehusområder må ikke forringe adgangen til højt specialiseret behandling for de borgere, der måtte have behov for det. Der må ikke være risiko for, at relevante behandlingstilbud ikke gives som følge af prisen på den enkelte behandling, eller som følge af, at det enkelte højt specialiserede sygehus har haft for mange dyre behandling før patient X blev henvist.

7.

Dansk Blindesamfund:

Det kan være fornuftigt med lokale sundhedscentre, som arbejder ud fra nationale kvalitetsstandarder, for netop at sikre, at borgeren bliver mødt af et fagligt miljø, som har beføjelserne og viljen til at henvise videre til højt specialiserede tilbud og indsatser, hvis der skulle være behov herfor, som følge af borgerens kompleksitet.

Det er ligeledes helt fundamentalt, at disse sundhedscentre bygges og indrettes tilgængeligt for alle borgere. Der skal være lige og let adgang til sundhedscentrene uanset, hvor i landet man bor, og der bør inddrages faglig kompetence ift. indretning og kommunikationsadgang til sundhedscentrene. Ligeledes vil det være en styrke, at det enkelte sundhedscenter kan samarbejde med lokale civilsamfundsaktører, og evt. danne rammerne om lokale netværk, som vil styrke sundhedsindsatserne lokalt. Det kunne eksempelvis være, at sundhedscentret med jævne mellemrum afholder møder med DH-repræsentanter for at sikre gensidig vidensudveksling. Det vil tillige kunne medvirke til tidlig opsporing og frivillige/civilsamfunds indsatser overfor små og ofte sårbare målgrupper.

Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Dansk Blindesamfund:

Helt overordnet mener vi, at der skal være en tydeligere kobling mellem det somatiske og psykiatriske system, herunder funktionsnedsættelsens indvirkning på den mentale tilstand, så der i behandlingen i både det ene og andet system tages højde for eventuelle komorbiditeter i specifikke behandlingstilbud.

Anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

Dansk Blindesamfund:

Vi imødeser gerne, at der sikres en bedre og mere lige fordeling af praktiserende speciallæger. Vi ved fra det synsfaglige miljø, at der i dele af landet er meget lange ventelister for først at komme til forundersøgelse og dernæst synsbevarende behandling. Det har som konsekvens for nogle borgere, at man mister dele af eller hele synet, mens man er på venteliste.

1.

Dansk Blindesamfund:

Udkørende funktioner eller satellit-funktioner vil kunne sikre en rimelig geografisk spredning, således at speciallæger forpligtes til at dække et større geografisk område og derved sikre, at borgere alle steder i landet har adgang til kontinuerlig speciallæge-adgang.

3.

Dansk Blindesamfund:

Én fælles indgang til sundhedsvæsenet og en koordinerende funktion i et vidensmiljø vil kunne sikre, at komorbiditet og multisygdom behandles på den mest hensigtsmæssige måde og under hensyntagen til eventuelle modsatrettede behov ift. planlægning af behandling af en af flere forskellige sygdomme.

Anbefaling 6: et Reformsekretariat, der følger og understøtter implementeringen

Dansk Blindesamfund:

Oprettelse og implementering af et synsfagligt selskab bør være en del af reformsekretariatets arbejde. Nationale kvalitetsstandarder som instanser på alle forvaltningsniveauer forpligtes til at følge, vil være afgørende for, at borgere med synshandicap oplever øget lighed og et sammenhængende sundhedsvæsen. Som en numerisk lille målgruppe med behov for specialiserede indsatser, er det nødvendigt at sikre kvalitet og inddragelse af høj faglig viden i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af indsatserne.

I Dansk Blindesamfund har vi igennem flere år arbejdet med udviklingen af en specialeplan på synshandicapområdet, som vi meget gerne bidrager med i det videre arbejde med indretning og organisering af et fagligt selskab. Vi mener, at et fagligt speciale vil være en del af løsningen på de store udfordringer, der i dag ses på synsområdet, hvor der ikke er en forpligtelse til inddragelse af synsfaglig viden, hvor borgere ikke får den rette (re)habiliterende støtte/tilbud, og hvor ventetider og manglende adgang til speciallæge-konsultation i visse dele af landet medfører uoprettelige synstab.



Ask Abildgaard, Landsformand

Tlf. 21 71 67 94, mail-adresse: ask.abildgaard@blind.dk



Hørings svar fra Dansk Endokrinologisk Selskab

Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens nylige analyse af, og beslutningsgrundlag for, det fremtidige danske sundhedsvæsen. Vi er enige i rapportens præmis og behovet for at reformere.

Vi har en række kommentarer til rapporten, som vi mener kan styrke beslutningsgrundlaget for hvordan et fremtidigt sundhedsvæsen skal struktureres og har delt vores svar op i forskellige temaer:

1. Lægelig videreuddannelse
2. Samarbejdet mellem primær og sekundær sektor
3. Forskning
4. De store folkesygdomme, hvor endokrinologer er medicinske eksperter: Type 2 diabetes, knogleskørhed, sygdom i skjoldbruskkirtlen
5. Privatpraktiserende endokrinologer
6. Digital transformation
7. Afsluttende bemærkninger

Lægelig videreuddannelse

DES støtter ideen om at "Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses..." og at "... Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover". At flere uddannelseslæger skal anvende en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og have et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen, kan ligeledes være godt for den fremtidige lægestands generalistkompetencer. Endokrinologien varetager imidlertid i forvejen mange ikke-endokrinologiske opgaver i sundhedsvæsenet og har allerede en tradition for at "arbejde bredt". Tiltag til yderligere styrkelse af den faglige bredde, for eksempel "udstationering" under hoveduddannelsens "common trunk"-forløb i andre medicinske specialer, ser vi velvilligt på. Det er dog særdeles vigtigt at holde fast i, at specialistuddannelsen samtidig ikke forringes og DES mener, at en forkortelse af de kun 2 – 2.5 års højt specialiserede ophold på universitetshospitalerne væsentligt vil forringe uddannelsen af endokrinologer. Hvis der sker en forkortelse af hoveduddannelsens periode på højt specialiserede afdelinger, forudser vi, at fremtidige nyuddannede endokrinologer ikke har de af Sundhedsstyrelsen krævede specialistkompetencer. DES mener derfor, at en styrkelse af endokrinologiens generalistkompetencer skal overvejes nøje og kræver grundig planlægning for at undgå en "afspecialisering" af kommende endokrinologer, hvilket ikke er i patienternes tarv. Det er heller ikke i endokrinologiske speciallægers interesse, at balancen mellem eget speciale og det generelle forskubbes så meget, at man ikke opnår en tilknytning til eget speciale længere. Det vil også udfordre rekruttering til specialet. En formaliseret styrkelse af efteruddannelse af speciallæger er i den forbindelse afgørende for det endokrinologiske speciale, samt for de mange patienter med endokrinologiske sygdomme, herunder de store folkesygdomme som diabetes, skjoldbruskkirtelsygdomme og osteoporose. Vi vil kraftigt anbefale, at denne primært organiseres og finansieres af det



offentlige hospitalsvæsen fremfor af lægemiddel- og medicoindustrien, for at sikre at videreuddannelsen tager udgangspunkt i hospitalsvæsenets og patienternes behov.

Samarbejdet mellem primær og sekundær sektor

DES er enig i at nuværende organisation af sundhedsvæsenet udfordrer det gode samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren. Vi ser for os tre områder, som bør forbedres:

- 1) Kommunikation mellem sektorer: Bedre digitale og "nu-og-her"-løsninger til kommunikation mellem sektorer er essentielle, og en national dataplatform som foreslået vil være til stor gavn for sundhedspersonale og patienter.
- 2) Uddannelse: Med en tiltagende specialisering af diverse behandlinger inden for mange specialer bliver uddannelse af primærsektoren en større opgave for de endokrinologiske afdelinger, som skal "servicere" de praktiserende læger i deres optageområde med nyeste viden, ikke mindst om de endokrinologiske folkesygdomme. Denne opgave skal der findes plads til i de endokrinologiske afdelinger, så det sikres at de lokale praktiserende læger kan tilbyde deres patienter bedst mulig behandling lokalt og sikre, at de rigtige patienter henvises til hospitalet i rette tid. Som sådan skal fremtidens hospitalsafdelinger afsætte mere tid til at være "konsulent" for primærsektoren med det formål, at flere patienter kan udredes og behandles godt lokalt i primærsektoren.
- 3) Opgaveflytning og sektorovergange: DES støtter at visse sygehusopgaver fremadrettet tiltænkes primærsektoren, men ønsker at specialerne og andre relevante aktører inviteres til dialog om, hvilke opgaver det kunne dreje sig om og får mulighed for at lave forløbsbeskrivelser for at sikre overgangen bedst muligt. DES vil omvendt også foreslå, at man indtænker muligheden for at flytte visse opgaver fra primærsektoren til sekundærsektoren. Vi ser en forbedringsmulighed af samarbejdet mellem sektorer og særligt patientsikkerheden ved sektorovergange. Et eksempel taget fra den internmedicinske verden, er en patient (og altså ikke nødvendigvis endokrinologisk patient), der udskrives til korttidspladser i kommunalt regi. Ofte er borgere på korttidspladser nyligt udskrevne, og flere og mere omfattende opfølgninger kan være nødvendige under opholdet. Samtidig er den enkelte borgers praktiserende læge begrænset af hvor mange "hjemmebesøg" på korttidspladser de kan tilbyde, og vil måske slet ikke geografisk være tilgængelig. Man kunne udbyde opgaven til internmedicinske specialer i lokalområdet (og udnytte telemedicinske løsninger), som ville kunne bistå med opfølgning på korttidspladsens borgere (stuegang), med henblik på at undgå unødige genindlæggelser, hjælpe med at sikre patientforløb og derved fremme samarbejdet mellem sektorer og afdelinger. Det ville ydermere i nogle tilfælde formentligt muliggøre endnu tidligere udskrivelse af patienter fra sygehusseng til kommunal korttidsplads. I et endokrinologisk ambulans perspektiv kan overgange fra hospital og praktiserende læge også optimeres ved – i de rette situationer – at skabe langt mere fællesskab om patientforløbet og trække på hinandens kompetencer og viden om patienterne. Dette fordrer udvikling af bedre kommunikation mellem sektorer, se punkt 1.



Forskning

Strukturkommissionens ønske om at prioritere forskning i primærsektoren hilser DES velkomment, så længe det ikke sker på bekostning af den endokrinologiske forskning, der finder sted på hospitalerne, og som i Danmark har internationalt niveau. Det er nemlig i høj grad klinisk forskning udgået fra endokrinologiske afdelinger i Danmark, der er med til at ændre diagnostik og behandling af endokrinologiens sygdomme – også de endokrinologiske folkesygdomme (diabetes, osteoporose og skjoldbruskkirtelsygdom), som traditionelt hører hjemme primært i primærsektoren. Ny viden skabt på denne måde flyder herefter ud i primærsektoren, mens det omvendte er meget sjældent. Det er sjældent, at forskning opstår i fællesskab mellem primærsektoren og sekundærsektoren, formentlig fordi forskningstraditionen i primærsektoren er lille. En reduktion i antallet af Ph.d.-studerende (fordi 20% af Ph.d.-studerende ikke er forskningsaktive 2 år efter opnået Ph.d.-grad) vil føre til en uheldig forskningsopbremsning i endokrinologien og resten af sundhedsvæsenet, idet det netop er de Ph.d.-studerende, der udfører en meget stor del af forskningen i Danmark, vejledt af forskningstrænede speciallæger (professorer og lektorer). At en del af disse Ph.d.-studerende ikke forsker aktivt nogle år efter opnået Ph.d.-grad er ikke nødvendigvis et problem, idet den forskningstræning de har opnået, har gjort dem i stand til at forholde sig kritisk til ny viden på deres fagområde (den akademiske lægerolle), bidrage mere kvalificeret til nationale behandlingsvejledninger (lægerollen som sundhedsfremmer og kommunikator) og ofte er de også blevet specialister inden for det fagområde (lægerollen som medicinsk ekspert), som deres Ph.d.-afhandling handler om, hvilket patienter og andre kollegaer nyder godt af. En anden forklaring på at "kun" 20% af Ph.d.-studerende ikke er forskningsaktive 2 år efter opnået Ph.d.-grad er formentlig, at mange Ph.d.-kandidater typisk går fra en Ph.d.-stilling direkte til et 5-årigt hoveduddannelsesforløb, hvor der typisk ikke afsættes tid til forskning. Hertil kommer at der ikke er afsat midler til forskning på driftsbudgettet på langt de fleste hospitalsafdelinger. Som forsker er man således næsten 100% afhængig af ekstern finansiering, hvilket er en stor opgave at skaffe og kræver et stort brug af fritid. DES vil meget gerne deltage i en diskussion af, hvordan fremtidig endokrinologisk forskning kan finde sted i et tæt samarbejde mellem primær og sekundærsektoren, hvor det findes relevant. Der ligger formentlig et stort uudnyttet potentiale her, som vil kunne føre til mere effektiv diagnostik og behandling.

De store "endokrinologiske" folkesygdomme

- **Type 2 diabetes:** Flere hundrede tusinde danskere har type 2 diabetes (T2D). I takt med, at forekomsten af T2D er steget, besluttede man for nogle år siden, at personer med T2D som hovedregel skal behandles for deres sygdom i primærsektoren. Beslutningen afstedkom en "udflytning" af patienter fra hospitalernes diabetesambulatorier til primærsektoren og aktuelt behandles ca. 90% af alle personer med T2D i primærsektoren. De sidste ca. 10% af patienterne fastholdes i sekundærsektoren, fordi de enten har kompliceret T2D-sygdom eller behandling er kompliceret. Udflytningen til primærsektoren (og fastholdelsen af de mest syge patienter i sekundærsektoren) har som sådan været en succes, og i takt med udvikling af nye diabeteslægemidler (fx GLP-1-RA baseret terapi og SGLT-2-i) er behovet for insulinbehandling af T2D faldet, hvilket har betydet, at endnu flere personer med T2D kan behandles i primærsektoren. Der er fortsat brug for et stærkt samarbejde mellem primær og sekundær sektor, idet diabetesbehandling er i en rivende udvikling og der er



derfor brug for, at diabeteseksperter fra sekundærsektoren kan vejlede primærsektoren. DES mener således, at den aktuelle organisering af behandling af T2D er klog, men strukturer der understøtter samarbejdet mellem primær og sekundærsektoren bør styrkes, jævnfør punktet om "Samarbejdet mellem primær og sekundær sektor". Behandling af type 1 diabetes (forekomst i Danmark: ca. 30.000 personer) vurderes fortsat at høre hjemme i sekundærsektoren, da der er tale om en mindre sygdom, der bør håndteres af eksperter i type 1 diabetes.

- **Knogleskørhed:** Flere hundrede tusinder danskere – primært ældre og ofte svækkede ældre - har knogleskørhed (osteoporose) og forekomsten er stigende, i takt med at den danske befolkning ældes. Idet knogleskørhed er forbundet med øget risiko for knoglebrud, fx hoftebrud, er sygdommen forbundet med meget store direkte og indirekte udgifter for det danske sundhedsvæsen. Risikoen for knoglebrud kan minimeres væsentligt ved at give forebyggende lægemidler. Der er derfor i DES's øjne behov for at styrke den forebyggende behandling af knoglebrud med osteoporose-lægemidler, jævnfør tidligere indsendte input til Sundhedsstrukturkommissionen (<https://www.ism.dk/Media/638363433205664914/Dansk%20Endokrinologisk%20Selskab.pdf>). Dette kalder på en mere aktiv tilgang til opsporing og behandling af osteoporose, idet mange med sygdommen ikke har fået den konstateret, og er via modellen Fracture Liaison Service (FLS) initieret flere steder i sekundærsektoren. FLS indebærer at borgere over 50 år, som pådrager sig et knoglebrud efter et mindre traume, skal tilbydes udredning for osteoporose. Det kræver "her-og-nu" investeringer, men betaler sig samfundsøkonomisk. DES mener, at effektiv tidlig opsporing af osteoporose (optimalt set inden første fraktur) kun kan lykkes via nye samarbejdsmodeller mellem primærsektor, sekundærsektor og kommune. Formålet er at skabe bedre og hurtigere diagnostik af knogleskørhed og at mere behandling (som ofte gives som infusion eller injektion) gives lokalt og ikke på et sygehus som nu, fx på kommunale sundhedscentre. I den forbindelse kan den endokrinologiske specialitets ekspertise fra sekundærsektoren anvendes til at lægge behandlingsplaner, som kan udføres lokalt til gavn for patient og sundhedsvæsen (herunder mindre patienttransport). Udflytning af ukompliceret infusionsbehandling af osteoporose, under kyndig vejledning af sekundærsektoren, er fint i tråd med Sundhedsstrukturkommissionens strategi for fremtidens sundhedsvæsen, og vil formentligt begrænse geografisk og social ulighed og øge adhærens til behandlingen.
- **Sygdom i skjoldbruskkirtlen:** Livstidsrisikoen for lavt stofskifte, for højt stofskifte og knuder i skjoldbruskkirtlen er meget høj i den danske befolkning, særligt hos kvinder. Primærsektoren varetager allerede på nuværende tidspunkt behandlingen af langt de fleste patienter med lavt stofskifte. Udredning af og behandling af knuder i skjoldbruskkirtlen, samt behandling af forhøjet stofskifte varetages aktuelt i sygehusregi. DES skønner, at det fortsat vil være det mest cost-effektive at disse patientgrupper (højt stofskifte og knuder i skjoldbruskkirtlen) ses af endokrinologer, for at undgå dels for hyppige kontroller, dels at komplikationer (fx Graves' Orbitopati) ikke opdages og behandles i tide. Skulle organiseringen af udredning og behandling af flere stofskifterelaterede sygdomme flyttes ud af sygehusregi, kunne det eventuelt være hos privatpraktiserende endokrinologer, jf. nedenstående punkt.



Privatpraktiserende endokrinologer

Det endokrinologiske speciale egner sig på nogle punkter til at blive udøvet i privat speciallægepraksis. Årsagen er, at diagnostik og behandling af en del endokrinologiske sygdomme primært baserer sig på samtale og blodprøver. Der er desuden inden for visse sygdomskategorier ikke behov for avanceret teknologi, som typisk kun hospitaler har (CT-scannere, kirurgi, m.v.). I den optik er det oplagt at der oprettes ydernumre til endokrinologiske speciallægeklinikker. Hertil kommer at en "endokrinologisk karriere" aktuelt ikke er mulig uden for hospitalsvæsenet, medmindre man forlader sundhedsvæsenet og lader sig ansætte i farma- og medicoindustrien. Dette afskrækker en række personer, der gerne vil være endokrinologer i egen praksis, men ikke finder en hospitalsansættelse attraktiv. På den anden side har man i andre dele af endokrinologien et meget tæt ambulant og akut samarbejde med andre specialer (nyrelæger, hjertelæger, billeddiagnostisk afdeling, ortopædkirurger, børnelæger, obstetrik og gynækologi, øre-næse-hals-læger, m.v.), som kræver en vis "organisatorisk nærhed", som der er på et hospital.

Endokrinologien har traditionelt bidraget væsentligt til "den interne medicin" på de fleste hospitaler. Særligt sygdomme som elektrolyt-forstyrrelser (meget hyppige), diabetes under indlæggelse (en meget stor del af indlagte patienter har diabetes (ca. 20%)), akut nyresvigt og almindelige hospitalskrævende infektioner er blevet håndteret af endokrinologien. En flytning af mange endokrinologer til privat speciallægepraksis kan potentielt true kapaciteten til at diagnosticere og behandle de mange "intern medicinske" problemstillinger under indlæggelse, ligesom en del knowhow om disse problemstillinger vil forsvinde ud af hospitalet. Det vil ligeledes true uddannelsen af endokrinologiske speciallæger, hvorfor uddannelse bør medtænkes i planen for speciallægepraksis, som det i dag fx er det i andre specialer som øre-næse-hals og oftalmologi.

En fragmentering af endokrinologien i privatpraktiserende endokrinologer og hospitalsendokrinologer vil ikke nødvendigvis være et problem, men kræver opmærksomhed på potentielle negative konsekvenser. DES indgår meget gerne i en diskussion af etablering af endokrinologiske speciallægepraksis, herunder en diskussion af Sundhedsstyrelsens specialeplan for endokrinologien.

Digital transformation

Den digitale transformation er en væsentlig forudsætning for, at fremtidens sundhedsvæsen kan løfte de kommende års opgaver. Med digitale værktøjer kan skabes effektive data-strømme på enkeltpatientniveau til gavn for sundhedspersoners arbejde (overblik, analyser og beslutninger) og derved patienterne. Overblik over data kan fx reducere risikoen for dobbeltundersøgelser og IT-værktøjer kan indeholde beslutningsstøtte. Der kan desuden etableres en mere direkte "linje" mellem patient og hospital/sundhedsprofessionel ved anvendelse af IT til fx overførsel af data fra patient til sundhedsvæsenet, samt direkte rådgivning af patienter via direkte beskeder eller fx instruerende videoer. Den digitale transformation er imidlertid også afgørende vigtig for samarbejdet mellem primær- og sekundær sektor og fx kommuner. DES vil anbefale, at man udbygger strukturer i sundhedsvæsenet, som kan sikre, at flere data kan strømme mellem relevante sundhedsaktører, fx mellem kommuner, privatpraktiserende speciallæger, fodterapeuter og hospital. DES vil desuden bemærke, at digitalisering som



udgangspunkt er et middel til at opnå effektiv diagnostik og behandling, og ikke er et mål i sig selv.

Afsluttende bemærkninger: En generel bekymring i forbindelse med en reform af sundhedsvæsenet er, at flytning af opgaver fra sekundærsektoren til primærsektoren ikke forberedes tilstrækkeligt. Kompetencer i primærsektoren skal øges, der skal oprettes samarbejdsstrukturer, ved udflytning af større opgaver vil tæt samarbejde mellem sektorer og monitorering af opgaveløsningen være essentiel. DES mener, at et forberedende arbejde inden en evt. udflytning af opgaver er afgørende for succes og af hensyn til patientsikkerheden.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

Den. 6. august 2024

Dansk Erhvervs hørings svar vedrørende ”Høring af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering”

Dansk Erhverv har modtaget høring af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Dansk Erhverv repræsenterer overordnet mere end 18.000 virksomheder og specifikt i denne sammenhæng en bred vifte af virksomheder inden for sundhedsområdet. Lige fra virksomheder, som enten producerer eller leverer sundhedsprodukter inden for life science, eller leverer sundhedsydelser til det offentlige; herunder privathospitaler, klinikker og leverandører af tilbud inden for genoptrænings- og præhospitalsområdet samt en række patientorganisationer.

Generelt arbejder Dansk Erhverv for et velfærdssamfund og et sundhedsvæsen, hvor høj kvalitet, tillid og effektiv udnyttelse af ressourcer er centrum for udviklingen, uanset om indsatsen eller behandlingen foregår i offentligt eller privat regi.

Dansk Erhverv kvitterer for at have haft plads i følgegruppen til Sundhedsstrukturkommissionen, som Dansk Erhverv delte med brancheorganisationen 'Sundhed Danmark'.

Generelle bemærkninger

Det danske sundhedsvæsen står over for store udfordringer. Vi bliver flere ældre, flere får kroniske sygdomme, og færre kan tage sig af de syge, hvilket resulterer i stigende ventetider til udredning og behandling. Dansk Erhverv finder, at udfordringerne er for store til, at nogen kan løse dem alene, og det kræver kvalitetsudvikling og innovation på tværs af sundhedsvæsenet og sundhedsbehandlingen.

Gennem offentlig-privat samarbejde skal vi forløse potentialet i det samlede sundhedsvæsen, og vi skal i fællesskab arbejde hen imod en bedre implementering og skalering af kloge og innovative løsninger. Vi skal understøtte sammenhæng og kvalitet, uanset hvem der leverer ydelsen.

En sundhedsreform skal blandt andet sikre ensartet udredning, behandling og rehabilitering på tværs af landet samt højere kvalitet i patientforløb på tværs af sektorgrænser.

Forebyggelse og investeringer i sundhed

Forebyggelse, tidlig indsats og det præhospitale område skal styrkes, da der er store potentialer i at sætte tidligt ind, både for den enkelte, for de pårørende og for samfundet. Derfor skal vi fremme arbejdet med forebyggelse – og i forlængelse heraf arbejdet med det sunde og levede liv, en røgfri fremtid, tidlig opsporing, individuel- og personlig diagnosticering samt mere behandling tættere på trygheden i ens eget hjem.

Som en del af denne forebyggelsesdagsorden bør man også aktivt arbejde med medicinsk forebyggelse og vacciner, samt digitale og teknologiske løsninger inden for blandt andet medicinsk udstyr. Dansk Erhverv kvitterer her for, at der med rapportens tværgående anbefalinger lægges op til, at der bliver taget nogle gode indledende skridt. Men Dansk Erhverv ser også gerne, at den politiske reform bliver mere ambitiøs og konkret på området, herunder med en mere forpligtende forebyggelse i kommunerne. Derfor anbefaler Dansk Erhverv, i forlængelse af en kommende sundhedsreform, at man arbejder med at lave en national forebyggelsesstrategi eller en egentlig forebyggelsesreform.

Behovet for at arbejde med en styrket forebyggelse, tidlig indsats og sammenhæng gælder ikke mindst i forhold til den voksende gruppe af danskere med kroniske sygdomme. Det er en udfordring både for den enkelte patient, der ofte oplever forringet livskvalitet, og for samfundet, da mange af de kroniske sygdomme både koster i behandling og produktionstab. Det er en udfordring, som vi skal tage hånd om nu. Det kræver handling og gode rammevilkår for patienterne. I den forbindelse anbefaler Dansk Erhverv også, at betydningen af investeringer i sundhed herunder i forebyggelse og nye innovative behandlingsformer, afdækkes, med henblik på at synliggøre sundheds- og samfundsøkonomiske gevinster både for den enkelte og for samfundsøkonomien. Se også Dansk Erhvervs analyse '[Stort arbejdsudbudspotentiale for personer med kroniske sygdomme](#)' og Dansk Erhvervs udspil '[Verdens bedste kronikerbehandling](#)'.

Styrkelse af patientrettigheder

Patientrettigheder er et centralt element i vores sundhedsvæsen. De bidrager til at sætte borgeren i centrum og er borgernes værn mod den systemtænkning, der hurtigt kan opstå i store organisationer. Den rettighedsbaserede tilgang har været et væsentligt kvalitetsløft på de områder af vores sundhedsvæsen, der har været omfattet af dem. Samtidig sikrer patientrettigheder, at borgere ikke venter på udredning eller behandling i uvished og risikerer at få forværret deres sygdom. Og de kan være et effektivt værktøj til at sikre lighed i sundhed på tværs af geografi.

Derfor havde Dansk Erhverv gerne set, at Sundhedsstrukturkommissionen havde gået længere i at sætte en mere ambitiøs agenda for at udvide danskernes rettigheder på sundhedsområdet. Dette uddybes i afsnittet vedrørende kommissionens tværgående anbefaling 5.

Dansk Erhvervs nærværende høringssvar skal ses i sammenhæng med det udspil, Dansk Erhverv udgav i februar 2024 '[Verdens bedste sundhedsbehandling: 10 afgørende principper for en kommende sundhedsreform](#)'.

Bemærkninger vedrørende de tre forvaltningsmodeller

Dansk Erhverv finder de fremlagte forvaltningsmodeller Sundhedsstrukturkommissionen har lagt frem for ambitiøse og alle med gode perspektiver. Dansk Erhverv peger dog ikke på en bestemt af de konkrete forvaltningsmodeller, der er foreslået. Dog har vi kommentarer vedrørende specifikt på dels behovet for sammenhæng, og dels velfærdsområdet, som behandles af Sundhedsstrukturkommissionen i rapportens diskussion af hvilken forvaltningsmodel, man bør vælge.

Specifikke bemærkninger vedrørende sammenhæng

Dansk Erhverv deler grundlæggende problemanalysen af behovet for at sikre bedre sammenhæng – uanset om man kalder det kædeansvar, vertikal integration eller 'end-to-end'-ansvar. Derfor er vi også optaget af, at de strukturelle og økonomiske incitamenter kommer til at vende rigtigt, så vi kan arbejde med dette på tværs af sundhedsvæsenet. Vi skal grundlæggende have en sundhedsbehandling, hvor det ikke er sektorgrænser, men borgeren, der er i centrum.

Den mangel på sammenhæng, som lige nu opleves flere steder, er blandt andet en barriere for udvikling og udbredelse af forebyggende indsatser og for styrket hjemmebehandling blandt andet for borgere med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter.

Sammenhæng er helt nødvendig i forhold til at sikre tværgående pakkeforløb for borgere med kroniske sygdomme og multisygdom. Konsekvensen af den manglende sammenhæng flere steder er blandt andet, at succesfulde tværgående løsninger, som allerede har vist de skaber værdi for borgeren, stopper efter projekt- eller pilotfasen og dermed ikke bliver til varige forbedringer.

Derfor bør ansvaret for tværgående patientforløb tydeliggøres og incitamenterne sammentænkes, så den myndighed, der træffer beslutningen om at udvikle og implementere nye løsninger, også oplever positive effekter af at drifte og skalere dem – til gavn for patienter, medarbejdere og det samlede sundhedsvæsen. Det er med andre ord væsentligt, at fremtidens organisering og incitamenter honorerer bedre, når en investering ét sted i sundhedsvæsenet fører til positive ændringer andre steder.

Det er væsentligt, at man ikke kun får adresseret den vertikale sammenhæng, men også den *horisontale sammenhæng* på tværs, hvor man sikrer transparens, kvalitet og styrker det frie valg. Det er vigtigt at tænke den horisontale sammenhæng med for at få gjort op med den uens behandling, der opleves afhængigt af, hvor man bor i landet. Ligesom det er væsentligt, at der også arbejdes med sammenhæng og effektive systemer med patienterne/borgerne i centrum *inden for* forvaltningsniveauerne.

Specifikke bemærkninger til velfærdsområdet

Dansk Erhverv mener grundlæggende, at det frie valg skal udvides til flere områder uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges. Det gælder blandt andet rehabilitering og genoptræning efter serviceloven samt hjemmesygepleje efter *sundhedsloven*. Det er rigtig positivt, at det frie valg udvides til rehabilitering og genoptræning efter *serviceloven* i forbindelse med introduktion af hel-

hedspleje i den politiske aftale om en ældrereform fra april 2024. Det er dog væsentligt, at hjemmesygeplejen også blive en del af det udvidede frie valg, så borgerne reelt kan vælge helhed i ældreplejen. Derfor finder Dansk Erhverv, at det er væsentligt at fastholde det politisk bredt forankrede ønske om en frisættelse af ældreområdet i forbindelse med sundhedsreformen – uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges. Se uddybende om Dansk Erhvervs holdning til frit valg og frisættelse [her](#).

Samtidig er der et potentiale for bedre at bruge den private kapacitet på akutpladserne. I dag hører vi om eksempler på, at borgere er på hospitalerne, selvom det er en mulighed at opbygge en fleksibel, privat kapacitet på akutplads-området.

Sundhedsstrukturkommissionen påtaler i forlængelse af diskussionen om de forskellige forvaltningsmodeller mulighed for, at afgrænsningscirkulæret skal fjernes. I stedet skal stå et tydeligt defineret myndigheds- og finansieringsansvar. Som en bevægelse mod afbureaukratisering, og i en anerkendelse af, at den nuværende model skaber problemer, støtter Dansk Erhverv dette skridt, blandt andet fordi henholdsvis kommuner og regioner i dag har et økonomisk incitament til at mene, at udgiften skal være hos den anden part.

Sundhedsstrukturkommissionens eksempel med en borger med type 1-diabetes, der har brug for en insulinpumpe på side 176, i forhold til om noget kvalificeres som et 'hjælpemiddel' eller 'et behandlingsredskab', er en gode case på nogle af de strukturelle udfordringer, der præger området i dag. Dog mangler der konkrete svar på, hvad der skal stå i stedet for, når det kommer til at gøre visitationen mere smidig og sikre en meningsfuld samtænkning gennem en fællesøkonomi og et fælles myndighedsansvar på området.

På hele hjælpemiddelsområdet er det vigtigt at sikre bedre sammenhæng og at incitamentsstrukturen er skruet rigtigt sammen. Det er væsentligt at sørge for, at man som borger så vidt muligt får det rigtige hjælpemiddel første gang, og at dette sker på baggrund af en konkret og individuel vurdering; og at dette nødvendigvis må være baseret på et bredt sortiment, som sikrer, at man som borger kan blive adækvat kompenseret. Dette gælder også velfærdsteknologiske hjælpemidler. Samtidig bør der værnes om, at serviceloven i dag¹ sikrer borgerne frit valg af hjælpemidler og leverandør.

Dansk Erhverv kvitterer for, at det er en del af ældreaftalen² at udarbejde en national strategi for udbredelsen af velfærdsteknologi i ældreplejen. Dansk Erhverv opfordrer til, at der for hele sundhedsområdet (også) laves en tværgående plan for velfærdsteknologi i forlængelse af en kommende sundhedsreform. Se også uddybende materiale om Dansk Erhvervs anbefalinger til ['Verdens bedste til velfærdsteknologi'](#) og de fire anbefalinger fra [Dansk Erhvervs Velfærdsteknologi Lab](#).

¹ (såfremt der ikke er tale om et genbrugshjælpemiddel)

² Side 8

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Dansk Erhverv kvitterer for, at der er mange gode elementer i anbefalingen og det grundige faglige arbejde, som ligger bag forslagene. I lighed med kommissionen tager vi ikke stilling til, hvem der skal organisere almen praksis.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 1, forslag 1-4

- Dansk Erhverv er enig med Sundhedsstrukturkommissionen om, at det almenmedicinske tilbud skal styrkes i forlængelse af anbefalingens forslag 1, og at en forudsætning for dette er, at der sikres bedre lægedækning i hele landet. Derfor bakker Dansk Erhverv også op om, at det kan blive nødvendigt at tilpasse de økonomiske forhold, så de i højere grad forbedrer muligheden for at rekruttere læger til lægedækningstruede områder.
- I forhold til forslag 2 vedrørende kompetence til at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov deler Dansk Erhverv kommissionens opfattelse af, at der kan være fordele ved at fjerne de lovgivningsmæssige barrierer for at etablere udbudsklinikker, men at partnerskabsklinikker også bør inddrages. Et omdrejningspunkt for sammensætning af lokale tilbud bør være uddelegering af opgaver, så lægernes tid bruges klogt med patienterne og dermed ikke på administration, praksisdrift eller opgaver, som andet klinikpersonale har kompetence til at løse. Et andet omdrejningspunkt bør være tilgængelighed, herunder med større brug af videokonsultationer og servicemål for ventetid. Der bør ligeledes arbejdes med muligheden for udvidede åbningstider.
- Vedrørende forslag 3 og 4 omhandlende national fastsat opgavebeskrivelse og omfordeling af ressourcer efter sygdomsbehov bakker Dansk Erhverv op om, at det er afgørende at adskille funktioner og opgaver fra forhandlinger om økonomiske vilkår. Ligeledes finder Dansk Erhverv det vigtigt, at økonomien fremover vil kunne tilpasses de lokale vilkår. Samtidig bør den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse tage udgangspunkt i et patient- og kvalitetsperspektiv med klare forventninger til kompetencer, kvalitetsmål og tilgængelighed. Her bliver data et afgørende element, så den ansvarlige myndighed kan stille ensartede og nationale krav til kvalitetsudvikling og direkte til klinikerne og lægerne.
- Den ansvarlige myndighed bør samtidig tildeles bedre mulighed for journalgennemgang og journalindsigt, som stikprøvekontroller, som vil kunne be- eller afkræfte om en ydelse reelt har fundet sted og er dokumenteret i henhold til den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse.
- Dansk Erhverv ser som udgangspunkt positivt på muligheden for differentierede patientnormer, men mener, at disse bør tage udgangspunkt i de førnævnte nationale krav til kvalitetsmål og tilgængelighed. Dette bør særligt gøre sig gældende i behandlingen af multisyge og/eller patienter med kroniske sygdomme, hvor der bør være tydelige, databaserede kvalitetskrav til, hvordan der arbejdes med disse patienter.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 1, forslag 5-7

- I dag varetages kvalitetsudvikling i almen praksis primært af de i overenskomsten definerede klynger. Der er flere eksempler på, at PLO i disse klynger har udelukket partnerskabs-, regions- og udbudsklinikker fra at deltage. I forlængelse af forslag 5 er Dansk Erhverv derfor meget enige i, at der skal etableres en ny offentlig myndighed, som er dedikeret til at lede samarbejdet mellem den ansvarlige myndighed og almen praksis, herunder opfølgning på kvalitetsudvikling, samarbejdsflader samt kontrol, opfølgning og samspil med det øvrige sundhedsvæsen.
- Dansk Erhverv støtter også etableringen af en uvildig instans til løsning af tvister. I dag sidder praktiserende læger udpeget af PLO på halvdelen af repræsentanterne i hvert udvalg, hvor en sag vil falde ved stemmelighed. Lægerne kan altså i samarbejdsudvalgene være med til at blokere for sager, eller vedtage sanktioner, påbud, bod, samt få indsigt i konkurrenceforhold hos deres konkurrenter og kollegaer. Ligesom samarbejdsudvalgene aktivt kan nægte læger at få foretræde. For at undgå en lignende praksis er det afgørende, at både den nye offentlige enhed til kvalitetsopfølgning og den uvildige instans til løsning af tvister, har en tydelig governance-struktur og vil være underlagt forvaltningsloven.
- Vedrørende forslag 6 og 7 omkring ny aftalemodel for alment praktiserende læger og ny honorarstruktur, er Dansk Erhverv enig i, at det er nødvendigt med en ny aftalemodel og en mere fleksibel honorarstruktur, der kan fastsættes efter skiftende behov. Et eksempel på dette kan være ved tilpasning af det lægedækningstruede basishonorar, så det tager højde for de demografiske forhold og tilpasses i forhold til disse. Dansk Erhverv finder det dog afgørende, at den ansvarlige myndighed kan føre direkte kontrol med de faktureringer, der måtte ske finde sted i almen praksis. Dette kan være gennem en kvitteringsfunktion, så borgeren får en kvittering på, hvilke ydelser vedkommende har modtaget, på samme måde som når man har været ved tandlægen. Det vil gøre det muligt at føre tilsyn med, om faktureringer er foregået i henhold til både den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse og gældende lokale aftaler.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 1, forslag 8-9

- Dansk Erhverv ser positivt på forslag 8 omkring udbredelsen af netværksorganisering og mener, at muligheden for at styrke eller udvikle netværksorganisering og driftspartnerskaber bør udvides, så ejerskabet kan deles mellem flere aktører med henblik på at optimere driften og skabe lokale tilbud. Muligheden for delt ejerskab, vil også gøre det muligt for lokale aktører at investere i lokale, samlede sundhedstilbud, der vil være tilpasset skiftende lokale behov.
- Dansk Erhverv støtter, at databaseret kvalitetsudvikling bliver et omdrejningspunkt i fremtidens almenmedicinske tilbud i forslag 9, da det vil gøre det nemmere at stille ensartede krav og samtidig sikre en sammenhængende patientrejse i sundhedsvæsenet.
- Dansk Erhverv anbefaler, at der ved eventuel oprettelse af en ny dataenhed, Digital Sundhed Danmark, fokuseres klart på, hvilke afgrænsninger enheden vil have i sit mandat. Dette gælder eksempelvis ved borgerrettede applikationer, som indgår i den medicinske drift, som vil være styrende for, hvordan den daglige drift i almen praksis indrettes. Ved at placere ansvaret for disse i en organisation som Digital Sundhed Danmark, centraliseres innovationskompetencen, hvilket vil skabe en uhensigtsmæssig top-down innovation og central styring af, hvordan den daglige medicinske drift i almen praksis lokalt skal indrettes. Det er derfor vigtigt, at

eksempelvis MinLæge-appen forbliver et tilbud - men ikke et krav - til alment praktiserende læger. Ligeledes bør finansieringen af løsningen lægges hos de alment privatpraktiserende læger, som ønsker at gøre brug af den, mens alment praktiserende læger, som ønsker at bruge andre løsninger, kan gøre dette.

- Endeligt foreslår Dansk Erhverv, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal se på muligheder og modeller for anvendelse af AI, borgerskabte data, digital visitation og sprogmodeller i almen praksis.

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Generelle bemærkninger vedrørende anbefaling 2

Selvom vi i Danmark generelt er et højt digitaliseret land, halter sundhedsvæsenet stadig efter. Digitalisering er en forudsætning for mange af de nye løsninger og teknologier, vi gerne vil ibrugtage i sundhedsvæsenet, og som kan være med til at gøre sundhedsvæsenet mere økonomisk bæredygtigt i fremtiden. Det er for eksempel hjemmebehandling, brug af borger-skabte data, fjerndiagnosticering, triagering af patienter og opgaveglidning. Digitale løsninger kan også være med til at forkorte ventetider og adgang til behandling, som for eksempel digital visitation til høreapparat, som har været testet som pilotprojekt af Region Nordjylland og Sundhedsdatastyrelsen.

Der er også et stort potentiale i at udnytte kunstig intelligens bedre. Særligt sprogmodeller er allerede veludviklede i en grad, hvor skriftlige opgaver kan løses meget mere effektivt end i dag. Det kan for eksempel være opsummering af lange journaler, automatisering af skriveprocesser og dokumentation eller digitale front-door-løsninger. Også inden for billeddiagnostik er vi nået langt, og der er adskillige eksempler på dette, som er taget i brug på danske hospitaler. Når det er sagt, så genkender Dansk Erhverv det udfordringsbillede, som tegnes i anbefalingerne: Det digitale sundhedslandskab er i dag meget fragmenteret. Der mangler kompetencer, og der mangler incitamenter til at udbrede eksisterende løsninger frem for at opfinde sine egne. Det er udfordringer, som vi skal finde en løsning på, hvis potentialet for digitalisering af sundhedsvæsenet skal indfris.

Dansk Erhverv er positiv overfor Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om ny organisering af digitalisering og data i sundhedsvæsenet, som kan forbedre sundhedsvæsenets effektivitet og kvalitet. Det er vigtigt, at innovation ikke kun forsøges udviklet alene inden for det offentlige system, men også strukturelt skal inkludere samarbejde med private aktører. Offentlig-privat partnerskab er essentielt for at udnytte de ressourcer samt handle- og innovationskraft, som findes i det private erhvervsliv og civilsamfundet.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 2, forslag 1-2

- Dansk Erhverv tager positivt imod forslag 1 omkring "en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og forslag 2 "En national planlægningskompetence for digitalisering og data", idet Dansk Erhverv understreger behovet for, at strategien og planlægningen udarbejdes og udføres i tæt samarbejde med relevante aktører, herunder de forskellige ejere af data og ydelser i sundhedsvæsenet, samt private leverandører³.
- Dansk Erhverv er enige i de fem mål, som en strategi skal indeholde (side 218). Herunder i særdeleshed styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger. Innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og stadig mere komplekse behov. Det er dog ikke fordelagtigt, at der er central styring med udbredelsen af innovative løsninger, men i stedet bør der være en central understøttende funktion for at sikre en harmonisering på tværs, så systemerne kan "tale sammen". Ligeledes er *offentlig-privat samarbejde* en styrkeposition for Danmark, som også med fordel bør fremskrives som et selvstændigt mål 6.
- I forlængelse mener Dansk Erhverv at det bør være et selvstændigt mål at etablere flere offentlige-private partnerskaber, der skal skabe skalerbare og bæredygtige innovative sundhedsløsninger.
- Danske Erhverv opfordrer til, at man i forlængelse af strategien for digitalisering og data følger op på Robusthedskommissionens anbefalinger om, at digital teknologi skal være *første valg* for de borgere, for hvem det er en mulighed. Dansk Erhverv anbefaler i forlængelse heraf, at der indføres en digital patientrettighed, så alle patienter kan vælge at foretage en konsultation, kontrol eller lignende digitalt, hvis det er lægefagligt forsvarligt. På den måde vil mennesker med bl.a. kroniske sygdomme – og alle andre patienter – opleve en langt mere gnidningsfri og mindre tidskrævende kontakt med sundhedsvæsenet. Ligesom det på sigt har potentiale for at virke afdæmpende på nogle af de geografiske udfordringer, vi ser med lægedækningen i dag. Den rettighedsbaserede tilgang er en god løsning til at omfavne den digitale udvikling, der også indfanger de balancer, kommissionen redegør for på side 218-219.
- I forlængelse af forslag 2 bør indkøbskompetencen *ikke* centraliseres, men fastholdes så tæt på klinikken som muligt. Imidlertid bør det være udgangspunktet, at løsninger skal indkøbes såfremt de allerede eksisterer på markedet, fremfor at de skal udvikles lokalt eller nationalt. Derfor bør planlægningskompetencen først og fremmest vedrøre *en planlægning af den overordnede arkitektur og standarder, samt hvem der har kompetencen til at indkøbe og implementere hvilke løsninger*, snarere end egentlig udvikling af løsninger.
- En planlægning af den overordnede arkitektur og standarder bør også omfatte en harmonisering af supportfunktioner på tværs af regionerne, som i dag opleves mangelfuld, hvorfor både regioner og leverandører benytter uhensigtsmæssigt mange ressourcer på området. Det gæl-

³ Her tænkes både på leverandører af digitale løsninger, som for eksempel kan bidrage med viden om relevante krav til arkitektur og standarder, og leverandører af sundhedsydelser, som også i fremtiden skal være en væsentlig del af det danske sundhedsvæsen, og derfor inddrages i planlægningen. Ydermere er de private leverandører ofte længere fremme hvad angår brug af ny teknologi og digitale løsninger, og vil dermed kunne bidrage med væsentlige indsigter i udarbejdelsen af en strategi.

der for eksempel at it-systemerne ofte ikke taler sammen, jura (herunder kontrakter, databehandleraftaler, kontrakter vedrørende kliniske forsøg, m.m.) og at udvikling af krav til bæredygtighed ikke sker sammen på tværs, så de er enslydende med videre.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 2, forslag 3

- Dansk Erhverv støtter grundlæggende anbefaling 3 om, at den nationale dataplatform etableres og forankres i en fælles service- og leverancevirksomheder (Digital Sundhed Danmark). Dette understøttes af vision for bedre brug af sundhedsdata, og er desuden et vigtigt forarbejde til implementeringen af EHDS.
- Kommissionen anbefaler at samle MedCom, sundhed.dk, sundhedsjournalen, FUT, for eksempel opgaver fra SDS, og samle relevante registre for eksempel RKKP. Kommissionen anbefaler også, at ansvaret for en national dataplatform placeres her. Kommissionen nævner ikke det kommende Nævn for Sundhedsapps, som skal etableres i regi af Lægemiddelstyrelsen, men Dansk Erhverv foreslår, at nævnet også får en tilknytning til Digital Sundhed Danmark.
- Imidlertid er det vigtigt, at IT og drift *ikke* skilles ad, da det vil svække innovationen og mulighed for at bruge ny teknologi i driften. Derfor bør Digital Sundhed Danmark beskæftige sig med de overordnede rammer for digitalisering af sundhedsvæsenet, herunder sikre nogle klare rammer for arkitekturen. Digital Sundhed Danmark bør sikre, at man i sundhedsvæsenet "bygger med de samme byggeklodser" og for eksempel fastlægge standarder, som gør det nemmere for leverandører at udvikle fremtidens løsninger til sundhedsvæsenet. Men det er væsentligt, at Digital Sundhed Danmark ikke kommer til at diktere, hvilke specifikke løsninger der bruges i praksis, da man dermed også vil komme til at diktere den konkrete kliniske praksis, hvilket naturligvis ikke vil være hensigtsmæssigt.
- Kommissionen anbefaler også, at Digital Sundhed Danmark kan understøtte hurtigere udbredelse af gode løsninger med påvist effekt i sundhedsvæsenet. Igen er det her væsentligt, at den opgave, der ligger centralt, er understøttende og ikke dikterende. Det vil være *yderst uhen-sigtsmæssigt*, hvis alle nye løsninger i sundhedsvæsenet skal gå igennem én central organisation for at blive afprøvet eller udbredt i sundhedsvæsenet.
- I forhold til specifikt det primære sundhedsvæsen og praksissektoren foreslår Sundhedsstrukturkommissionen, at Digital Sundhed Danmark skal overtage ansvaret for eksempelvis lægepraksissystemer og MinLæge. Kommissionen understreger dog, at det vil være et tilbud, og at den enkelte for eksempel lægepraksis fortsat vil kunne vælge andre løsninger, så længe de lever op til de fælles krav. Dansk Erhverv bakker op om dette, og som tidligere skrevet er det vigtigt, at understrege at den centrale styring skal være fokuseret på arkitektur og standarder, snarere end konkrete applikationer.

Anbefaling 3: En national sundhedsplan og tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Generelle bemærkninger vedrørende anbefaling 3

Dansk Erhverv er positive overfor anbefaling 3 om en national forudarbejdelse af en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer en tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Dansk Erhverv savner dog et mere gennemgående fokus på at styrke kvaliteten i den nationale sundhedsplan. Det bør være en bunden opgave at tænke 'sammenhæng på tværs' endnu mere ind, end der lægges op til i afsnittet. Det gøres blandt andet ved styrke arbejdet med pakkeforløb på tværs af sektorer for borgere med kroniske sygdomme og multisygdom, inspireret af kræft- og hjertepakkerne. Her skal der være konkrete krav til sammenhæng og kvalitet, uanset hvor opgaven er placeret.

Dansk Erhverv anbefaler, at man kigger i retningen af Sundhedssektorens prioriteringsråd med 20 konkrete anbefalinger til prioriteringen i sundhedssektorens arbejde, hvor Dansk Erhverv har været en del af arbejdet. Det er anbefalinger, der er implementerbare, og som har bred opbakning fra en bred kreds af de væsentligste aktører i sektoren.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 3

- Det er positivt med fokus på at sikre kvalitetsstandarder i forslag 3. Men der er behov for, at der er tale om *reelt* bindende kvalitetsstandarder for kommunerne. Dansk Erhverv savner i den forbindelse, at Sundhedsstrukturkommissionen gik længere i deres anbefaling end blot at pege på behovet. Det er her helt centralt at sikre, *dels* at de økonomiske incitamentet "vender rigtigt" uanset hvilken myndighed, der varetager behandlingsopgaven, *dels* en styrket forebyggelsesindsats og en målrettet indsats for bedre diagnosticering og *dels* de førnævnte reelt bindende kvalitetsstandarder og generelt bindende krav til en minimumskvalitet, som borger med kronisk sygdom skal modtage uanset, hvor i landet man bor.
- I forhold til at stille reelle kvalitetskrav til kommuner kan det nuværende Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) være en forhindring, hvis det betyder, at kommunerne skal kompenseres for hver opgave, de løser, hvis man for eksempel laver bindende kvalitetsstandarder. Dansk Erhverv foreslår derfor en reformering af DUT, som bedre og mere smidigt vil kunne rumme for eksempel kvalitetskrav og pakkeforløb for borgere med kronisk sygdom. Hvis Sundhedsstrukturkommissionens ambition om, at flere ressourcer bruges tættere på borgeren herunder i det nære sundhedsvæsen, realiseres, er det afgørende, at der sikres kvalitet i opgaveløsningen. Ligesom der bør være gennemsigtighed i de offentlige priser, også på de enkelte sundhedsydelser.
- Samtidig er et behov for at udarbejde sektorspecifikke kvalitetsstandarder i regi af den nationale sundhedsplan, som supplement til de tværgående kvalitetsstandarder. Sektorspecifikke kvali-

tetsstandarder kan med fordel udvikles med inspiration fra de kvalitetsstandarder, der defineres i regi af de kliniske kvalitetsdatabaser og som er en integreret del af forløbsplansmodulerne.

- Dansk Erhverv er positiv overfor Sundhedsstrukturkommissionens fokus på forskning i det nære sundhedsvæsen og er enig i, at der her er et potentiale for innovation og for at sikre en større grad af evidensbaserede aktiviteter. Det er dog også væsentligt, at der fortsat prioriteres forskning i blandt andet det specialiserede sundhedsvæsen.
- Samtidig finder Dansk Erhverv det *afgørende*, at man får implementeret Life Science rådets anbefalinger, konkret blandt andet anbefaling 1 om at 'Innovation skal være en prioriteret kerneopgave i det danske sundhedsvæsen' og anbefaling 2 om at 'Danmark skal prioritere og udføre mere klinisk forskning som en integreret del af Patientbehandlingen' ([Life Science Rådet, december 2023: side 16-21](#)).

Anbefaling 4: Ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet

Generelle bemærkninger vedrørende anbefaling 4

Dansk Erhverv tager positivt imod Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om at integrere behandlingspsykiatrien og det somatiske område, og deler grundlæggende kommissionens analyse af feltets problemstillinger.

Andelen af danskere, der diagnosticeres med psykisk sygdom, er stigende. Derfor også antallet af pårørende. I dag bliver omkring hver femte af os på et eller andet tidspunkt i livet ramt af psykisk sygdom. Og psykiske lidelser udgør cirka 25 pct. af den samlede sygdomsbyrde i Danmark.

Der er et arbejdsmarkedsudbudspotentiale i at nedbringe konsekvenserne af at have en psykisk diagnose samt nedbringe belastningen af de pårørende. For eksempel svarer den lavere arbejdsmarkedsdeltagelse for personer med skizofreni til, at der trækkes 13.800 fuldtidsbeskæftigede ud af arbejdsmarkedsstyrken (Dansk Erhverv, 2023).

Et bredt flertal i folketinget står bag både '[Aftale om 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed](#)' fra september 2022 og '[Aftale om en bedre psykiatri](#)' fra november 2023. Dansk Erhverv noterer sig, at Regeringen forventer at præsentere et udspil i andet halvår 2024 og ser frem til at spille konstruktivt ind i arbejdet. Dansk Erhverv bakker ligesom alle folketingets partier, og et bredt udsnit af sundhedsaktørerne på området, grundlæggende op om en helhedsorienteret implementering af '[Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan](#)' og finder det i forlængelse heraf klogt, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at denne proces fortsætter, og en integration mellem behandlingspsykiatrien og det somatiske område sammentænkes med denne proces.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 4

- Anbefaling 4 forslag 2 om styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser har *tre underanbefalinger* vedrørende 1) Krav om fasttilknyttede læger på botilbud 2) Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien og 3) Tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet. Vedrørende forslag 2 underanbefaling 1 bemærkes, at det er et meningsfuldt fokusområde generelt at styrke adgangen til uddannet personale generelt i psykiatrien. Herunder forbedrer adgangen til såvel almen praktiserende læger som speciallæger hvor dette er meningsfuldt. Dog bemærkes det, at der allerede eksisterer ordninger på bosteder med faste læger flere steder. Det er derfor væsentligt at udvise en fleksibilitet, så man undgår at påtvinge en rigid struktur, som kan forstyrre de eksisterende konstruktioner. Dette er særligt vigtigt på dette område, da der ofte er tale om borgere, som ikke altid er ressourcestærke og ikke nødvendigvis omstillingsparate. Man skal således være forsigtig med at tilsidesætte eksisterende strukturer og tage hensyn til, hvis borgerne allerede føler sig trykke ved de nuværende ordninger.
- Det er afgørende at finde den rette balance, så sundhedslogikken ikke u hensigtsmæssigt trumfer de socialpædagogiske og socialfaglige indsatser. Her er der en bekymring for, at kommissionens anbefalede kvalitetsstandarder *specifikt* til socialpsykiatrien i forslag 2 underanbefaling 2 kan være forstærkende for denne tendens, afhængigt af hvordan de konkret tilrettelægges og arbejdet med standarderne gribes an. Det er væsentligt at huske, at borgere i socialpsykiatrien også er selvstændige individer, og at huske en respekt om, at der ofte er tale om borgerens eget hjem.
- Det er essentielt, at det tværsektorielle samarbejde, der anbefales i forslag 2 underanbefaling 3, inddrager ikke-offentlige aktører på områder, herunder de private og selvejende aktører samt de relevante patientforeninger.
- Danske Erhverv er enige i, at bedre udnyttelse og mere udbredelse af digitale og teknologiske løsninger kan styrke både tilgængeligheden, sammenhængen og sikre hurtigere hjælp på rette niveau. Det digitale samarbejde skal fungere på tværs af alle aktører, herunder både selvejende og private botilbud. Her er det væsentligt at lære af de problemer, der lige nu opleves med adgangen til det fælles medicinkort.
- Dansk Erhverv finder, at den manglende kapacitet i socialpsykiatrien udgør en væsentlig udfordring, som ikke adresseres tilstrækkeligt i kommissionens anbefalinger og forslag. Der er generelt behov for at styrke adgangen til sundhedstilbud i psykiatrien på tværs af landet.

Anbefaling 5: Tilpassede organisatoriske rammer praktiserende speciallæger samt vedrørende patientrettigheder og private aktører

Generelle bemærkninger vedrørende anbefaling 5

Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 5 omhandler de organisatoriske rammer for, om speciallægerne er hensigtsmæssigt anvendt i forhold til, om speciallægekapaцитeten bruges fornuftigt i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Dansk Erhverv noterer sig dog, at man inden for rammerne af Sundhedsstrukturkommissionens sigtelinje *”Et sundhedsvæsen, der understøtter frit valg og patientrettigheder, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen”* ikke går langt nok i forhold til at fremme en mere fordomsfri tilgang til brugen af den private kapacitet som en del af det samlede sundhedsvæsen. Derfor opfordres der til, at man sætter en markant mere ambitiøs retning for netop et sundhedsvæsen *”der understøtter frit valg og patientrettigheder”* i fremtiden, som man har mulighed for inden for Sundhedsstrukturkommissionens kommissorium.

Der bør blandt andet udvikles nationale ramme for det præhospitale område, der kan skabe større gennemsigtighed omkring borgernes forventninger til akutberedskabet. Dette vil også sikre, at borgerne modtager en mere ensartet service på tværs af landet. Ensartede, transparente krav vil desuden gøre det lettere at samarbejde på tværs af regionsgrænser, uanset om driften varetages af offentlige eller private aktører.

En anden konkret udfordring i forhold til det gode offentlige-private samarbejde, som ikke adresseres af Sundhedsstrukturkommissionen, er de uheldige økonomiske incitamenter og siloopdelinger, der følger med *det decentraliserede budgetansvar* på hospitalerne i forbindelse med afgivelsen af opgaver⁴. Det skyldes at *hele* hospitalet får taksten gennem rammeaftaler, mens det afdelingernes budget, der betaler privathospitalernes takst ved overdragelsen af en opgave. Derfor skal incitamentsstrukturen forbedres, så det sikres, at patienten altid er i centrum, og ikke afdelingens økonomi, og at den fulde kapacitet i sundhedsvæsenet dermed udnyttes.

Der er stor opbakning blandt danskerne til at bruge den private kapacitet bedre i fremtiden. For eksempel viser en rundspørge, som Dansk Erhverv har lavet i 2023, at næsten tre fjerdedel af danskerne (73%) er enige i udsagnet *”Mere anvendelse af privathospitaler er nødvendige for at sænke ventetider i sundhedssektoren”* ([Dansk Erhverv, 2023](#)). En rundspørge fra i år viser samme tendens. Når danskerne bliver spurgt, hvad der er vigtigt for dem i behandlingen på et hospital, svarer de ventetid og kvalitet. 73 pct. af danskerne svarer samtidig, at de ikke finder det vigtigt, om behandlingen foregår på et offentligt eller privat hospital ([Dansk Erhverv, 2024](#)).

⁴ I dag fordeles 100 % af DRG-taksten til hospitalet gennem rammeaftalerne, men kun omkring 70 % når ud til afdelingerne (varierer lidt fra afdeling til afdeling). Selvom DUF-taksten er lavere end DRG-taksten, er DRG-taksten (naturligvis) højere end 70 % af DUF-taksten. Det er dog afdelingerne, der skal betale den fulde DUF-takst til privathospitalerne ved overdragelse af en opgave.

Specifikke bemærkninger vedrørende anbefaling 5

- I forlængelse af forslag 1 om, at planlægning af det praktiserende speciallægetilbud skal ske inden for en styrket national ramme, anbefaler Dansk Erhverv en udrednings- og behandlingsgaranti hos speciallæge (speciallægeydelsen) inden for 30 dage. En sådan rettighed vil være i tråd med Sundhedsstrukturkommissionens sigtelinje på området og styrke den geografiske balance ved at sikre et de facto loft over ventetiden og hurtigere behandling på tværs af hele landet.
- Dansk Erhverv anbefaler, at lade privathospitaler hjælpe med at løfte uddannelsesansvaret. Man bør finde en model, hvor uddannelsespladserne følger med patienterne, så nye læger kan lære af operationerne - uanset om de foretages i privat eller offentligt regi. Det kræver, at man som en del af en kommende sundhedsreform åbner op for, at det private også tager ansvar for uddannelse på de samme vilkår som det offentlige sundhedsvæsen. Dette forudsætter ensartede uddannelsesstakster og styrket offentlig-privat samarbejde herunder for eksempel privat repræsentation i de regional uddannelsesudvalg.
- Dansk Erhverv foreslår en analyse af brugen af private aktører i sundhedsvæsenet og af mulighederne for at styrke offentlig-privat samarbejde til løsning af sundhedsopgaver. En sådan undersøgelse skal give politikerne et solidt grundlag for beslutningstagning, så der opnås mest sundhed for pengene. I et effektivt offentlig-privat samarbejde kan ressourcer allokeres der, hvor de tilfører størst mulig samfundsværdi og gennemsigtighed er samtidig et godt grundlag for et frugtbart, produktivt samarbejde. Priserne i det private kendes, men der er ikke gennemsigtighed i det offentlige. Dansk Erhverv havde sammen med Sundhed Danmark deputation for Folketingets Sundhedsudvalg i april, materiale fra deputationen kan tilgås [her](#).
- Dansk Erhverv anbefaler, at den rettighedsbaserede tilgang fortsat er central i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Herunder anbefaler Dansk Erhverv blandt andet konkret:
 1. At patientrettighederne følger patienten. Når flere opgaver skal løftes tættere på patienten, herunder i det nære sundhedsvæsen, bør patientrettighederne følge med. Det kan være med til at sikre, at det er borgeren, ikke systemet, der er i centrum, og kan være borgernes værn mod kortsigtede (økonomiske) dispositioner, der kan stå i vejen for, at de nødvendige skridt tages på bl.a. forebyggelsesområdet, fordi gevinsterne, som det er lige nu, ofte høstes hos en anden forvaltningsmyndighed.
 2. At der indføres en behandlingsgaranti på fertilitetsområdet, så patienterne sikres en ret til at blive behandlet i privat regi, hvis ventetiden er for lang i det offentlige. Lig med andre behandlingsområder, bør taksterne for betalingen af de private klinikker forhandles gennem de DUF-aftaler, der fastsætter takster for Det Udvidede Frie Sygehusvalg.
 3. Der bør indføres en ret til hjemmebehandling og sammenhængende patientforløb på områder, hvor der er meningsfuldt - bl.a. kræftområdet. Herunder skal sundhedsvæsenet omstilles til, at flere behandles i eller tæt på eget hjem og der bør afsættes midler til at udbrede brugen af avanceret og digital hjemmebehandling. At være "udlagt" er oftest både i patientens og samfundskononomiens interesse, men vi mangler fortsat for alvor at implementere og skalere løsningerne i praksis. Hertil kommer at koordination af og sammenhæng i patientforløb stadig er en stor udfordring i et siloopdelt sundhedsvæsen. Det koster patienterne dyrt med usammenhængende og ustrukturerede

patientforløb.

- Dansk Erhverv støtter op om, at Sundhedsstrukturkommissionen i forlængelse af anbefalingskapitlet og arbejdet med sundhedsforsikringer i bilagsrapporten opfordrer til mere dialog og samarbejde mellem det offentlige og forsikringselskaberne om sundhedsforsikringerne.

Anbefaling 6: Implementering af reformer af sundhedsvæsn

Dansk Erhverv støtter kommissionens opmærksomhed på behovet for effektiv og god implementering af en kommende sundhedsreform. Det er rigtigt set af kommissionen at påpege behovet for at implementeringen også bliver en del af den politiske diskussion.

Dansk Erhverv er dog bekymrede for opbygningen af et for stort bureaukrati omkring denne implementering, som Sundhedsstrukturkommissionen også selv er inde på. Herunder også hvorvidt et sådant bureaukrati reelt vil blive afskaffet, uanset at det er tiltænkt en midlertidig karakter, hvis det først er opbygget. Naturligvis også ud fra en betragtning af, at vi mangler arbejdskraft i Danmark. Derfor opfordrer Dansk Erhverv til mådehold, og at man er opmærksom på at løse så mange implementeringsopgaver som muligt i forbindelse med en kommende sundhedsreform inden for ministeriets og styrelsernes eksisterende strukturer og rammer, samtidig med at man sikrer en effektiv og god implementering.

Dansk Erhverv stiller os naturligvis til rådighed for uddybning af indeværende høringsvar.

Med venlig hilsen

Katrina Feilberg

Branchedirektør, Sundhed og Life Science

kfs@danskerhverv.dk

60101018

København d. 5 juli 2024

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport om "Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen".

Graviditet, fødsel og barsel er en væsentlig del af sundhedsvæsenet, som alle danskere uundgåeligt kommer i berøring med, men som desværre er fraværende i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. DJS hilser et kritisk blik på organisering og brug af ressourcer i vores sundhedsvæsen velkommen. Også svangreomsorgen er et område, der ville have gavn af en reorganisering og omfordeling af ressourcer til gavn for både samfundsøkonomien, jordemødre og vores brugere: de fødende og deres familier, samt folkesundheden på lang sigt.

Sundhedsvæsenets udfordringer er svangreomsorgens udfordringer

Svangreomsorgen er, som resten af sundhedsvæsenet, præget af flere af de tendenser og udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen har identificeret. Svangreomsorgen er udfordret i forhold til fastholdelse af arbejdskraft og hver tredje jordemoder forlader fødegangen efter få år¹. Flere undersøgelser viser, at et bredere tilbud af arbejdsformer kan fastholde eller trække jordemødre tilbage til fødegangen. I Sundhedsloven sikres kvinders ret til valg, fx. valg af fødested, på trods heraf oplever fødende ikke, at deres ønsker til fødested kan efterkommes. I perioder med travlhed kan fødende risikere at blive omvisiteret fra ét hospital til et andet ved fødselens start eller få aflyst svangrekonsultationer. Der er dertil store geografiske forskelle i fødendes muligheder for valg af fødested og for kontinuitet i svangreomsorgen.

DJS vil i det følgende fremhæve en række eksempler på omstrukturering og organisering, som samlet set vil forbedre vores brugergruppes forløb og sundhed igennem graviditet, fødsel og barsel samt at styrke indsatsen for fastholdelse og rekruttering af jordemødre i svangreomsorgen.

¹Jordemodertidskriftet, Årgang 2021, Nr. 03

Under hensyntagen til Sundhedsstrukturkommissionens seks overordnede hensyn (bilag 1), foreslår DJS, at dette kan ske via styrket fokus på

1. At der etableres ydenumre til jordemødre
2. At almindelig svangerskabskonstatering, graviditets- og efterfødselskonsultationer varetages af jordemødre
3. At flere ukomplicerede fødsler foregår udenfor de specialiserede afdelinger
4. At fødendes mulighed for valg af fødested sikres
5. At sikre bedre brug af ressourcer og større tiltrækningskraft af medarbejdere til fødeområdet via større diversitet i arbejdssteder for jordemødre
6. At jordemødres videreuddannelse og forskning understøttes gennem karriereveje
7. At prioriteringen i sundhedsvæsenet er en tværfaglig opgave
8. At der ses en større grad af personcentreret behandling
9. At der etableres en national jordemoderledet enhed for graviditet, fødsel og barsel f.eks. i regi af Sundhedsstyrelsen.

DJS's forslag er detaljeret i det følgende:

At etablere ydenumre til Jordemødre: Sikring af jordemoderydelser efter behov

Flere graviditets, fødsels- og efterfødsels ydelser bør kunne foregå i eller tættere på brugerens hjem med kontinuitet i de jordemødre, der varetager den gravides forløb. Dette er en forlængelse af kommissionens oplæg til at udbygge primærsektoren. Et oplagt sted at starte er at give jordemødre mulighed for at få ydenumre.

Jordemødre er den eneste faggruppe med eget virksomhedsområde, der i dag ikke har denne mulighed. Det vil kræve en tilføjelse til Sundhedslovens paragraf §66-69, med ordlyden: *“Regionsrådet yder tilskud til behandling hos en jordemoder”*. Denne ordlyd vil afspejle ordlyden for faggrupper som kiropraktorer, fysioterapeuter, fodterapeuter og læger og sikre, at gravide, fødende og barslende ikke selv skal betale for de ydelser de har behov for, som det gør sig gældende i dag. Dermed vil ressourcerne følge den gravide, der frit vil kunne vælge det forløb, der passer til hendes individuelle behov og situation. Ligeledes vil det give de mange jordemødre, der i dag arbejder privat uden for hospitalerne mulighed for at tilbyde nødvendige jordemoderydelser til alle gravide, fødende og barslende i en jordemoderklinik tæt på hjemmet, eventuelt med udkørende besøg i den gravide, fødendes eller barslendes eget hjem. Dette vil betyde, at det ikke kun, som det gør sig gældende i dag, er en mulighed for dem, der besidder de økonomiske ressourcer til at tilkøbe disse ydelser.

Det giver lighed i sundhed, høj kvalitet, faglig bæredygtighed, lettere adgang til relevante sundhedsydelser samt en stærk sammenhæng i behandlingsforløbet og mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer - alle centrale værdier for Sundhedsstrukturkommissionen, og nævnt i de overordnede Hensyn 1, 2, 3 og 4.

Den gravides møde med svangreomsorgen: Svangerskabskonstatering og graviditetskonsultationer foretaget af jordemødre

En del af jordemødres forbeholdte virksomhedsområde er konstatering af svangerskab samt at varetage graviditetsundersøgelser under svangerskabet². Alligevel foregår det allerførste møde med svangreomsorgen og konstateringen af svangerskab som per automatik hos egen læge. Det samme gør sig gældende for 8 ugers undersøgelsen efter fødslen. Ofte vil der her være en jordemoder ansat i lægepraksis som varetager konsultationen³.

Det bør ændres således, at konstatering af svangerskab og graviditetsundersøgelser i højere grad kan foregå hos en jordemoder udenfor de alment praktiserende lægers organisering, for at sikre et mere sammenhængende forløb for den gravide, helt fra konstateringen af svangerskabet og ind i efterfødselstiden. Dermed får den gravide mere kontinuitet gennem sit forløb som er et mål i Kommissionens rapport under Hensyn 3, der foreskriver et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb, hvor høj kvalitet forudsætter, at fødende oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet fra graviditet til barsel. Samtidig vil det frigøre ressourcer i almen praksis til at tage sig af de syge/kroniske patienter, der i dag har svært ved at få en tid hos praktiserende læge⁴.

En reorganisering, hvor den gravides første graviditetsundersøgelse, konstatering af svangerskab mm., foretages af en jordemoder frem for en ansat i et lægehus, vil sikre Sundhedsstrukturkommissionens Hensyn 1, 2, 3 og 4.

Bedre brug af ressourcer: Flere normale fødsler kan foregå uden for hospitalet, på fødeklinik eller hjemme

Som rapporten fastslår, er der behov for at se på fordelingen af ressourcer i sundhedsvæsenet. DJS er enige og mener, at det nuværende fødselstilbud er et oplagt sted at starte. Der er behov for øget differentiering og mere patientnær prioritering i svangreomsorgen, så den enkelte fødende behandles på det nødvendige specialiseringsniveau, og unødvendig medikalisering og ressourcestræk mindskes. Fødendes valg af fødested er en vigtig sundhedsfaglig opgave, og der er evidens for, at hvor man føder kan påvirke hvordan man føder. Dertil vil der med stor sandsynlighed være store økonomiske ressourcer at vinde ved at rykke flere fødsler uden for højt specialiserede fødeafdelinger. Omkostningsstudier fra Norge, England og Australien peger på, at der kan spares mellem 36 mio. kroner og 130 mio. kroner, med det mest realistiske estimat værende 85 mio. kroner årligt ved at flere føder på fritstående fødeklinik, bl.a. grundet reduktion af unødvendige indgreb⁵. Samme resultat findes i en Cochrane-metaanalyse fra 2016, der inkluderede 17.674 kvinder, hvor kontinuerlig, jordemoderledet svangreomsorg sammenlignes med andre omsorgsmodeller og findes mere

²Bekendtgørelse om jordemødres forbeholdte virksomhedsområde, BEK nr 575 af 28/05/2024, §3 stk. 1.

³<https://www.dr.dk/nyheder/regionale/oestjylland/jordemoedre-dropper-foedegangen-bedre-arbejdstider-og-mere-tid-med>

⁴<https://nyheder.tv2.dk/samfund/2023-01-07-to-ud-af-tre-laeger-har-lukket-for-nye-patienter>

⁵Bernitz et al, Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. *Midwifery* 28 (2012), Isaline et al, An exploratory cost-effectiveness analysis: Comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Belgium; *Midwifery* 75, 2019, Schroeder et al, Cost effectiveness of alternative planned places of birth in woman at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study, *BMJ* 2012;344:e2292 doi: 10.1136/bmj.e2292 (Published 19 April 2012)

omkostningseffektiv⁶. Det er meget sandsynligt, at fødsler uden for sygehus også vil være billigere end fødsler på sygehus i Danmark grundet redueringen af indgreb i fødslen⁷.

Ligesom for Sundhedsstrukturkommissionen, ligger det DJS på sinde, at borgerne får mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer. Flere fødsler i de fødendes eget hjem og på selvstændige jordemoderledede fødeklinikker understøtter kommissionens Hensyn 2, 3, og 4 om et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let og fri adgang til forskellige leverandører af relevante og geografisk nære sundhedstilbud, samt et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb, og endelig at give borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer, økonomisk robusthed i tilbuddene og effektiv brug af knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet.

At sikre reelle muligheder for valg af fødested: Mindske den geografiske ulighed i sundhedstilbud

I dag har fødende formel ret til fire mulige valg af fødested: I hjemmet, på fritstående jordemoderledet fødeklinik, in-house klinik på hospitalet samt på hospitalet. Dette afspejler dog ikke praksis, hvor kun én region, region Sjælland, reelt tilbyder deres fødende alle fire muligheder. Vi opfordrer til, at alle regioner bør tilbyde fødende alle fire mulige valg af fødesteder, samt at de forpligter sig til at udbygge tilbud, der styrker et sammenhængende forløb i svangreomsorgen, f.eks. Kendt Jordemoderordning (KJO). Praktiserende læge og jordemødre bør ved svangrekonsultationer og i almen praksis informere fødende om de fire mulige fødesteder, samt at give information om fordele og ulemper, således at brugerne kan træffe beslutningen på et individualiseret og evidensbaseret grundlag. At sikre fødende mulighed for valg af fødested, under korrekt visitation og med tilsyn til personlige præferencer, kan bidrage med langtidssikret forebyggende sundhedsarbejde og kan føre til bedre brug af ressourcerne til både komplicerede og raske gravide. I dag kan fødende ikke regne med at få deres valg af fødested opfyldt, og flere fødesteder tættere på borgeren vil sikre flere fødendes valg. Dette vil hjælpe med at opfylde Sundhedsstrukturkommissionens Hensyn nr. 1,2,3, og 4 for svangreomsorgen.

At sikre jordemødres trivsel i fødselshjælpen: Et vigtigt opgør med medarbejderafgang og en forværret rekrutteringssituation

Et centralt hensyn i rapporten er at sikre, at ressourcerne bruges bedst muligt, herunder også personaleressourcer (Hensyn 4). Inden for svangreomsorgen ses der gennem årtier problemer med at tiltrække og fastholde jordemødre hvilket medfører, at jordemødre søger væk fra stillingerne i det offentlige på trods af et øget optag på uddannelserne⁸. Dette har gennem flere år ført til vakante stillinger og problemer med at kunne tilbyde gravide og fødende de tilbud, de ifølge Sundhedsstyrelsen burde tilbydes. Svenske fund peger på, at lav fastholdelse af jordemødre kan korrelere med forskellige indbyrdes forbundne arbejdsbetingelser⁹. Et nyt tysk studie har undersøgt hvordan man kan få flere jordemødre, der er trådt ud af fødselshjælpen, til igen at arbejde med fødsler. Det tyske studies

⁶Sandall et al, Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, Cochrane review 2016, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

⁷Charlotte Overgaard et al. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women, BMJ Open, 2011

⁸Sundhedsstyrelsen, 2024, Kortlægning og analyse af normeringer på fødeområdet.

⁹Hansson et al. Job satisfaction in midwives and its association with organizational and psychosocial factors at work: a nation-wide, cross-sectional study. BMC Health Services Research 2022

resultater er interessante, da hele 44% af de adspurgte jordemødre ville vende tilbage til at arbejde med fødsler, hvis de fandt sted på en fødeklinik med selvstændig jordemoderledelse, altså uden lægefagligt overseelse¹⁰. Med disse resultater in mente, bør der arbejdes på at sikre alle tiltag, der fordrer udbygningen af fødselstilbud uden for hospitalerne og en mere varieret arbejdsform inden for hospitalerne, som kan være med til at fastholde eller tiltrække jordemødre til fødearbejdet. Dette ser DJS som en vigtig brik i at garantere sikre og gode fødsler i fremtidens svangreomsorg og bruge personaleressourcerne bedst, helt i tråd med flere af Sundhedsstrukturkommissionens hensyn.

At prioriteringer i Sundhedssektoren er en tværfaglig opgave

Regeringen har i deres sundhedsudspil lagt vægt på øget prioritering af opgaver der skal sikre, at sundhedssektorens ressourcer anvendes optimalt og at prioriteringerne er bæredygtige og langtidsholdbare. Det er vigtigt for DJS at påpege vigtigheden i, at prioritering i sundhedssektoren en tværfaglig opgave som en selvfølgelighed bør ske i samspil mellem de involverede faggrupper, og ikke monofagligt, altså lægefagligt, som det gør sig gældende i dag¹¹. Det er vigtigt, at jordemødres faglige perspektiv er centralt i prioritering i svangreomsorgen og at jordemødre er sikret plads i et national prioriteringsråd¹².

At sikre videreuddannelse af jordemødre, karriere for jordemødre med videreuddannelse og investering i jordemoder initieret forskning

Der er behov for flere muligheder for videreuddannelse af jordemødre indenfor Sundhedsvæsenet og dermed sikre området faglige udvikling samt kvinders sundhed. DJS henstiller til, at der sikres karriereveje for jordemødre med en akademisk overbygning og forskningskompetencer. Det vil forbedre rekruttering og bibeholdelse af arbejdskraften og øge kompetencer og faglighed. Dertil bør mængden af forskning initieret af jordemødre øges og ved en forøgelse af professorater til forskning i jordemoderområdet. Der kan med fordel arbejdes målrettet på at skabe karriereveje for jordemødre, der arbejder med forskning ved at oprette adjunktstillinger og lektorater på landets universiteter. Jordemødre med akademisk uddannelse og ønske om en forskningskarriere skal på lige fod med læger kunne tilknyttes universitetet og arbejde i delte stillinger mellem universitetshospitaler og universiteter. Det vil være en strategisk opportunt at gøre brug af den betragtelige andel af velkvalificerede jordemødre med en akademisk overbygning indenfor fødselsområdet. I modsat fald er der risiko for, at de søger mod andre fag- og forskningsområder. Det vil være et tab for fødeområdet, som i disse år står over for en alvorlig krise med flugt af omsorgspersonale – særligt jordemødre. Som kommissionen fremfører (punkt 5, s. 241) skal der udføres mere forskning af andre faggrupper end læger, hvilket dermed vil blive en realitet. Ser man på forskningen i kvinders sundhed er denne voldsomt

¹⁰Rheindorf et al, Getting midwives back to hospitals: A discrete choice experiment. International Journal of Nursing Studies 2024.

¹¹Sundhedsmonitor 2024, Sundhedsfaglige selskaber i fælles opsang: Hvorfor er der kun læger i Sundhedssektorens Kvalitetsinstitut? <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9956032/Hvorfor-er-der-kun-l%C3%A6ger-i-Sundhedssektorens-Kvalitetsinstitut>

¹²Sundhedsmonitor 2024, Jordemoder om struktur: Husk nu på, at der faktisk er behandlinger, der varetages af andre fagfolk end læger <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9945114/Husk-nu-p%C3%A5-at-der-faktisk-er-behandlinger-der-varetages-af-andre-fagfolk-end-l%C3%A6ger>

underprioriteret og koster samfundsøkonomien dyrt¹³. Her vil øget forskning i jordemødres forebyggende og sundhedsfremmende arbejde være en vigtig faktor for at sikre sunde kvindeliv.

At etablere en national enhed for fødsler ledet af en Chief Midwife officer

Der bør i regi af et nationalt prioriteringsråd, Sundhedsstyrelsen eller Sundhedsministeriet oprettes en afdeling eller under-styrelse omhandlende svangreomsorgen, og der bør oprettes en stilling som national jordemoderleder. Styrelsen og den nationale jordemoderleder vil have svangreområdets nationale strategiske udvikling for øje, vil kunne udvikle og sparre med interessenter på området og sikre national ensartethed og lighed i tilbud og kvalitet. Flere lande, senest Sverige, har taget samme skridt for at sikre at investeringer i kvinders sundhed fremmes og udvikles¹⁴. En selvstændig styrelse som beskæftiger sig med svangreomsorgen ledet af en National Chief Midwife Officer vil understøtte Sundhedsstrukturkommissionens Hensyn 5 og 6 til et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol, som indebærer at organiseringen giver et klart politisk ansvar for leveringen af sundhedstilbud, understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og bidrager til politisk handlekraft og styring. Dette samtidigt med at implementering og strukturelle udfordringer overses nationalt.

På vegne af bestyrelsen i Dansk Jordermoderfagligt Selskab,
Nina Olsén Nathan (forkvinde), Marie Vedsted Christiansen, Thea Thetmark

¹³World Economic Forum, 2024, Why the women's health gap exists – and how to close it – according to experts at Davos <https://www.weforum.org/agenda/2024/01/women-health-davos-2024/>; McKinsey Health Institute 2024, Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies#/>

¹⁴<https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/svensk-chief-midwifery-officer-om-rollen-en-investering-i-kvindere-sundhed/>.

Bilag 1 Sundhedsstrukturkommissionens seks centrale hensyn for organiseringen af sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionens rapport Sammenfatning, Juni 2024, s. 11

Hensyn 1: Et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i hele landet Hensynet indebærer, at organiseringen understøtter faglig bæredygtighed i opgaveløsningen og social og geografisk lighed.

Hensyn 2: Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud Let adgang til relevante sundhedstilbud er bl.a. betinget af graden af fri adgang til sundhedstilbud, tilbudenes geografiske nærhed og muligheder for frit valg mellem leverandører. Behandling i hjemmet er i stigende grad relevant og muligt i takt med udviklingen af det primære sundhedsvæsen, nye teknologiske muligheder og borgernes stigende ønsker om digital kontakt med sundhedsvæsenet.

Hensyn 3: Et sundhedsvæsen med stærk sammenhæng i borgernes forløb Høj kvalitet i sundhedstilbud forudsætter, at borgerne oplever en høj grad af sammenhæng i hele forløbet, fx mellem undersøgelse, udredning og behandling og efterfølgende genoptræning, pleje og rehabilitering. Derfor er det et væsentligt hensyn, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøtter en stærk sammenhæng i borgernes forløb.

Hensyn 4: Et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer Hensynet om at give borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer indebærer, at organiseringen understøtter omkostningseffektivitet og økonomisk robusthed, en stærk sammenhæng mellem opgave- og budgetansvar og effektiv brug af knappe personaleressourcer i sundhedsvæsenet.

Hensyn 5: Et sundhedsvæsen med effektiv politisk styring og demokratisk kontrol Hensynet om effektiv politisk styring og demokratisk kontrol indebærer, at organiseringen giver et klart politisk ansvar for leveringen af sundhedstilbud, understøtter politisk opmærksomhed på væsentlige udfordringer og bidrager til politisk handlekraft og styring.

Hensyn 6: Implementeringsomkostninger Implementering af større organisatoriske forandringer indebærer både potentialer, risici og omkostninger. Det er derfor vigtigt, at de organisatoriske og strukturelle løsninger for fremtidens sundhedsvæsen også vurderes i et implementeringsperspektiv.

Høringsvar fra Dansk Kiropraktor Forening til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) takker for muligheden for at komme med et høringssvar til *Sundhedsstrukturkommissionens rapport*. DKF bifalder, at regeringen har nedsat kommissionen og tager fat på et nødvendigt arbejde for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

DKF har undervejs budt ind med forslag om at bringe kiropraktorernes kompetencer mere i spil med henblik på at styrke det samlede sundhedsvæsen og skabe bedre sammenhæng og mere lighed for patienter med smerter i muskler og led.

DKF er enige i, at der skal reformer til, hvis vi skal lykkes med at styrke det samlede sundhedsvæsen. DKF anerkender de skitserede udfordringer i rapporten og er også enige i behovet for at udvikle det primære sundhedsvæsen. Sundhedsstrukturkommissionen adresserer dog indledningsvist (s. 9), at hvad angår praksissektoren, har de valgt at beskæftige sig med det alment medicinske tilbud, og at den øvrige praksissektor kun bliver berørt i mindre grad. Med et ensidigt fokus på det alment medicinske tilbud, mener DKF, at Sundhedsstrukturkommissionen overser de kompetencer og ressourcer, der er i den øvrige praksissektor. DKF advarer imod dette.

Kiropraktorerne kompetence i primærsektoren

Den øvrige praksissektor udgør en stor ressource i det danske sundhedsvæsen og har mere end 17 mio. patientkontakter årligt. Tabel 1 illustrerer den volumen af patienter, som den øvrige praksissektor behandler.

Tabel 1

<i>Faggruppe</i>	Antal kapaciteter (ydrenumre)	Antal unikke patienter i 2023	Antal patientkontakter i 2023
<i>Praktiserende Speciallæger</i>	920	1.984.610	5.900.000
<i>Kiropraktorer</i>	267	377.052	2.152.224
<i>Psykologer</i>	888	79.973	458.500

<i>Fysioterapeuter</i>	1.723	517.744	7.536.644
<i>Fodterapeuter</i>	1.100	170.000	912.897
<i>Tandplejere</i>	31	43.141	59.788

Kilde: Praxisorganisationerne 2024

Danmark har omkring 800 praktiserende kiropraktorer, der er jævnt fordelt på de 267 kapaciteter. Dette er en volumen, der minder om praktiserende speciallæger. Kiropraktorerne håndterer årligt knap 400.000 unikke patienter fordelt på ca. 2,1 mio. konsultationer. Der er ikke krav om henvisning fra egen læge for at få sygesikringstilskud til kiropraktorbehandling. Dette betyder, at for patienter med smerter i bevægeapparatet, kan kiropraktorerne være indgangen til sundhedsvæsenet. Kiropraktorer er uddannet på Syddansk Universitet med fem års uddannelse og et års turnus og varetager udredning, diagnostik og behandling af bevægeapparatpatienter.

Kiropraktorerne diagnosekoder efter samme standarder som alment praktiserende læger og er forpligtet på kommunikation med egen læge i form af epikrise efter alle afsluttede patientforløb. Herudover kan kiropraktoren - ligesom praktiserende læge - henvise patienten til MR og CT-skanninger på hospitalet og følge op på disse. Kiropraktorerne har hertil kompetencer til at vurdere indikationer for billeddiagnostiske undersøgelser, foretage røntgen- og ultralydsundersøgelser på eget apparatur samt syntetisere beskrivelser, attester mv.

Kiropraktorerne fungerer dermed som et fremskudt speciale for patienter med smerter i bevægeapparatet og som tovholder på deres forløb eller dele af forløbene.

Udnyt kompetencerne bedre

I Sundhedsstyrelsens rapport *Sygdomsbyrden i Danmark* (2022) angives, at mere end 1,6 mio. danskere lever med lænderyg- eller nakkesmerter. Lænderyg og nakkesmerter udgør 13% af konsultationerne i almen praksis. Hertil kommer patienter med andre muskel-led-problemer i fx knæ, hofter og skuldre.

I alt vurderes, at ryg- og nakkeproblemer koster sundhedsvæsenet ca. 12 mia. kr., og hertil 48 mia. kr. i ekstra omkostninger til tabt produktion. Det gør muskel-led-problemer til det område, der rammer flest og koster mest i det danske samfund.

”DKF ønsker, at Sundhedsstrukturkommissionen bringer kiropraktorerens kompetencer i spil som et fremskudt speciale, der er organiseret og reguleret på samme måde som praktiserende speciallæger.”

DKF ønsker, at Sundhedsstrukturkommissionen bringer kiropraktorerne kompetencer i spil som et fremskudt speciale, der er organiseret og reguleret på samme måde som praktiserende speciallæger. Kiropraktorerne ønsker at varetage og være tovholder for muskel-skelet-patienter i primærsektoren og dermed også reducere presset på almen praksis.

De privatpraktiserende kiropraktorklinikker med overenskomst har hertil ca. 150 digitale røntgenanlæg. Anvendes disse vil det betyde, at patienter kan få foretaget deres undersøgelse i geografisk nærhed til deres bopæl og undgå de lange ventelister, der i øjeblikket er på flere regionale sygehuse. Det er besluttet, at røntgenoptagelser taget ved en kiropraktor skal kunne tilgås via det Fælles Regionale Billedindeks direkte fra de regionale sygehuse. Vi stiller anlæggene og kiropraktorerne billeddiagnostiske kompetencer til rådighed.

Indsats før operation

Med ønsket om en styrket primærsektor, mener DKF, at der også bør være fokus på præoperative indsatser og opfølgning efter operationen. Der er i øjeblikket lange ventelister på operationer på tværs af regioner. Tilskudsstrukturen i sundhedsvæsenet understøtter, at almen praksis henviser patienter til sekundærsektoren frem for at afprøve relevante alternativer i primærsektoren. Mange af de patienter, der står på venteliste til blandt andet rygoperationer, er ikke blevet tilbudt et konservativt håndteringsforløb fx ved en kiropraktor.

Konservative forløb, herunder patientuddannelse, manuel behandling og træning, giver lige så gode eller bedre resultater end en operation for langt de fleste med bevægeapparatsproblematikker. DKF foreslår derfor, at der med styrkelsen af det alment medicinske tilbud også er fokus på konservative forløb for muskel-skelet-patienter, inden henvisning til operation, og at konservativt forløb tilbydes patienter på relevante ventelister til operation.

Tilskudsstruktur i primærsektoren

Sundhedsstrukturkommissionens rapport afdækker indledningsvist brugerbetaling på sundhedsydelser, men adresserer ikke dette til trods for, at en del af regeringsgrundlaget for Strukturkommissionens arbejde er at nedbringe uligheden i sundhedsvæsenet – både geografisk og socialt.

Brugerbetalingen på sundhedsydelser, herunder kiropraktisk behandling, er en medvirkende faktor til social ulighed i sundhed. En ny undersøgelse foretaget af Defactum (2023) viser, at der forekommer social ulighed på kiropraktorområdet, idet personer med kort uddannelse, lav familieindkomst eller arbejdsløse sjældnere kommer til kiropraktor på trods af smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder end andre. Hvis de kommer til kiropraktor, har de færre kontakter i et kiropraktorforløb end andre.

DKF mener, at det er problematisk at Sundhedsstrukturkommissionen ikke behandler tilskudsstrukturen i det danske sundhedsvæsen i sine anbefalinger, da den er rod til stor social ulighed på sundhedsområdet og herunder i særdeleshed bevægeapparatsområdet. Hertil understøtter brugerbetalingen, at almen praksis henviser patienter til sekundærsektoren, da dette er vederlagsfrit for patienterne, frem for at afprøve relevante og billigere alternativer i primærsektoren.

d. 5. august 2024,
København



Digitalt og sammenhængende sundhedsvæsen

DKF bakker op om kommissionens anbefalinger om smidigere sektorovergange i patientforløb, da enkeltstående indsatser ofte ikke er tilstrækkelige for patienter med komplekse problemstillinger.

Som en integreret del af sundhedsvæsenet indgår kiropraktorerne generelt i forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb. DKF er enige i, at der er derfor behov for øget digitalisering og kommunikation mellem de involverede faggrupper for at sikre forløb, der er sammenhængende og velkoordinerede.

DKF støtter, at der etableres en national digital organisation for hele sundhedsvæsenet, der kan drive og videreudvikle den fælles nationale it-infrastruktur, der går på tværs af sektorer. DKF betragter dette som et væsentligt arbejdsredskab sektorer og behandlere imellem, der kan understøtte den kliniske vurdering, valg af behandling og bidrage væsentligt til risikominimering.

DKF anmoder om, at den øvrige praksissektor huskes og inkluderes i en fælles nationale it-infrastruktur. Kiropraktorerne deltager gerne som pilotprojekt i praksissektoren.

Med venlig hilsen,

Michael Christensen,
Formand for Dansk Kiropraktor Forening



Lægeforeningen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø. Sekretariat: Linda Ædelsten Edslev lie@dadl.dk
35448407

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dansk Neurokirurgisk Selskab repræsenterer alle neurokirurgiske speciallæger, og læger under speciallægeuddannelse i neurokirurgi. Neurokirurgisk speciale repræsenterer højt specialiseret kompetence og de fleste speciale- funktioner ligger under specialeplanen i form af højt specialiserede funktioner primært fordelt på de fire universitetshospitaler i Region Nordjylland, Region Midt, Region Syd samt Region Hovedstaden.

Dansk neurokirurgisk Selskab (DNKS) kan godt tilslutte sig kommissionens forslag om differentieret patientbehandling ud fra behov og ressourcer hos den enkelte patient, at styrke digitale sundhedstilbud samt de overordnede visioner om lige og let adgang til sundhedstilbud, uanset geografi. På samme vis kan DNKS tilslutte sig et bedre samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet for på den måde at optimere patientforløbene. Fra DNKS side kan vi ud fra et samfundsperspektiv desuden tilslutte os visionen om at styrke psykiatrien.

Vi har dog bekymringer og kommentarer til forslagene og modellerne i rapporten:

- 1) I kommissionens sammendrag er der på side 19 anført følgende:

Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehushæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.

I kommissionens sammendrag nævnes udelukkende det primære og sekundære sundhedsvæsen uden skelen til, at det sekundære sundhedsvæsen er specialiseret på forskellige niveauer. Dansk neurokirurgisk selskab repræsenterer speciallæger som for hovedpartens vedkommende udfører højt specialiseret behandling af livs- og førlighedstruende tilstande på landets fire neurokirurgiske afdelinger, som alle er beliggende i landet fire største byer – København, Aarhus, Odense og Aalborg. En yderligere opdeling vurderes uhensigtsmæssigt for et højt specialiseret speciale som neurokirurgi til trods for disse specialer udgør en hjørnesten i den høje faglige standard, der findes i det danske sundhedsvæsen.

Dansk neurokirurgisk speciale har oplevet et stigende træk på specialet i forbindelse med kræftpakke udrulning og desuden et stigende demografisk træk på specialet i form af flere ældre, der skal behandles for bl.a. slidgigtssygdomme i ryggen samt blødninger i hjernen. Vi har oplevet en stigende kvalitet, ligesom resten af sundhedsvæsenet, men kvaliteten i neurokirurgi er også meget forankret i teknologisk udvikling og avancering samt international benchmarking. Apparaturomkostninger samt nye forventninger til behandlingsresultater og kapacitet fra patienter og pårørende har resulteret i yderlige ressourcetræk på de danske neurokirurgiske afdelinger.

- 2) I kommissionens sammendrag er der på side 20 anført følgende:

Styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og der skal på uddannelsen være et større fokus på de almene sundhedsindsatser.

Termen "medicinuddannelsen" er efter selskabets mening misvisende, idet læger i Danmark og resten af den vestlige verden gennemgår en lægevidenskabelig uddannelse. I ordet *lægevidenskabelig* ligger ikke blot en forpligtelse til at eksekvere sundhedsydelser, men også en enorm forpligtelse til at udvikle, forske og opnå ny viden om sundhed og sygdom med henblik på at kunne forbedre behandlingen for patienterne.

Desuden er det væsentligt for kommissionen at forstå, at speciallægeuddannelserne, fraset netop speciallægeuddannelsen i almen medicin, nødvendigvis må være højt specialiseret for at kunne tilbyde den specialiserede behandling af høj faglig standard på sygehusene, som kommissionen ligeledes har som vision.

3) I kommissionens sammendrag er der på side 20 anført følgende:

Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.

Dette udsagn vækker stærk undren, jf. ovenstående. Ph.d.-forløb er en forskeruddannelse, som naturligvis fortsat skal besættes af lægevidenskabelige kandidater så lægevidenskabelig udvikling og forskning fortsat sikres.

4) I kommissionens sammendrag er der på side 31 og 32 anført følgende:

Varianten med tre regioner giver øget faglig bæredygtighed i forhold til sygehus drift... Varianten med tre regioner vurderes at være den, der har været det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og fordeling af ressourcer til de områder, hvor der i dag er færrest lægelige ressourcer.

Det Neurokirurgiske speciale har tydeligt mærket den øgede specialisering og centralisering med indførelsen af specialeplanerne, som har været med til at løfte kvaliteten for patienterne, men også forsat en tydelig større geografisk afstand for patienterne og et delt ansvar på flere afdelinger. Ligeledes har centraliseringen skabt en ressourcefordeling og incitamentsstruktur, der ikke nødvendigvis fordrer samarbejdet på tværs af regionerne, og ligeledes medfører en sårbarhed i forhold til finansieringen af centraliserede funktioner. Yderligere centralisering og stordrift med færre regioner har vi svært ved at se hjælper på ansvarsfordeling og opgaveløsning.

Det neurokirurgiske speciale på offentlige sygehuse varetages i øjeblikket af fire ud af fem regioner, men vi har svært ved at se at der vil være mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af sygehusopgaver, hvis der vil være otte til ti sundheds- og omsorgsregioner. Vi mener ikke at færre sundhedsregioner nødvendigvis er løsningen, men vigtigt at vi får samlet opgaverne i regioner og kommuner og vi ser ikke behov for yderligere centralisering på sygehusene eller i regionerne, men nærmere en samling af opgaver regioner og kommuner imellem.

Et eksempel på dette er indenfor neurorehabilitering, hvor det neurokirurgiske speciale oplever stigende pres fra patienter, pårørende og lovmæssige rettigheder, hvilket forårsager ventetider og en utydelig opgavefordeling med 98 forskellige opgaveløsninger. Sundheds- og omsorgsregioner vil betyde færre samarbejdspartnere og en mere ensartethed i forhold til dette.

Set i dette lys kan vi fra vores speciales side se en fordel i mere tydelig opgavesamling i regioner og kommuner som en nødvendighed i forhold til et tydeligt stigende behov for sektorovergangen fra de neurokirurgiske afdelinger til kommunale genoptræningstilbud.

5) I kommissionens sammendrag er der på side 34 anført følgende:

Kommissionen har i sine overvejelser lagt vægt på, at den ønskede udbygning af det primære sundhedsvæsen skal ske igennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet.

Fordelingen af flere ressourcer til det primære sundhedsvæsen har vi forståelse for, men samtidig må vi pointere at udviklingen af neurokirurgien med negativ tilgang i dimensioneringen af speciallæger frem mod 2030 samtidigt udgør et stort problem. Neurokirurgien er et speciale med stor arbejdsbelastning og et stort tab af speciallæger til nærliggende specialer og private aktører, hvorfor vi har en betydelig mangel på speciallæger i den offentlige neurokirurgi, især indenfor ryggkirurgi. Vi kan derfor være bekymrede for konsekvenserne for de neurokirurgiske patienter, såfremt der investeres mindre i neurokirurgiske specialekompetencer i det sekundære sundhedsvæsen.

På vegne af bestyrelsen



Helga A Gulisano
Formand DNKS

Mail: heang@rn.dk
Tlf: [40717171](tel:40717171)



Den 2. august 2024

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, att. Martin Zohar

Høringssvar fra Dansk Neurologisk selskab til Sundhedsstruktur kommissionens rapport

Dansk Neurologisk selskab (DNS) er det lægevidenskabelige selskab for specialet neurologi. Selskabet har ca. 840 medlemmer og har som formål at forbedre uddannelse, videnskab og udvikling indenfor neurologien i Danmark.

Vi ønsker i nærværende skrivelse at afgive høringssvar på Sundhedsstruktur kommissionens (SSK) rapport, som den er fremlagt juni 2024. Der afgives høringssvar systematisk til de fem af kommissionens anbefalinger, da de i vores øjne har direkte konsekvens for de neurologiske patienter, deres pårørende og de neurologiske fagprofessionelle. Der gives ikke konkrete høringssvar på de tre forslag til strukturændringer i organiseringen af sundhedsvæsenet. DNS ønsker dog at opfordre til, at en fremtidig organisering af sundhedsvæsenet tilgodeser behovet for en samling af ældre- og sundhedsområderne. Borgere med neurologisk sygdom er ofte ældre og sårbare både nu og i fremtiden. En samling af sundheds- og ældreområderne vil styrke og robustgøre indsatsen for denne gruppe af borgere.

Anbefaling nr. 1 - ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Det neurologiske speciale indeholder sygdomme, der kan betegnes som "folkesygdomme", demens, hovedpine og stroke som de væsentligste, som alle tre bidrager væsentligt til sygelighed, dødelighed og landets sundhedsomkostninger. I DNS ser vi i dette forslag fra SSK gode muligheder for at styrke forebyggelse og behandling af de hyppigste neurologiske sygdomme, understøttet af privatpraktiserende speciallæger og sygehusenes specialafsnit.

Det neurologiske speciale rummer også sjældnere sygdomme som den enkelte praktiserende læge vil møde for sjældent til at opbygge kompetencer indenfor behandling heraf. Her vil det være meningsfyldt med mulighed for tæt kontakt fra almen praksis til hhv. praktiserende speciallæger og sygehusenes neurologiske afdelinger. Et tættere samarbejde mellem primær og sekundær sektor er nødvendigt for optimal ressourceudnyttelse og minimere overdiagnostik og overbehandling.

Endelig rummer det neurologiske speciale subspecialet neurorehabilitering. Patienter med behov for neurorehabilitering varetages for størstedelens vedkommende i kommunalt regi. Det betyder, at der i dag er ganske store forskelle i de neurorehabiliteringstilbud, som patienterne modtager.



Vi vil tillade os at anbefale, at en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud og det primære sundhedsvæsen, også involverer en anden og mere samlet organisering af de neurorehabiliterende tilbud. Herunder, at der arbejdes evidensbaseret og udefra etablerede kvalitetsstandarder i neurorehabilitering. Målsætningen skal være, at patienter på tværs af landet oplever samme tilbud om neurorehabilitering uagtet bopæl.

Anbefaling nr. 2 - digitalisering og data

Det neurologiske speciale er anamnese- og teksttungt og dermed ressourcekrævende. Fokus bør være på, at en del af anamneseoptaget i højere grad flyttes fra personale til patienter og pårørende. En innovativ tilgang med anamneseoptagelse, hvor patienten inden første besøg udfylder sin egen anamnese, som det benyttes indenfor PRO-metodikken, ville være en oplagt mulighed for at spare tid som kan benyttes til at kvalificere oplysningerne samt løse andre opgaver.

Adgang til de respektive journaliseringssystemer på tværs af sektorer og regioner vil være en stor fordel for de neurologiske patienter, der qua deres sygdom kan have væsentlige kommunikative og kognitive vanskeligheder. Tabt information, risiko for fejl og misforståelser vil hermed reduceres. Et fælles nationalt IT baseret journaliseringssystem på tværs af sektorer er næppe at foretrække set i lyset af erfaringerne fra implementering af IT-systemer i andre offentlige sektorer. Derimod er IT-systemer, der gnidningsfrit kan hente data væsentligt for svage patientgrupper, da et sådant IT-system kan understøtte pleje og behandling samt forskning med automatisk datafangst, og ledelsen af både det borgerrettede tilbud og forsknings- og kvalitetsarbejde.

Højere grad af involvering af patienter og pårørende i den øgede digitalisering af sundhedsvæsenet, er for de neurologiske patientgrupper, noget som vil kræve særlig opmærksomhed på at netop disse patientgrupper ikke "tabes" og sættes udenfor indflydelse på egen sundhed og sygdom.

I DNS har vi stor sympati og forståelse for ønsket om endnu mere digitalisering, men vi håber at der er forståelse for, at en væsentlig del af de neurologiske patienter pga. deres neurologiske funktionstab, (som betyder at de kan have svært ved at læse og forstå både skriftlige og mundtlige vejledninger, med at udtrykke sig eller med at bedømme egne behov), vil have behov for særlig opmærksomhed i en øget digitaliseringsdagsorden.

Anbefaling nr. 3 – tilpasset ressourcefordeling mellem primære og sekundære sundhedsvæsen

I det neurologiske speciale oplever vi på nuværende tidspunkt ulighed i sundhed på tværs af landet i form af regionale forskelle i antallet af neurologiske speciallæger i både primær og sekundær sektor. Neurologisk diagnostik er særegen og varetages vanskeligt af andre specialer.



En tilpasset ressourcefordeling i neurologien bør derfor indeholde en klar målsætning for, hvordan borgere sikres lige adgang til neurologiske specialistkompetencer når nødvendigt, samt for hvilke patientgrupper vedligeholdende behandling kan varetages af andre specialister/faggrupper end de neurologiske. Vi anbefaler at der også i en sådan målsætning haves øje for hvorledes de akutte neurologiske patienter håndteres, da der også i denne sammenhæng er interregionale og intraregionale forskelle.

Anbefaling nr. 4 - styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

DNS støtter enhver ændring, der har til formål at styrke den organisatoriske ramme, som understøtter en endnu tættere integration og et styrket samarbejde mellem psykiatri og neurologi.

Der er mange snitflader mellem neurologi og psykiatri. I DNS ser vi derfor gode muligheder for at styrke tilbuddet til neurologiske patienter med psykiatrisk sygdom med det fælles formål at give de psykiatriske patienter de bedste muligheder for behandling af de konkurrerende somatiske, herunder neurologiske lidelser, som de måtte have. Det vil være rigtig godt for de psykiatriske patienter, hvis der sikres nemmere adgang til somatisk behandling, end der er i dag. Der vil være en gevinst for patienter i somatikken, som i forbindelse med neurologisk sygdom får behov for psykiatrisk udredning eller behandling.

I DNS kan vi se gevinster ved tættere organisatorisk samling af psykiatri med somatikken. Fx fællesambulatorier, hvor den ambulante patient ses samtidigt af speciallæger i neurologi og psykiatri. Det kan understøtte kapacitet og kompetencer indenfor især demens og epilepsi. Men også etablering af tættere forskningssamarbejder til gavn for behandling af de fælles patienter.

Anbefaling nr. 5 - tilpasning af rammerne for speciallægepraksis

Mange steder i Danmark bruges mulighederne for udlægning af aktivitet til privat praktiserende neurologer. Det mener vi i DNS er sund fornuft. Muligheden kan udbygges yderligere ved fx at give de praktiserende speciallæger mulighed for at være behandlingsansvarlige for stabile patienter i behandling med "sygehus udleveret medicin".

De neurologiske speciallægepraksisser vil få endnu større anvendelse, hvis patientrettigheder, særligt udredningsretten, udvides til også at omfatte udredning i privat neurologisk speciallægepraksis. Det vil stimulere til at langt mere udredning vil foregå i speciallægepraksis med de gevinster det medfører mht. nærhed, mindsket ulighed og bedre anvendelse af kapaciteten i specialet.



Med det nuværende antal praktiserende speciallæger, og den geografisk ulige fordeling af gruppen, vil mulighederne for at bidrage væsentligt til ovenstående dog være begrænsede. I DNS finder vi derfor behov for at gøre visitationen til neurologisk specialkompetence mere ensartet på tværs af landet samt at styrke gruppen af praktiserende neurologer for, at der i den neurologiske primærsektor kan bidrages med mere både udredning og behandling.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen i Dansk Neurologisk Selskab

Forperson

Line Sofie Lunde Larsen
Cheflæge
Afdeling for Hjerne- og
Nervesygdomme,
Rigshospitalet

Steffen Birk
Cheflæge, ph.d., MPG
Afdeling for Hjerne- og
Nerveundersøgelse,
Rigshospitalet

Næstformand

Henrik Boye Jensen
Cheflæge, forskningslektor,
ph.d.
Hjerne- og Nervesygdomme,
Kolding Sygehus

Andrea Enerstad Bolle
Reservelæge, ph.d.-
studerende
Neurologisk afdeling, Odense
Universitetshospital

Katja Lohmann Larsen
Privat praktiserende neurolog
Neurologisk Klinik Ølstykke

Thor Linnet
Reservelæge
Afdeling for Hjerne- og
Nervesygdomme,
Rigshospitalet

Domus Medica
Kristianiagade 11
2100 København Ø

Tak for muligheden for at komme med høringssvar

Vi noterer os med tilfredshed at vigtigheden af at styrke psykiatrien kvalitetsmæssig og økonomisk gennemsyrrer hele afsnittet om psykiatri.

Vi har vi forholdt os specifikt til de tre områder hvor kommissionen foreslår ændringer.

Sidst i notatet anfører vi et par bemærkninger til den indledende tekst.

1. Integration af organisation af psykiatri og somatik

Historisk er psykiatrien først i løbet af 1800-tallet blevet anerkendt som et lægevidenskabeligt speciale og udskilt fra fattigvæsenet. Efter at psykiatrien i Danmark var etableret som selvstændigt lægevidenskabeligt speciale, var det i mange år drevet separat som statsligt sindssygevæsen med behandlingen lokaliseret på otte store asyler. I slutningen af sidste halvdel af det nittende århundrede og første halvdel af det tyvende århundrede åbnedes psykiatriske afdelinger på store somatiske sygehuse (for eksempel Kommunehospitalets 6'te afdeling i 1875, afdeling O på Rigshospitalet i 1934, afdeling E på Bispebjerg i 1938). Efter kommunalreformen i 1970, overgik det statslige sindssygevæsen i 1976 til amterne, og herefter var der på en lang række store sygehuse psykiatriske og somatiske afdelinger under samme tag, organiseret med administrerende overlæger, som var underlagt en fælles hospitalsledelse. Af praktiske grunde var der, specielt i hovedstadsområdet, en del psykiatriske afdelinger, som placeredes fysisk adskilt fra de somatiske sygehuse. I løbet af 1990erne var der flere amter, først i Viborg og Nordjylland, senere andre amter i Jylland, siden på Fyn, som udskilte psykiatrien fra somatikken for at organisere den sammen med den sociale indsats. Ved kommunalreformen i 2007, blev også psykiatrien i Hovedstadens Sygehusfællesskab ledelsesmæssigt adskilt fra somatikken. Efter kommunalreformen er psykiatrien i alle regioner organiseret selvstændigt med egen direktion.

Psykkiske lidelser er, ligesom somatiske lidelser, forårsaget af miljømæssige og genetiske forhold. Forskning i årsagsforhold skal adressere begge disse aspekter. Forebyggelse og behandling i psykiatrien skal, ligesom i somatikken, indarbejde et bredt spektrum af forebyggende og behandlende indsatser.

Betydningen af forskellige aspekter har været inddraget i overvejelserne omkring integration versus fortsat separat organisering

Overdødelighed og underbehandling.

Det er særdeles veldokumenteret, at psykiatriske patienter har en meget forkortet levetid, som i betydelig grad kan tilskrives somatisk sygdom. I kommissionens rapport står overdødeligheden som det væsentligste argument for integration. Af baggrundsmaterialet fremgår, at der for bipolar affektiv sindslidelse og lidelser i skizofrenispektret i perioden 2014 til 2022 har været en mortalitetsratio, der har ændret sig ganske lidt i positiv retning (fra 3,3 i 2014 til 3,0 i 2022). I samme periode er der i samme diagnostiske kategorier kommet 18 procent flere patienter i behandling, og det kan ikke udelukkes at overdødeligheden er mindre i den nytilkomne patientgruppe, og at det kan forklare det lille fald i overdødelighed. Denne udvikling har været intenst udforsket, og danske forskere har kunnet dokumentere at i perioden 1995 til 2005 har overdødeligheden ved selvmord været faldende og overdødeligheden ved kræft og hjertekarsygdomme har været stigende^{1 2}. Der kan ikke fremskaffes et datagrundlag, der retvisende kan belyse om en integreret eller en separat model bedst kan nedbringe overdødeligheden.

Både i forhold til overdødelighed ved selvmord og somatisk sygdom kan samarbejdet mellem psykiatri og somatik spille en vigtig rolle, men det er vigtigt at erkende, at en del af overdødeligheden er grundlagt længe før første kontakt med sundhedsvæsenet - fortrinsvist i form af ufordelagtige livsomstændigheder for mennesker som senere udvikler psykisk lidelse. Både i et integreret og i et separat sundhedsvæsen vil der være meget store udfordringer med at sikre forebyggelse og behandling, der kan nedbringe noget af overdødeligheden, men de oplagte muligheder for tættere samarbejde i den integrerede model betyder, at den integrerede organisation må antages at være bedre rustet til at gøre det både i forhold til overdødelighed på grund af somatisk sygdom og selvmord. Vi vurderer at samorganiseringen og herunder tættere uddannelsesmæssig og klinisk kontakt mellem de lægelige specialer vil gøre det lettere at bekæmpe uligheden i levealder. Vi finder det sandsynligt at den nuværende separate model har været forbundet med en risiko for forsinkelse i udvikling af samarbejde om somatiske lidelse hos psykiatriske patienter og psykisk lidelse hos somatiske patienter. Mulighederne for samarbejde om den enkelte patient vil være svækkede. Det gælder både for patienter i somatikken og i psykiatrien. Med en fælles organisering vil det være lettere at organisere fælles procedurer for udredning og behandling af fysiske sygdomme blandt psykiatriske patienter, og det vil være lettere at organisere samarbejde om psykiatriske problemstillinger blandt patienter i somatikken, for eksempel i geriatri, neurologi og i de specialer, der behandler patienter med nyligt diagnosticeret alvorlig somatisk lidelse, patienter med selvmordsforsøg eller rusmiddelproblematik. I den nuværende organisering er der taget en række initiativer til at øge samarbejdet om somatiske udredning af psykiatriske patienter, men der er fortsat forskningsmæssig dokumentation for, at psykiatriske patienter i somatikken ikke modtager behandling af

samme høje kvalitet som patienter uden psykisk lidelse. Denne ulighed kan udbedres i begge organisationsformer, men mulighederne er bedre i en fælles organisation.

Vi ser en fordel i at viden deles på tværs af specialer og der opbygges relationer, som lettere samarbejdet om patienten, der får en mere helhedsorienteret hjælp, udredning og behandling.

Synergi mellem somatik og psykiatri

Vi ser klare fordele ved en fælles organisation, herunder tættere samarbejde med somatiske specialer, klinisk, uddannelsesmæssigt, og i form af videnskabelig synergi. Vi noterer os med tilfredshed, at der i forslaget om integration af somatik og psykiatri anføres et tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.

Den organisatoriske adskillelse af psykiatri og somatik har ført til øget afstand mellem psykiatri og somatik. Der har ikke været regelmæssige møder mellem psykiatriske cheflæger og cheflæger på somatiske hospitaler, der har ikke været deltagelse i fælles forskningsudvalg, der har ikke været psykiatrisk deltagelse i forskningsdage på store sygehuse. På det teoretiske og forskningsmæssige plan har dette indebåret en risiko for forsinkelse i inspirationsprocesser. Langsigtet er forsinkelse i inspirationsprocesser en meget alvorlig konsekvens af adskillelsen mellem somatik og psykiatri. Inspiration, der affødes af kontakt mellem det psykiatriske speciale og de somatiske specialer er i den nuværende organisering fortrinsvist muligt for personale involveret i organisatorisk arbejde fælles med somatikken, eller i videnskabelige fora, såsom forskningsråd.

Det betyder for eksempel, at inspiration fra de områder, der mest hastigt har bevæget sig fremad, så som hæmatologi, onkologi og neurologi forsinkes. Et eksempel kan være at et samarbejde med neurologien kan indeholde muligheder for at de markante fremskridt der er sket, for eksempel med behandlingen af dissemineret sklerose, kan inspirere forskningen i psykiatri. Samtidigt er der i psykiatrien udviklet praksis-inspirerede modeller for opretholdelse af kontakt med patienter, hvis funktionsniveau er udfordret af psykisk lidelse. Disse modeller være til inspiration for tilrettelæggelse af patientforløb i somatikken.

En fysisk og organisatorisk sammenlægning kan ikke kun være med til at sikre bedre somatisk behandling, men kan også være med til at øge psykiatriske kompetencer i de somatiske specialer, så der i større grad kan rummes psykiatriske patienter på de somatiske afdelinger pga. øget viden. Dette vil sikre bedre og hurtigere patientforløb uanset, hvor i systemet den psykiatriske patient befinder sig. Gensidig og hurtigere tilsynsfunktion, kan danne tæt samarbejde, relation og videndeling mellem specialer. Ved fælles organisering - kan der dannes en ny fælles kultur - viden bredes ud gensidigt mellem somatiske specialer og det psykiatriske speciale. Det kan endvidere være

med til at genvinde en faglig respekt, når det bliver tydeligt, hvad vi i psykiatrien kan bidrage med fagligt. Dette kan også skabe en tættere faglig lægelig forankring, som også vil bidrage til rekrutteringsmuligheder af læger. Dette kan også øge forskningen på tværs og hurtigere implementering af ny viden og metoder.

Faglig synergi kan handle om inspiration i forhold til udforskning af ætiologi og behandling - og inspirationen vil blive fremskyndet af større kontakt mellem specialerne. Det kan også handle om forskningsfællesskab, om samarbejde om kvalitetsudvikling. Det er meget sandsynligt at en integreret model vil give bedre muligheder for faglig synergi. Det skal dog nævnes at synergien på tværs af specialerne allerede findes i f.eks. multidisciplinære teamkonferencer (MDT) på kliniske niveauer og specielt også anvendt som et ledelsesforum med klinisk fokus på netop de patienter der ofte bevæger sig ind over flere specialer eller er multisyge, men det er ofte drevet af lokale kræfter og derfor sporadisk at finde i organisationer. Når det lykkes på cheflægeniveau at mødes på tværs af specialer mellem f.eks. på medicinsk afdeling, neurologisk afdeling, akutafdelingen og psykiatrisk afdeling, kræver det et i forvejen tæt samarbejde og opbygget kollegialt fællesskab eller i det mindste kendskab, der ikke er givet på forhånd og kræver en ekstra indsats, når psykiatrien er adskilt. Det findes dog og kan godt lade sig gøre uden en organisatorisk sammenlægning. Her kan alene en fysisk tættere placering på hinanden øge sandsynligheden for at lykkes med multidisciplinære møder og konferencer. Det skal dog ikke afhænge alene af lokale kræfter og ildsjæle, men bør være mere naturligt organisatorisk forankret i et fællesskab mellem de somatiske specialer og psykiatrien. Så her vil en både en organisatorisk og fysisk sammenlægning formentlig i højere grad sikre den synergi mellem specialer og samlet indsats til den multisyge patient.

En fordel ved tættere fysisk sammenlægning af psykiatrien og somatikken kan som tidligere nævnt være at kunne forske på tværs af specialer, da der er mange sammenhænge mellem psykiske og somatiske sygdomme, og vi finder flere og flere årsags-sammenhænge på tværs og genetiske sammenhænge. Man har eksempelvis etableret et "Hjernecenter" på Aarhus Universitetshospital, hvor man vil samle forskere fra psykiatrien og alle øvrige neurospecialer for at danne en synergi i forskningsfelterne og få et tættere samarbejde. Dette er gjort lettere ved blot den fysiske sammenlægning af psykiatrien med somatikken.

Udvikling i organisationsform og ledelse

I den tidligere integrerede model var psykiatrien repræsenteret af administrerende overlæger sammen med administrerende oversygeplejersker, ligesom på de somatiske afdelinger. På det organisatoriske plan er psykiatrien i tiltagende grad blevet repræsenteret af centerledelser uden klinisk og forskningsmæssig baggrund, og der er en risiko for at dette giver mindre faglig og udviklingsmæssig gennemslagskraft, end hvis lederne havde været psykiatere med solid klinisk og forskningsmæssig baggrund. Hertil

er der også en risiko for, at den opdeltede model langsigtet vil trække i en mere forvaltningsorienteret retning end i en faglig udviklingsretning.

Der kan være en bekymring for om integration med somatikken vil føre til atomisering af psykiatrien med mangel på fælles fremdrift. I en fremtidig organisering integreret med somatikken vil de psykiatriske afdelinger, ligesom de somatiske afdelinger, få en ledelse bestående af en administrerende overlæge og en chefsygeplejerske. I sig selv vil dette styrke den lægelige ledelse af specialet, men der er ikke sikkerhed for koordinering på tværs af afdelinger. I en fremtidig national plan for sundhedsvæsenet må det sikres, at den plan for genopbygning/genopretning af psykiatrien, der nu er i gang med en national 10-års plan for psykiatrien, fortsætter uanfægtet organisering og psykiatrien generelt prioriteres på lige fod med andre specialer i fremtiden, og at der sikres national koordinering. Den nationale koordinering er lettere under aktuelle organisering af psykiatrien og derfor denne vigtige pointe ved en organisatorisk sammenlægning.

Man kan indarbejde fælles planer for udvikling af specialiseringen i psykiatrien i specialeplanen, og man kan skele til modellen for funktionsbærende enheder, som tidligere er blevet udviklet for kirurgien. Der kan etableres regionale og nationale ledelsesfora, som enes om initiativer og som kan have allokeret ressourcer til implementering på tværs af afdelinger. Disse ledelsesfora vil være underlagt de budgetter som den enkelte afdeling har til rådighed, men også i dag er der budgetmæssige begrænsninger. Sundhedsstyrelsen, DMPG og DPS skal spille en større rolle i at udstikke fælles nationale retningslinjer. Vi er dybt optagede af at sikre samlet ledelse af psykiatrien, specielt i forbindelse med udrulning af 10 årsplanen for psykiatri, og det er afgørende at denne bliver succesfuldt implementeret i sin væsentlighed. Det er derfor nødvendigt at vurdere hvornår det er mest hensigtsmæssigt at foretage en eventuel organisatorisk integration for, at sikre en optimal udrulning af 10 års planen. Vi har hæftet os ved, at det er lykkedes i en lang række specialer at rulle procedurer ensartet ud for eksempel anæstesiologi, kirurgi, neurologi, gynækologi, kardiologi. Den nuværende organisation har kun haft begrænset succes med at skabe fælles fodslag på tværs af regioner og der er fortsat stor geografisk variation i implementering af centrale initiativer. En separat organisering af psykiatrien har givet mulighed for i nogen grad at koordinere faglige initiativer på landsplan. Under ledelse af psykiatridirektionerne er der gjort et betydeligt arbejde for at øge kvalitetsniveauet gennem øget specialisering og bedre samarbejde inde i den psykiatriske organisation. Samme proces har dog også været gennemført i andre specialer, for eksempel kirurgisk cancerbehandling, neurologi og neurokirurgi. Det er således ikke umuligt at gennemføre kvalitetsløft og specialisering i en organisering, hvor en lang række specialer er under hospitalsledelse på separate hospitaler. Det er meget væsentligt, at vi fastholder mulighederne for specialisering inden for psykiatrien. Vi noterer os, at en sådan udvikling har kunnet gennemføres i en

række andre lægelige specialer, og vi antager ikke at integration vil indebære bety-
dende hindringer på feltet.

Rekruttering

Der har været betydelig regional variation i rekruttering af kommende speciallæger i psykiatri, og der har også været en tydelig tendens til at psykiatriske speciallæger har forladt den regionale psykiatri. Vi vurderer at mulighederne for at rekruttere (og tilbage-rekruttere samt fastholde) speciallæger og modvirke afvandring vil være bedre i en samorganisering med somatikken med fremtrædende og tydelige lægelige rollemodeller.

Fastholdelse af øremærkede midler

Det er diskutabelt, om den selvstændige organisering af psykiatrien bedre har kunnet fastholde øremærkede midler til psykiatrien. Historisk har der været et betydeligt efterslæb.

Stigende udgifter til de somatiske sygehuse. Stagnation i psykiatrien

Den økonomiske udvikling i psykiatrien og somatikken. Indeks 100



Kilde: Danske Regioners nøgletalsdatabase

En selvstændig organisering er ikke en forudsætning for at få og fastholde øremærkede midler, jævnfør at der er givet meget betydelige øremærkede midler på kræftområdet og for nyligt også i obstetrikken. Vi har fæstnet os ved, at det i kommissionens rapport understreges, at der skal investeres i psykiatrien, og psykiatriplanen skal gennemføres. Det er afgørende at den besluttede styrkelse af psykiatrien som Folketinget har fastlagt inden for det seneste par år fastholdes specifikt til psykiatrien, og at psykiatriplanen ikke mister momentum. Det vil således være afgørende at både den styr-

kede økonomi og psykiatriplanen integreres i forløbet vedrørende en organisatorisk integration mellem psykiatri og somatik. For sikre de nødvendige ressourcer, kan der skrives en klausul om, at ligestillingen først er tilendebragt, når finansieringen med 10-15-års planen sikrer et ligeværdigt niveau, så psykiatrien har samme udgangspunkt som somatikken. Dette vil udfolde sig til ende med arbejdet med bl.a. færdiggørelse af forløbsbeskrivelserne og DMPG'er, hvor den finansielle ramme løbende politisk justeres efter de faktuelle behov, når det igangværende arbejde er tilendebragt.

I den sammenhæng vil vi efterlyse at psykiatrien får en specifik prioritering i den nationale sundhedsplan, som er omtalt i kapitel 11. Dette kan forhåbentligt sikre at psykiatrien opretholder og øger den prioritering der er sket med 10 års-planen for psykiatri. Den finansielle klausul bør gælde uanset hvilken model for organisering, der politisk beslutes.

Det er også vigtigt her at nævne, at hvis der beslutes større organisatoriske og fysiske forandringer, så skal finansieringen heraf findes uden for sundhedsvæsenets aktuelle budgetter, da al omstrukturering koster penge og ikke bør gå udover den igangværende drift af sundhedsvæsenet og psykiatrien. Det kan bl.a. dreje sig om anlægsmidler, der skal finansiere nye byggerier.

Samlokalisering

Der er meget klare fordele ved at psykiatrien fysisk er placeret på samme matrikler som somatikken. En række psykiatriske afdelinger ligger geografisk adskilt fra de somatiske. Det har historiske rødder, idet nogen afdelinger fortsat er tidligere statshospitaler (f. ex Oringe) og Ballerup og Hvidovre indenfor de sidste 30 år indrettet i forhåndenværende lokaler. Samtidigt er der tidligere statshospitaler, som er afviklet til fordel for samlokalisering (Risskov og Augustenborg), men vi har også set det meget bekymrende, at der opføres nye somatiske sygehuse/gennemføres store ombygninger, uden at psykiatrien er tænkt ind (Hillerød, Køge og Rigshospitalet). Det kan ikke udelukkes, at den fysiske adskillelse i nyt sygehusbyggeri er en afledt konsekvens af den opdelte organisationsform. Ved en samorganisering vil det være oplagt i fremtidigt sygehusbyggeri at sikre geografisk nærhed mellem psykiatri og somatik. Der kan være håb om, at det i en samorganisering bliver mere sandsynligt, at man prøver at skaffe plads til psykiatrien f.eks i Hillerød og på Rigshospitalet. Uanset fremtidig model, skal samlokalisering prioriteres højt. Ved samlokalisering skal der også fremtidssikres den rette fysiske kapacitet med f.eks. rette antal sengeafsnit og størrelse af ambulatorievirksomhed i lyset af et stigende behov. Dette belært af erfaringer fra f.eks. Aarhus, hvor man flyttede 1:1 antal senge fra det psykiatriske hospital i Risskov og lavede større sengeafsnit men med samme antal senge, som er endt med svær overbelægning og ”dobbeltstuer” som har forringet behandlingen under indlæggelse.

Samarbejde med kommuner

Det er ikke et relevant argument, at der er mange psykiatriske patienter, der har brug for kommunale tilbud. Det er der også i f.eks. neurologi og geriatri.

Samarbejdet skal dog styrkes og i nuværende opdeling er der uacceptable ventetider til rette kommunale tilbud før og efter kontakt til den regionale psykiatri. Der skal allerede under indlæggelse og langt før ambulans afslutning være etableret et møde med en kommunal visitator, så der kan lægges en plan med det samme som kan iværksættes. Der kan f.eks. være der er behov for en aflastningsplads/-ophold for en tid, før man kan komme videre og der kan være behov for iværksættelse af eller øget behov for bostøtteindsats.

2. Øget tværsektorielt samarbejde

Helt overordnet kan det undre, at der ikke har været et fokus på overgangen mellem det kommunale og regionale i psykiatrien. Det tværsektorielle samarbejde har været problematiseret i alle årene siden sidste kommunalreform. Vi mener, at det ville være bedre at samle socialpsykiatrien under samme myndighed som hospitalspsykiatrien, så der kommer samme rettigheder og kvalitetskrav, især for døgninstitutioner og bosteder, hvor nogle af de sværest psykisk syge er allokeret.

Der kan også være et behov for et mere veldefineret og strukturelt samarbejde med primærsektoren. Det vil både dreje sig om generel forebyggelse og lettere behandling på den ene side, men også samarbejde under og efter behandling i den regionale psykiatri med opfølgning. Det vil kræve et større krav til tæt samarbejde, samtidigt ansvar med fælles planer og en lettere adgang til samme data. Et sådanne samarbejde bør i højere grad indtænke både almen praktiserende læger og praktiserende psykiatere.

Der skal være et mere gennemskueligt system til at tale sammen og dele data mellem almen praksis, praktiserende psykiater og regionspsykiatrien. En lige linje til direkte kontakt er derudover også vigtig, så færre henvisninger afvises og mindre tid spildes for alle og ikke mindst patienterne.

Fast tilknyttede læger på botilbud

Vi noterer os med stor tilfredshed at der er forslag om fast tilknyttede botilbudslæger, inspireret af modellen med faste plejehjemslæger. Ironisk kan man bemærke at historisk er de første botilbud blev etableret ved at man i 1987 udskilte de psykiatriske H-plejehjem og lod dem overgå til socialforvaltningerne. Som det anføres i kommissionens rapport: ”Ved overdragelsen i 1987 udgjorde H-plejehjem godt 70 pct. af det samlede antal pladser efter bistandslovens § 112, stk. 2, svarende til 2.395 pladser.” På disse institutioner boede de mest alvorligt syge psykiatriske patienter med stor grad af funktionsnedsættelse, betydelig polyfarmaci og somatisk komorbiditet. Med udskillelsen mistede disse patienter den organisatorisk understøttede adgang til psykiatrisk

ekspertise og somatisk behandling. Nu er man gradvist ved at udbedre dette betydelige svigt ved at organisere psykiatriske botilbudsteam, som kan sikre at den, ofte meget komplicerede psykiatriske medicinering, regelmæssigt gennemgås af speciallæger i psykiatri. Med ordningen om faste botilbudslæger kan den - de facto manglende adgang til almen medicinske speciallæger - udbedres.

Vi er nødt til at benytte anledningen til at foreslå at botilbud for mennesker med langvarige psykiatriske lidelser (§108) føres ind under samme organisering som den øvrige psykiatri. Vi vil ikke foreslå at §108 tilbud gøres til hospitalsafdelinger, som de var før 1987. Vi vil foreslå at botilbud under §108 overføres til sundhedsvæsenet og fortsat har karakter af botilbud med selvstændige lejemaal, uanset hvilken af kommissionens tre overordnede modeller, der vælges. Heraf følger at vi er store modstandere af at overføre de regionale botilbud til kommunalt regi. Der er en betydelig risiko for yderligere tab af uddannede medarbejdere og kompetence ved at de højt specialiserede botilbud, der aktuelt findes i regionalt regi overføres til kommunalt regi. Vi er nødt til at lave den modsatte bevægelse (på samme måde som man i strukturkommissionen har tænkt ift. plejehjem/ældrepleje).

Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien

Der er meget stor variation i adgangen og kvaliteten af tilbud i den kommunale sektor, og på den baggrund er dette forslag særdeles relevant. Som der nævnes i rapporten, viser en analyse, at kun 55% af medarbejderne i socialpsykiatrien har en uddannelse inden for social- og sundhedsområdet. Det er bydende vigtigt at der sættes krav til både den sundhedsfaglige OG socialfaglige indsats i socialpsykiatrien. Nationale kvalitetsstandarder skal gå på tværs af regionale og kommunale indsatser.

Det er nævnt i det faglige oplæg til 10-årsplanen, at der er begrænset adgang til sundhedsfaglig viden for personalet og at mennesker med psykiske lidelser oplever, at deres forløb er præget af utilstrækkeligt samarbejde, utilstrækkelig vidensdeling og utilstrækkelig koordination mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien.

Den socialfaglige kvalitet i kommunernes socialpsykiatri er udfordret, og der er ingen løsningsforslag hertil fra Strukturkommissionen. Der nævnes, at der skal udarbejdes kvalitetsstandarder, anbefalinger og krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien. På samme måde skal der laves kvalitetsstandarder og krav til den socialfaglige indsats. Kvaliteten i både den sundhedsfaglige og socialfaglige indsats skal hæves og med forpligtelser og krav.

Her kunne f.eks. være kvalitetsstandarder og krav om uddannelse til ansatte, så de rette kompetencer er til stede.

Ved at lægge socialpsykiatrien sammen med hospitalspsykiatrien, ville man også tage bostederne tilbage til regionspsykiatrien, og det vil nok være lettere at sikre højere

kvalitet både sundhedsfagligt og socialfagligt, da man er mere vant til at arbejde med evidens, forskning og kvalitetssikring i det regionale sundhedsvæsen og psykiatrien. I dette afsnit behandles også tilbagehenvisninger fra den regionale psykiatri til almenpraktiserende speciallæger. Dette er en meget relevant problemstilling, og det er i udgangspunktet ikke acceptabelt at så stor en andel af henvisninger fra de praktiserende speciallæger i almen medicin tilbagevises fra den regionale psykiatri. Det er påtrængende at der etableres et bedre samarbejde. Psykiatrisk speciallægepraksis kan spille en rolle i løsning af dette problem.

I nogle regioner er der en almen praktiserende læge, der har en koordinerende funktion for alle almen praktiserende læger i optageområdet til regionspsykiatrien (eller samlede hospital) - her kan kvalitetssikres ved audit eller dialog omkring kvalitet af henvisninger og kvalitet af afvisning og om der samtidig er givet anden anvisning i så fald. Dette kunne skabe en lettere koordinering, kvalitetskontrol og optimering af samarbejdet mellem hospitalspsykiatrien og de almen praktiserende læger i optageområdet.

Det findes allerede nu i flere regioner en specialisttelefon eller rådgivningstelefon fra sygehusspecial og psykiatri til alment praktiserende læger. En sådan model kunne med fordel og let udrulles i alle regioner, så almen praktiserende læger kan have let og hurtig adgang til faglig rådgivning og psykiatriske vurderinger fra en speciallæge i psykiatri fra sygehuset.

Tværsæktorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet

Det kan undre at man i Strukturkommissionen ikke har handlet mere konkret i forhold til den største tværsæktorielle udfordring i psykiatrien - nemlig samarbejdet mellem regionerne og kommunerne (hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien (og øvrige kommunale myndigheder som uddannelse, beskæftigelse (jobcentre) og boligområdet). De 98 kommuner har forskellige myndighedsafdelinger, der heller ikke taler sammen internt, og så er der forskellige kommuner koblet til det regionale behandlingssystem, og kommunerne er forskelligt organiseret.

Under punktet om tværsæktorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet bliver det meget ukonkret. Er der områder, der skal sammenlægges eller er der noget vi kan lære fra somatikens tværsæktorielle samarbejde med hurtig visitatorfunktion og glidende overgange?

Der bør sikres et mere smidigt samarbejde med de kommunale myndigheder ift. mennesker der lider af psykisk sygdom. Det er et vedvarende problem, at der er så mange myndigheder og forskellige sagsbehandlere i de forskellige kommunale organiseringer og at de ikke taler sammen internt bare i den enkelte kommune og slet ikke tværkom-

munalt, da det kan være nødvendigt, da flere forskellige kommuner er koblet op på sygehuspsykiatrien. Denne udfordring er stor og bør adresseres, når vi taler om behovet for strukturforandringer.

Hvis man ikke vil lave strukturelle ændringer ift. overgangen mellem behandlingspsykiatrien og socialpsykiatrien, kunne man have en koordinerende person fra kommunerne, der tilhører optageområdet for regionspsykiatrien/hospitalsvæsenet - så der kan sikres smidige overgange og gennemføre kvalitetssikring f.eks. ift. ventetid på bostøtte eller bosted eller aflastningsplads etc. Dette med inspiration fra modellen, der anvendes i nogle regioner i samarbejdet med almen praksis.

3. Digitalisering

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår ”Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien skal styrkes”. Det fremhæves at digitale løsninger har et særligt potentiale i psykiatrien. Det er DPS holdning at man skal søge at udnytte de digitale løsninger, der kan gøre behandlingen mere tilgængelig eller udvider paletten af behandlingsmuligheder, men det er afgørende at de løsninger, der tages i brug, er testet efter gængse videnskabelige standarder for sundhedsvæsenet, således at der ikke bruges ressourcer på at indføre uvirksomme eller i værste fald skadelige behandlinger. Hvis der er tale om løsninger der automatiserer arbejdsgange eller letter patienters brug af sundhedsydelser uden at dette udgør en egentlig behandling, kan undersøgelser af effekt følge de almindelige forskrifter for det pågældende område. Det er væsentligt at skelne og sortere i digitale løsninger på linje med andre behandlinger. Blandt andet fordi der er et substantielt og voksende udbud, hvoraf kun en meget lille fraktion er understøttet af veludførte videnskabelige undersøgelser. Der bør eksempelvis kigges på mulighederne for digital selvmonitorering for mennesker med mild eller moderat grad af psykisk sygdom i forløb hos enten almen praktiserende læge eller praktiserende psykiater. Her er der et potentiale i at patienter selv monitorerer bestemte værdier via apps eller digitale units (armbånd, ure etc.), som potentielt kan skabe større medindvolding af patienten i behandlingen og dermed bedre samarbejde om behandlingen.

DPS understøtter holdningen om en bedre og lettere datadeling også på tværs af sektorer, hvilket vil kunne bidrage til at lette arbejdsgange og udvikle psykiatrisk behandling, hvor sammenhæng i patientforløb er et afgørende element. Dertil er en investering i en indsats for skalering og implementering af digitale løsninger afgørende for at kunne udnytte mulighederne i nye løsninger.

Bemærkninger til den indledende tekst i kapitel 12

I afsnittet om muligheder for tidlige forebyggende indsatser anføres: Sundhedsstrukturkommissionen ser herudover et væsentligt potentiale i tidlige og forebyggende indsatser, som kan hjælpe mennesker, så psykiske problemer og sygdomme ikke opstår eller udvikler sig og forværres. Og så nævnes ”Lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel eller med symptomer på psykisk lidelse”. Vi skal hertil bemærke at der udover det lettilgængelige tilbud er behov for særlige indikerede forebyggende indsatser for anbragte børn og børn af forældre med psykisk lidelse. Vi skal desuden bemærke at forebyggende indsatser gælder alle aldre.

1. Laursen TM, Plana-Ripoll O, Andersen PK, et al. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? *Schizophr Res* 2018 doi: 10.1016/j.schres.2018.11.003 [published Online First: 2018/11/18]
2. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, et al. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4(12):937-45. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30429-7 [published Online First: 2017/11/11]

d.14. juli 2024

Høringsvar: Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 11. juni 2024 sendt Sundhedsstrukturkommissionens rapport i høring hos Dansk Psykolog Forening.

Dansk Psykolog Forening takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Hovedbudskaber fra Dansk Psykolog Forening:

- Dansk Psykolog Forening vurderer, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport har et utilstrækkeligt fokus på styrkelsen og organiseringen af det mentale sundhedsvæsen (dvs. samspillet mellem de aktører som løser opgaver indenfor mental sundhed i kommuner, regioner, praksis, civilsamfund og private aktører) og ikke har blik for de nødvendige faglige, ressourcemæssige og organisatoriske rammer for at styrke kvaliteten og udviklingen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.
- Dansk Psykolog Forening er generelt enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der er et stort potentiale for omstilling og i at øge og styrke de indsatser, som varetages i det primære sundhedsvæsen. Det gælder også kapaciteten, kompetencerne og behandlingsmulighederne i praksissektoren.
- Dansk Psykolog Forening mener, at det er nødvendigt at styrke det nære mentale sundhedsvæsen, også økonomisk, så der bliver foretaget de rette investeringer i rette tid.
- Dansk Psykolog Forening mener ikke, at en evt. organisatorisk integration af psykiatrien i det samlede sygehusvæsen er svaret på psykiatriens aktuelle udfordringer og er i særdeleshed bekymret for timingen, idet implementeringen af 10-årsplanen bør have psykiatriens fulde opmærksomhed i de kommende år.

Dansk Psykolog Forening har imødeset Sundhedsstrukturkommissionens arbejde med - og forslag til - en markant omstilling af sundhedsvæsenet, som skal sikre, at det primære sundhedsvæsen styrkes og tager større ansvar for flere patienter. Dansk Psykolog Forening vil indledningsvist bemærke, at vi er enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at de store udfordringsbilleder i sundhedsvæsenet i dag omhandler usammenhængende patientforløb, ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen samt geografisk og social ulighed i sundhed.

Dansk Psykolog Forening noterer sig imidlertid også, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport har et utilstrækkeligt fokus på styrkelsen af det mentale sundhedsvæsen, herunder sammenhængen mellem den nære mentale indsats og psykiatrien.

Det faglige oplæg til en 10-årsplan for "Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser" (10 årsplanen for psykiatri) belyser, at behandlingen af mennesker med psykiske lidelser ikke er på niveau med den behandling, vi tilbyder mennesker med fysiske lidelser. Det faglige

d.14. juli 2024

oplæg til 10-årsplanen påpeger, at de nødvendige faglige, ressourcemæssige og organisatoriske rammer for at styrke kvaliteten og udviklingen i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser ikke er implementeret i samme udstrækning som for mennesker med somatiske sygdomme, og at der samtidig er der sket en stor vækst i antallet af mennesker med psykisk lidelse, der har behov for hjælp og behandling.

I Sundhedsstrukturkommissionens rapport om omstillingen af sundhedsvæsenet er der et manglende fokus og prioritering af dette. Udfordringen med at styrke forebyggelsen og den tidlige indsats for psykisk lidelse løses ikke ved at integrere somatikken og psykiatrien organisatorisk. Det kræver, at forebyggelsen og behandlingsindsatsen i det nære mentale sundhedsvæsen styrkes i det primære sundhedsvæsen, i kommuner og i praksissektor.

Det er derfor også nødvendigt at understøtte denne del af sundhedsvæsenet, også økonomisk, så man får foretaget de rette investeringer i rette tid.

Dansk Psykolog Forening er generelt enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der er et stort potentiale for omstilling og i at øge og styrke de indsatser, som varetages i det primære sundhedsvæsen, herunder i det almenmedicinske tilbud og hos de praktiserende speciallæger, men gør opmærksom på, at dette også gælder kapaciteten, kompetencerne og behandlingsmulighederne i den resterende praksissektor.

Dansk Psykolog Forening bemærker, at rapporten helt generelt ikke har blik for praksissektoren og den store ressource som her findes i sundhedsvæsenet, når det gælder såvel forebyggelse som behandling – herunder også kapacitet og kompetencer i den offentlige psykologordning. Dansk Psykolog Forening deler Danske Regioner betragtning om ”at der er for lidt fokus på den øvrige praksissektor i rapporten – herunder på andre faggrupper end læger. Den øvrige praksissektor varetager også en væsentlig del af sundhedsvæsenets opgaver, og mange patienter oplever også udfordringer i forhold til sammenhæng med denne del af sundhedsvæsenet”.

Dansk Psykolog Forening er enig i Sundhedsstrukturkommissionens vurdering af, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud er sket for langsomt set i forhold til behovet og de muligheder, som er inden for den eksisterende organisering. Dansk Psykolog Forening mener, at samme manglende investering og udvikling også gør sig gældende for den offentlige psykologordning.

Psykologerne går på tværs af sundhedsvæsenet - og bidrager i både det sekundære og i det primære sundhedsvæsen. De ca. 900 psykologer med ydernummer er en væsentlig del af opgaveløsningen i det primære sundhedsvæsen, og de spiller en helt afgørende rolle, når man skal udvikle og styrke behandlingsindsatsen i det nære mentale sundhedsvæsen, herunder forebygge og aflaste psykiatrien. Psykologerne med ydernummer er bredt til stede i landet og sikrer, at behandling findes geografisk tæt på - og er tilgængeligt og fleksibelt for patienterne.

Dansk Psykolog Forening ser yderst positivt på kommissionens ambition om at styrke og udvikle det primære sundhedsvæsen, så flere opgaver fremover varetages her og er enig i behovet for at se på løsninger, der vil skabe og understøtte et sammenhængende og nært sundhedsvæsen med mere social og geografisk lighed. Dansk Psykolog Forening ser derfor positivt på anbefalinger om at udarbejde en

d.14. juli 2024

national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Dansk Psykolog Forening bemærker, at en national sundhedsplan også skal gælde for psykiatrien og sætte en strategisk retning for udviklingen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. I det lys er det afgørende at styrke den offentlige psykologordning og sikre, at kapaciteten i psykologordningen tilpasses behandlingsbehovet i befolkningen, så patienter med henvisning har nær og tilgængelig adgang til psykologbehandling i det nære sundhedsvæsen, og udviklingen i mental mistrivsel i højere grad kan forebygges og behandles rettidigt.

Dansk Psykolog Forening finder det værd at overveje, om en ny, national digital organisation, Digital Sundhed Danmark, skal etableres for at skabe bedre data og dialogveje mellem aktører og på tværs af sektorer, hvor det primære sundhedsvæsen også varetages.

Endelig anerkender Dansk Psykolog Forening, at kommissionens intention med at foreslå en ændret organisation er at styrke behandlingen i psykiatrien, sikre bedre sammenhæng for patienterne samt at sidestille/ligestille psykiatrien med somatikken. Dansk Psykolog Forening mener dog ikke, at en evt. organisatorisk integration af psykiatrien i det samlede sygehusvæsen er svaret på psykiatriens aktuelle udfordringer, og vi mener ikke, at de faglige argumenter i rapporten i tilstrækkelig grad begrundes en så stor og omkalfatrende ændring, ej heller at det faglige oplæg for en 10-årsplan for psykiatri fra januar 2022 understøtter ønsket om den organisatoriske ændring. Vi er desuden i særdeleshed bekymret for timingen af en evt. organisatorisk ændring, da vi mener, at 10-årsplanen for psykiatri, og den fortsatte udvikling og implementering heraf, skal have fuld opmærksomhed nu og i de kommende år.

Faktaboks: Psykologer er bredt repræsenteret i sundhedsvæsenet.

I hospitalsvæsenet er der godt 1900 psykologer, heraf ca. en tredjedel i somatikken og to tredjedele psykologer i psykiatrien. I kommunerne er der ca. 2800 psykologer, heraf er 1700 primært beskæftiget med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) eller funktioner i tæt tilknytning hertil. Flere psykologer i kommunerne vil også i løbet af 2024/2025 blive en del af det let tilgængelige tilbud for børn og unge i psykisk mistrivsel eller med tegn på psykisk lidelse. Godt 900 selvstændige psykologer har et ydernummer og arbejder på overenskomst med det offentlige sundhedsvæsen.

Dansk Psykolog Forening varetager interessen for mere end 12.000 psykologer.

Dansk Psykolog Forening har følgende bemærkninger til rapportens 6 anbefalinger:

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud (kap. 9)

Dansk Psykolog forening er enig i at det almenmedicinske tilbud har en nøglefunktion i sundhedsvæsenet og løfter en stor og væsentlig opgave som behandler og gatekeeper til det resterende sundhedsvæsen. Dansk Psykolog Forenings vurdering er dog, at når man ønsker at styrke det nære sundhedsvæsen, herunder det nære mentale sundhedsvæsen, så skal almen praksis ikke varetage flere

d.14. juli 2024

og mere komplekse opgaver, som kan løses bedre og mere omkostningseffektivt andre steder. Dansk Psykolog Forening mener, at også kapaciteten, adgangen til og behandlingsmulighederne i den offentlige psykologordning bør styrkes og udvides. Det skal sikre, at flere borgere med psykisk lidelse eller kriser/traumer, der påvirker deres funktionsniveau, kan få rette behandling til rette tid.

Forslag 2: De ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at det vil være dyrere for samfundet at drive fx regionsklinikker end at honorere de privatpraktiserende i praksissektoren med ydernummer, da der vil være udgifter til administration og faste udgifter til medarbejderne, herunder bl.a. pension, barsel, ferie, efteruddannelse mv., som det offentlige ikke finansierer i dag. Dansk Psykolog Forening har derfor en bekymring for konsekvenserne ved at ændre lovgivningen til at andre klinikformer kan levere almenpraksis ydelser, og om dette kan have en afsmittende effekt på øvrige praksisområder.

Vi er også bekymret for, om regionernes styring på behandlingsindsatser i fx en regionsklinik vil medføre en dårligere kvalitet for patienterne – idet der i det nære mentale sundhedsvæsen er behov for et individualiseret blik på behandlingsindsatsen. Desuden vil det formentlig være svært at rekruttere fastansatte på ordinære ansættelsesbetingelser med samme kompetenceniveau, som sundhedspersoner med ydernummer har i dag, og man kan derfor være bekymret for, at der ansættes andre faggrupper med mindre erfaring og formelle kompetencer.

Dertil kan man risikere, at regionsklinikker, med centraliseret drift og kapacitet, øger den geografiske ulighed og fjerner nærhedsprincippet sammenlignet med den brede geografiske placering af ydernummerpsykologerne i dag.

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at hos de øvrige praksisaktører indeholder honorarsystemet ikke et basishonorar, som hos almenpraksis, hvorfor fx ydernummerpsykologer udelukkende honoreres for de konkrete aktiviteter og opgaver ifm. patientbehandling.

Forslag 3: Opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges af nationale myndigheder

Dansk Psykolog Forening er opmærksom på, at det vil medføre uhensigtsmæssigheder at adskille den faglige opgavebeskrivelse fra vilkår og økonomi, honorarsystemet, i aftalesystemet. Den nuværende model sikrer, at alle med ydernummer tilslutter sig arbejdsopgaverne og understøtter, at de rigtige incitamenter er til stede under forudsætning af og hensyntagen til de rammevilkår, som privatpraktiserende med ydernummer er, etableret- og driver klinik på. Det paritetiske system, herunder virke og implementering af praksisordninger via samarbejdsudvalg, styrker tilslutningen til at drive og innovere praksisområdet.

I dag sikrer brugen af selvstændige praksisgrupper med ydernummer, at det offentlige får en omkostningseffektiv sundhedsindsats. De selvstændige driver klinikker på praksisområdet med stor iværksættertrang og sikrer, at der ligger praksisnær erfaring til grund for udvikling af behandlingstilbud af høj effektivitet og kvalitet i indsatsen.

d.14. juli 2024

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data (kap. 10)

Dansk Psykolog Forening har et ønske om, at data i sundhedsvæsenet i langt højere omfang kan understøtte patientforløb på tværs af sektorer, samt sikre langt bedre grundlag for forskning. Bedre muligheder for at dele og opsamle data til gavn for patienterne og til gavn for at udvikle kvaliteten af sundhedsvæsenet er vigtigt.

Forslag 2: Der skal etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet.

Dansk Psykolog Forening hæfter sig ved, at der i rapporten står, at ”digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne i fremtidens sundhedsvæsen. Det skal bl.a. bidrage til, at borgerne kan få sundhedstilbud i eller tæt på eget hjem og blive understøttet i at være aktive medspillere i egen behandling.”.

Dansk Psykolog Forening mener, at digital behandling generelt har et stort potentiale. Både som en ekstra behandlingsressource og som en bedre udnyttelse af kapaciteten, der begge kan bidrage til at sikre øget tilgængelighed i sundhedsvæsenet. Men digital behandling er ikke bedste behandlingsvalg for alle målgrupper eller patienter, og det er derfor afgørende vigtigt, at der hele tiden er fokus på kvaliteten i behandlingen. Digital behandling kan bestå af mange og forskellige typer af indsatser, hvad end det er videotilgængelighed eller som behandlingsredskab og er derfor et bredt begreb. Det er derfor vigtigt med en afklaring og præcisering af, hvor, hvornår og hvordan digital behandling kan anvendes til gavn for patienten, og denne afklaring er en forudsætning for at kunne drøfte anvendelse af digital behandling i fremtiden.

Således påpeger Sundhedsstrukturkommissionen også i rapporten på, at Robusthedskommissionen anbefaler, at digitale og teknologiske løsninger skal være førstevalget til at løse opgaver i sundhedsvæsenet. Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at i nogle typer digital behandling (programmer) er patienten selv ansvarlig for sin behandling og gennemførelse af sit forløb, og det er en svaghed, fordi mange patienter, og særligt målgruppen i psykologordningen, har behov for faste aftaler og en behandlingsansvarlig psykolog (som andre steder i sundhedsvæsenet). Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at der i Internet Psykiatrien er 5 ud af 6¹ forløb der afvises/går forgæves, fordi det vurderes for komplekst til digital behandling. Grundprincippet i digital behandling bør derfor være, at det er en behandlingsform, som patienten selv har valgt til og fagligt vurderes i stand til at få effekt af.

Dansk Psykolog Forening vurderer, at det er værd at overveje forslaget om at styrke digital infrastruktur og deling af data i praksissektoren, til gavn for bedre behandling og patientforløb. Det skal dog balanceres ift. hensynet til beskyttelse af personfølsomme oplysninger og begrundet i den enkeltes behov.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (kap. 11)

Dansk Psykolog Forening ser positivt på anbefaling om at udarbejde en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både

¹ I 2022 ansøgte 3.092 om behandling, hvor 540 patienter blev tilbudt behandling og 79% gennemførte behandlingen.

d.14. juli 2024

det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Dansk Psykolog Forening bemærker, at en national sundhedsplan også skal gælde for psykiatrien og sætte en strategisk retning for udviklingen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder tydeliggøre ansvars- og opgavefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen.

Forslag 1: Tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen

Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på den resterende praksissektors rolle i opgaveløsningen, og at den også tænkes med i omstillingen af sundhedsvæsenet. Dansk Psykolog Forening mener, at praksissektoren, og særligt de praktiserende psykologer med ydernummer, i langt højere grad bør indtænkes som en ressource i det nære sundhedsvæsen, og er en forudsætning for omstillingen af psykiatrien til primærsektoren, der vil bidrage til at nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

Dertil er Dansk Psykolog Forening opmærksom på, at Sundhedsstrukturkommissionen er anmodet om at vurdere indenfor hvilke områder og målgrupper, der er særligt potentiale for forbedringer i samspil og øget omstilling af opgaveløsningen. Kommissionen nævner her, blandt andre målgrupper, et bedre koordineret og samlet ansvar i patientforløb for den ældre medicinske patient. Dansk Psykolog Forening påpeger, at forebyggelsen af mental mistrivsel og psykisk lidelse hos den ældre medicinske patient er overset, og at der bør komme et betydeligt fokus herpå i den kommunale indsats, da bedre trivsel hos de ældre vil mindske trykket på systemet generelt. Med en voksende befolkningsandel af ældre er det nødvendigt, at sundhedsvæsenet har blik for sammenhængen mellem mental mistrivsel/psykisk lidelse og fysisk funktionsniveau, herunder fx blik for at ruste sundhedsvæsenet til bedre at håndtere forebyggelse af depression, kompliceret sorg, belastningsreaktioner hos pårørende til ægtefæller med f.eks. demens mv. hos de ældre.

Set i lyset af ambitionerne med 10-års planen for psykiatri mener Dansk Psykolog Forening dog ikke, at en omstilling af psykiatrien skal medføre en reduceret vækst, som kan frigøre økonomi til at styrke indsatsen for psykisk lidelse i primærsektoren: Der bør investeres i både en stærk psykiatri og en stærk primærsektor for mentale lidelser.

Forslag 3: Videreudvikling af kvalitetsstandarder og krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen

Dansk Psykolog Forening er enig i behovet for at udvikle kvalitetsstandarder i det primære sundhedsvæsen men mener, at økonomiske incitamentsmodeller mellem det primære og det resterende sundhedsvæsen ikke må være afgørende for at sikre fremdriften i en omstilling. Dansk Psykolog Forening er bekymret for, om økonomiske incitamentsmodeller bliver en barriere for at iværksætte omstilling af aktiviteter fra det specialiserede til det nære.

Forslag 5: Styrket forskning i det primære sundhedsvæsen

Dansk Psykolog Forening noterer, at sundhedsfaglig forskning i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen. Dansk Psykolog Forening deler denne ambition og efterspørger, at der kommer langt mere praksisnær forskning i primærsektoren men bemærker, at det fortsat også er nødvendigt at sikre bedre muligheder for mere forskning i psykiatrien. Dansk Psykolog Forening bemærker, at forskning i rapporten kun omtales som lægefaglig forskning og påpeger, at forskning i sundhedsvæsenet også skal rumme andre faggrupper og behandlingstilgange, herunder psykologfaglig forskning.

d.14. juli 2024

Anbefaling 4 Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser (kap. 12)

Dansk Psykolog Forening er enig i, at der fortsat er behov for at styrke det samlede psykiatriområde og have fokus på kapacitetsopbygning i både regioner, kommuner og øvrig primærsektor. Dansk Psykolog Forening er derfor også enig i, at en fortsat kapacitetsopbygning i det primære sundhedsvæsen, særligt den offentlige psykologordning med næsten 900 psykologer med ydernummer, er væsentlig for blandt andet at mindske presset på behandlingspsykiatrien.

I det følgende kommenteres de 3 forslag, og afsnittet slutes med af med en general bemærkning om rekrutteringer og fastholdelse:

Forslag 1: Organisation og samarbejde på psykiatriområdet

Dansk Psykolog Forening anerkender, at kommissionens intention med at foreslå en ændret organisation er at styrke behandlingen i psykiatrien, sikre bedre sammenhæng for patienterne samt at sidestille/ligestille psykiatrien med somatikken.

Dansk Psykolog Forening er dog bekymret for 10 årsplanen for psykiatri og den fortsatte udvikling og implementering heraf, hvis psykiatrien integreres organisatorisk i det samlede sundhedsvæsen.

Dansk Psykolog Forening er også bekymret for, om en evt. ændret organisering kan komme til at gå ud over psykiatriens specialisering. Psykiatrien har unikke behov og kræver en bredere forståelse af komplekse mentale processer, psykosociale og miljømæssige faktorer, og for at sikre en effektiv og specialiseret behandling af psykisk lidelse er det afgørende at opretholde en selvstændig organisatorisk struktur.

Det er helt centralt, at vi de kommende år arbejder aktivt med at styrke mulighederne for, at somatiske lidelser opdages og behandles i tide – hos mennesker med psykiske lidelser – samt at der kommer mere fokus på at arbejde tættere sammen på tværs af somatikken og psykiatrien om kvalitetsudvikling, kompetenceopbygning men også mere patientrettede mål som at bekæmpe overdødeligheden især hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Dansk Psykolog Forening mener dog ikke, at en ændret organisering er vejen frem.

Dansk Psykolog Forening opfatter det som positivt at styrke samarbejde mellem psykiatri og somatikken om forskning, idet vi dog minder om, at der i dag bliver forsket langt mindre i psykiske lidelser end i somatiske sygdomme. Fx uddelte det Frie Forskningsfond samlet mere en 1,7 mia. kr. til sundhedsfaglig forskning i perioden 2011-2016, og kun 60,8 mio. kr. (ca. 3,5 %) var målrettet psykiatrisk forskning. Disse midler bør desuden i langt højere grad afspejle de ambitioner der ligger i de politiske aftaler om 10-årsplanen.

Samlet set mener Dansk Psykolog Forening ikke, at en organisatorisk integration af psykiatrien i det samlede sygehusvæsen er svaret på psykiatriens aktuelle udfordringer, og vi mener ikke, at de faglige argumenter i tilstrækkelig grad begrundes en så stor og omkalfatrende ændring, ej heller at det faglige oplæg for en 10-årsplan for psykiatri fra jan. 2022 understøtter ønsket om den organisatoriske ændring. Vi er desuden i særdeleshed bekymret for timingen af en evt. organisatorisk ændring. Det uddybes i det følgende:

d.14. juli 2024

- Timing er afgørende – kan være barriere for 10-årsplan:
Dansk Psykolog Forening er bekymret for 10-årsplanen for psykiatri og den fortsatte udvikling og implementering heraf, hvis psykiatrien integreres organisatorisk i det samlede sundhedsvæsen, og vi opfordrer til, at psykiatrien ikke slås sammen med somatikken. Psykiatrien er aktuelt i en betydelig udviklingsproces, idet den har været underprioriteret i årevis, og først inden for de senere år har fået den opmærksomhed, som er nødvendig for at have en psykiatri på et tilfredsstillende niveau. Grundlæggende mener Dansk Psykolog Forening, at 10-årsplanen for psykiatrien bør have psykiatriens fulde opmærksomhed, og at de (positive) forandringer, som det indebærer, bør have alles fokus i de kommende år. I enhver organisation er der en grænse for, hvor meget forandring en organisation kan absorbere og håndtere inden for en kortere årrække.
Læg hertil at aktivitetspresset i psykiatrien er meget stort og stigende i disse år, og det taler ikke for at igangsætte meget store organisationsændringer, som uundgåeligt vil kræve personalets opmærksomhed og handling og dermed også belaste de sparsomme ressourcer i psykiatrien.
- Inddrag personale og patienter:
Det er Dansk Psykolog Forenings opfattelse, at man bør være meget opmærksom på omstillings- og implementeringsomkostninger ved en evt. ændring af organisationen – både på kort og mellemlang sigt. En organisatorisk forandring af den kaliber skal forberedes godt, og det er i den sammenhæng vigtigt, at der lyttes til personalet, medarbejdere og ledere - og ikke mindst patienter, i psykiatrien, idet personale og patienter i psykiatrien besidder betydelige og værdifulde erfaringer, som man gør klogt i at lytte til. En grundig inddragelse og implementering vil samtidig forbedre mulighederne for at mindske implementeringsomkostningerne og få succes med forandringerne.
- Behandling i en moderne psykiatri er og skal fortsat være tværfaglig:
Dansk Psykolog Forening er meget bekymret for, om en evt. integration af psykiatrien i det samlede sygehusvæsen vil gøre det muligt at bevare og udbygge den tværfaglige tilgang i psykiatrien. Det er nemlig meget vigtigt at holde fast i, at en moderne psykiatri har fokus på tværfaglig og helhedsorienteret behandling, der sikrer, at børn, unge og voksne med psykisk lidelse får de bedste muligheder for et bedre liv med uddannelse, arbejdsliv og familie - et liv med muligheder og et bedre ståsted. Det er helt afgørende, at patienter og pårørende i endnu højere grad imødekommes tværfagligt både i patientkontakten og på ledelsesniveau. Der er brug for mange faggrupper rundt om patienten – for at sikre den rette helhedsorienterede behandling. Psykologernes kernefaglighed er netop at se patientens behandling i en helhed og skabe sammenhæng.

For Dansk Psykolog Forening er det centralt, at psykiatrien også i fremtiden er et tværfagligt speciale, og at patienter og pårørende fremover i endnu højere grad imødekommes tværfagligt og med blik for de komplekse udfordringer, der for mange følger med psykiske lidelse.

Grundlæggende sikrer en tværfaglig behandlingstilgang, at patienterne får en omfattende og sammenhængende behandling, der respekterer specialets kompleksitet og styrker

d.14. juli 2024

personalegruppen. Det kan blandt andet opnås ved at integrere forskellige faglige kompetencer fuldt ud i både ledelsesfunktioner og i klinisk praksis og sikre at forskellige faglige kompetencer spiller en større rolle i behandlingsforløbene.

- Opmærksomhedspunkter ved en evt. organisationsændring:
Hvis en ændring af organisationen gennemføres, er det vigtigt at være opmærksom på, at:
 - psykiatri har en (tværfaglig) ledelse, som forstår og understøtter, at psykiatri handler om noget mere og andet end medicinsk behandling. Det kræver en tværfaglig tilgang at komme hele vejen rundt om patienten, og det er også vigtigt, at der er et selvstændigt fagligt ejerskab til psykiatrien på højt ledelsesmæssigt niveau og evt. politisk i form af politiske udvalg med fokus på blandt andet psykiatri,
 - der fortsat er mulighed for, at psykiatrien kan udvikle egne faglige miljøer samt fastholde og udbygge den nødvendige specialisering på psykiatriområdet i forhold til målgruppens behov og forudsætninger,
 - psykiatrien kan fastholde og tiltrække ressourcer. Risikoen er, at en psykiatri, som ikke er selvstændig, får sværere ved at fastholde og tiltrække ressourcer og i højere grad skal konkurrere herom med andre sygehusområder,
 - der er tydelige karriereveje for psykologer og andre faggrupper samt at ”glaslofter” ift. fx ledelse undgås/bekæmpes.

Forslag 2: Det tværsektorielle samarbejde om borgere med psykisk lidelse skal styrkes

Dansk Psykolog Forening finder, at det er vigtigt at styrke det tværsektorielle samarbejde vedr. borgere med psykiske lidelser og ingen tvivl om, at det skal være bedre end i dag.

Sammenhængen og kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats til mennesker med psykiske lidelser, som også modtager indsatser på socialområdet (socialpsykiatrien), skal styrkes generelt, da det i dag på mange områder ikke fungerer tilfredsstillende. En af vejene frem er gennem udarbejdelse og implementering af nationale kvalitetsstandarder for opgavevaretagelse. Dansk Psykolog Forening mener, at kvalitetsstandarder kan understøtte den ønskede udvikling af sundhedsvæsenet, hvor langt flere forløb varetages i det primære sundhedsvæsen. I den forbindelse finder vi, at det er vigtigt, at den offentlige psykologordning fortsat spiller en afgørende rolle i det primære sundhedsvæsen, og at den bliver moderniseret i retning af at få ventetiderne ned og tilpasset ordningen til det ændrede sygdomsbillede i Danmark, hvor flere og flere, herunder unge, har brug for psykologbehandling.

Dansk Psykolog Forening er åben over for at drøfte tværsektorielle samarbejdsfora i psykiatrien mhp. at bidrage til bedre sammenhæng for borgeren.

Forslag 3: Digital behandling har potentiale – men er ikke for alle patienter

Dansk Psykolog Forening er enig i, at digitale løsninger har et potentiale inden for psykiatrien, hvor de kan være en vigtig og relevant del af behandlingen og i det hele taget og generelt give mennesker med psykiske lidelser lettere adgang til forebyggelse, støtte og behandling.

Dansk Psykolog Forening mener dog, at det er vigtigt at holde sig for øje, at digital behandling ikke er for alle målgrupper/patienter i psykiatrien, og det er afgørende vigtigt, at der hele tiden er fokus på

d.14. juli 2024

kvaliteten i behandlingen. En nærmere begrebsafklaring af ”digital behandling” er en forudsætning for at kunne drøfte anvendelse af digital behandling i psykiatrien i fremtiden.

Dansk Psykolog Forening ønsker også at gøre opmærksom på, at øget digital behandling kan risikere skabe ulighed i behandlingsmuligheder, da alle patienter ikke har kompetencer indenfor eller mulighed for at opøve kompetencer til teknologi.

Men Dansk Psykolog Forenings tilgang til digital behandling i psykiatrien er positiv, og potentialet i rette form er stort, fx som et understøttende og/eller supplerende værktøj i behandlingsforløbet eller i opstarten af et forløb. Dansk Psykolog Forening lægger i den sammenhæng vægt på, at digitalisering bør integreres i en helhedsorienteret behandlingsstrategi, der tager højde for både psykosociale og medicinske faktorer.

Der er desuden et generelt behov for overvejelser vedr. systematisk implementering og bred ibrugtagen af de rette nye digitale løsninger – herunder ledelsesopgaven, der følger med.

Dansk Psykolog Forening mener, at der i dag ikke skabes nok sammenhæng for patienter med psykisk lidelse og deres pårørende på tværs af sektorer, og at der i et moderne sundhedsvæsen i væsentlig højere grad bør være en bedre datainfrastruktur mellem aktørerne i de psykiatriske behandlingsforløb. Bedre deling af relevante data mellem behandlingspsykiatri, primærsektor – herunder psykologer og psykiatere med ydernummer - og socialpsykiatri kan understøtte tilrettelæggelsen af og indsatsen i behandlingsforløb og bidrage til, at mennesker med psykisk lidelse får bedre, mere koordinerede og sammenhængende forløb. Deling af data skal dog altid bygge på patientens behov og ses gavnligt ift. behandling og sammenhæng i indsatser.

Dansk Psykolog Forening er åben over for at deltage i et arbejde med at drøfte, hvordan det uudnyttede potentiale kan føres ud i livet.

Det er generelt Dansk Psykolog Forenings holdning, at data i højere grad kan benyttes til at skabe og udvikle gode patientforløb, herunder også i forhold til at samle op på gavn og effekt.

[Rekruttering og fastholdelse af psykologer i psykiatrien](#)

Dansk Psykolog Forening mener, at rekruttering og fastholdelse af kompetent personale i psykiatrien er et alvorligt problem, fordi det er en grundlæggende forudsætning for at levere god behandling, at der er tid til behandling med et tilstrækkeligt antal medarbejdere og ledere med de rette, tværfaglige og specialiserede kompetencer.

Dansk Psykolog Forening mener, at der skal sættes mere fokus på fx efteruddannelse af psykologer og andre faggrupper, at der gøres en særlig indsats for at forbedre arbejdsmiljøet, så det bliver mere attraktivt at arbejde i psykiatrien, og at man i højere grad har øje for at sikre karriereveje og ledelsesmuligheder for psykologer og andre faggrupper m.m.

Der bliver flere og flere psykologer i Danmark. En fremskrivning af psykologstanden med afsæt i antal psykologer i 2021 viser, at der i 2031 kan være mellem 39 % og 71 % flere psykologer i arbejdsstyrken end niveauet i 2021. Dette understøttes af en aktuel analyse af Finansministeriet, som skønner, at

d.14. juli 2024

udviklingen i udbuddet af psykologer overstiger udviklingen i efterspørgslen af psykologer med ca. 4.600 frem mod 2035.

[Anbefaling 5 Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger \(kap. 13\)](#)

Dansk Psykolog Forening er enig i, at aftalesystemet for praksissektoren i dag indeholder en effektiv tilgang til at tilpasse ændringer i efterspørgslen på sundhedsydelser med mulighed for fx at skabe løsninger på kort og lang sigt i forhold til geografisk tilgængelighed og behandlingsbehov.

Forslag 2: Ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling

Praksissektoren har i de respektive overenskomster med Regionernes Løn- og Takstnævn (RLTN) aftalt forskellige kvalitetsmodeller, og dette vigtige arbejde må ikke blive bremset af en eventuel ændret struktur.

Forslag 3: Fælles indgang, forbedret kapacitetsudnyttelse og prioritering på hovedfunktionsniveau

Dansk Psykolog Forening vurderer, at der er et stort potentiale i at styrke muligheden for samarbejdet og dialogen om patientbehandling og forløb mellem de relevante aktører, så praksissektoren i højere grad bliver en aktiv del af det sammenhængende sundhedsvæsen.

Dansk Psykolog Forening vurderer, at der generelt bør sikres tiltag, som også aflaster almen praksis og praktiserende speciallæger i psykiatri, særligt i samarbejde med de praktiserende psykologer med ydernummer, hvor der er stort målgruppe- og behandlingsoverlap. I det fremadrettede arbejde med at forbedre ressource- og kapacitetsstyring hos de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger bør såvel kapacitet som kompetencer hos de privatpraktiserende psykologer med ydernummer tænkes med.

[Anbefaling 6 om økonomi og finansiering](#)

Dansk Psykolog Forening noterer sig, at kommissionen har arbejdet under en forudsætning om en samlet udgiftsneutralitet og dermed lagt vægt på, at den ønskede udbygning af primære sundhedsvæsen skal ske gennem en modsvarende mindre vækst på sygehusområdet. Dansk Psykolog Forening bemærker, at det er en forudsætning at investere i det primære sundhedsvæsen forud for, og som minimum parallelt med, at man iværksætter en omstilling af opgaveløsning fra det specialiserede sundhedsvæsen og ud i primærsektor. Dansk Psykolog Forening anbefaler, at den forudsatte omprioritering fra det sekundære sundhedsvæsen til det primære sundhedsvæsen sker uafhængigt af arbejdet med etablering af økonomiske incitamentsmodeller og finansielle strukturer på tværs af sektorer for at modvirke økonomisk kassetænkning mellem sektorer.

Dansk Psykolog Forenings øvrige bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

[Overvejelser om private sundhedsforsikringer](#)

Dansk Psykolog Forening noterer, at Sundhedsstrukturkommissionen har drøftet, om den stigende udbredelse af sundhedsforsikringer bidrager til en øget social og geografisk ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Dansk Psykolog Forening mener helt generelt at den massive brug af sundhedsforsikringer bidrager til ulighed i adgangen til behandling, som står i kontrast til det velfærdssamfund vi ellers oplever på sundhedsområdet. Dansk Psykolog Forening gør opmærksom på, at brugen af sundhedsforsikringer til psykologbehandling og psykiater er steget fra 2,06 mio.kr i 2003

d.14. juli 2024

til at udgøre 464,27 mio.kr i 2022². Den udvikling er primært drevet af *erstatningsudgifter* til psykologbehandling.

Udviklingen er positiv i den forstand, at flere danskere har fået adgang til psykologhjælp i en tid, hvor kapaciteten i den offentlige psykologordning ikke har været tilstrækkelig ift. behovet. Men udviklingen medfører også en risiko for ulighed i adgangen til offentlig psykologbehandling i praksissektoren samt påvirkning af tilbuddets faglige rammer negativt:

Ulighed: Der er en underbelyst risiko for, at borgeren med sundhedsforsikring, der bruger sin lægehenvielse til at få offentligt tilskud og sit forsikringselskab til at dække brugerbetalingsandelen, har kortere ventetid til offentlig behandling end borgeren uden sundhedsforsikring. Særligt fordi forsikringselskaber understøtter kunder i at navigere i sundhedsvæsenet og hjælper dem effektivt hen til ledig kapacitet på den offentlige psykologordning.

Faglige rammer: Kommissionen bemærker, at det alene er praksisoverenskomstens regler og vilkår, der gælder ved sundhedsydelser med brugerbetaling i psykologordningen, hvor forsikringen kan gå ind og dække patientandelen. Erfaringer fra psykologområdet viser, at det ikke altid er tilfældet. Forsikringselskaber anvender typisk underleverandører/netværksfirmaer, der har økonomiske incitamenter til at styre ydelsen (fx omfanget af et behandlingsforløb), hvornår et behandlingsforløb skal være afsluttet, valg af behandler samt problemstillingen, der behandles for.

[Ledelse og implementering af omstillingen af sundhedsvæsenet \(kap. 16\)](#)

Dansk Psykolog Forening finder, at det er positivt med opmærksomhed på, at der er en stor ledelsesopgave forbundet med at omstille og fremtidssikre sundhedsvæsenet, ikke mindst for at sikre prioritering af det primære sundhedsvæsen, og det vil kræve en betydelig ledelseskraft. Dansk Psykolog Forening er enig i, at der er flere tværgående ledelsesopgaver i spil – fra det politiske lederskab til strategisk og konkret ledelse i forandringsperioderne, herunder ift. at sikre balance og prioritering mellem udfordringerne på kort og lang sigt. Psykologer er (fortsat) klar til at bidrage på alle ledelsesniveauer, og i den forbindelse er der et uudnyttet potentiale ikke mindst i psykiatrien.

Dansk Psykolog Forening er enig med kommissionen i, at hvis psykiatrien skal integreres organisatorisk med det samlede sundhedsvæsen, vil det kræve en ekstraordinær ledelsesindsats at tage højde for de særlige forhold og behov, der gør sig gældende i psykiatrien, fx i forhold til den gradvise kapacitetsopbygning og den nødvendige styrkelse af de faglige miljøer. Det er afgørende og en meget stor ledelsesopgave at sikre, at psykiatrien i et integreret sygehusvæsen prioriteres og styrkes og ikke fortrænges af de somatiske sygehusspecialer. Samtidig er det meget vigtigt med et stærkt ledelsesmæssigt fokus på at skabe trykthed for patienter og medarbejdere i psykiatrien i en overgangsperiode, samt at holde fast i at god ledelse bygger på tillid til de mange kompetente og dedikerende medarbejdere i psykiatrien.

²Kilde: Forsikring og Pension

d.14. juli 2024

10-årsplanen kræver i forvejen et stort ledelsesmæssigt fokus i psykiatrien, og Dansk Psykolog Forening, mener at de ledelsesmæssige kræfter i de kommende år skal lægges i udvikling og implementering af 10-årsplanen.

Psykologernes rolle i det nære mentale sundhedsvæsen

Dansk Psykolog Forening understøtter, at privatpraktiserende psykologer bidrager til det offentlige sundhedsvæsen og til at løse de samfundsopgaver der er, når det handler om borgernes mentale sundhed.

De ca. 900 psykologer med ydernummer er en væsentlig del af det nære sundhedsvæsen og sikrer, at der er nær og tilgængelig behandling til borgere der henvises til psykologbehandling via egen praktiserede læge på grund af depression, angst og opståede traumer.

Men Dansk Psykolog Forening har længe gjort opmærksom på, at den stigende efterspørgsel, og dermed væksten i antallet af henviste patienter til psykologbehandling, har skabt et behov i befolkningen for flere psykologer med ydernummer, så flere patienter kan behandles. Behandlingskapaciteten er ikke fulgt med den stigende efterspørgsel – og dette skaber ventelister. Har man som borger behov for psykologbehandling, skal det være faktisk muligt at få behandling i rette tid.

Dansk Psykolog Forening vurderer, at målgruppen, som modtager behandling i psykologordningen i dag, i overvejende grad, er mere moderat end let belastet af deres psykiske udfordringer eller lidelser, og at ordningen er vigtig for forebyggelsen af indlæggelser i psykiatrien og nær og tilgængelig behandling. Derfor er det nødvendigt at se på hvilke muligheder og fremtidige opgaver, som psykologordningen kan bidrage til at løse i fremtiden, herunder henvisningsmuligheder og samspil med almen praksis, og bedre anvendelse af ressourcer og kompetencer i såvel almen praksis som i psykologordningen.

For at sikre en omstilling af sundhedsvæsenet, herunder matche det ændrede sygdomsbillede og bekæmpe ulighed i tilgangen til sundhed, bør der investeres i den offentlige psykologordning, så flere psykologer kan få ydernummer og tilbuddet fortsat udvikles til at matche det behov der er i befolkningen til forebyggelse og behandling af psykisk lidelse.

Vedlagt er Dansk Psykolog Forenings udspil om et styrket og nært mentalt sundhedsvæsen for fremtiden og for patienterne.

Med venlig hilsen

Dea Seidenfaden
Forperson
Dansk Psykolog Forening

d.14. juli 2024

Et styrket og nært mentalt sundhedsvæsen for fremtiden og for patienterne

Hver tredje borger rammes på et tidspunkt i livet af psykisk lidelse – og mange lever med psykisk lidelse, hvor de igennem eller i en periode af deres liv har brug for behandling. Borgere, som lever med eller rammes af psykisk lidelse, skal kunne tilgå et mentalt sundhedsvæsen, som kan hjælpe og behandle på samme måde som sundhedsvæsenet i dag behandler somatisk sygdom. I fremtiden skal borgerne derfor kunne møde et styrket, sammenhængende og nært mentalt sundhedsvæsen.

Vi har i mange år bygget - og bygger stadig - broer mellem sektorer og sikrer sømløse forløb, hvor patienterne ikke falder mellem stolene. Med få greb kan vi fremtidssikre det nære mentale sundhedsvæsen. Vi har nemlig allerede en stærk praksissektor. Men vi bør styrke indsatsen og samarbejdet i det nære yderligere, så patienterne mødes og behandles, inden deres psykisk tilstand forværres, og behovet for specialiseret behandling i psykiatrien forebygges bedst muligt.

De ca. 900 psykologer med ydernummer er en væsentlig del af sundhedsvæsenet, og de spiller en helt afgørende rolle, når vi skal udvikle det nære mentale sundhedsvæsen. Psykologerne med ydernummer sikrer, at behandling findes geografisk tæt på - og er tilgængelig og fleksibel for patienterne. De tilrettelægger og tilretter behandlingen efter patienternes behov, omgivelser og hverdag.

Psykologer med ydernummer har mange års erfaring og høj faglig kvalitet. De leverer individuel og effektiv behandling og er langt billigere end andre ydelser i det specialiserede sundhedsvæsenet. De modvirker ulighed i sundhed og kan aflaste både de praktiserende læger og psykiatrien på landets sygehuse.

Et fremtidssikret og nært sundhedsvæsen for patienterne med psykisk lidelse forudsætter, at vi investerer i samarbejde og koordinering på tværs af de sundhedspersoner, patienten møder i sit forløb (fx praktiserende læge, psykiater og psykolog). Derfor er det afgørende at se på nye strukturelle muligheder for at bruge psykologerne som en kerneaktør i det nære, mentale sundhedsvæsen.

Dette kræver en større behandlingskapacitet. På grund af de stigende behov i befolkningen og den ændrede sygdomsbyrde, er ventetiderne hos de godt 900 psykologer med ydernummer blot steget og steget i de senere år, og antallet af psykologer med ydernummer er på ingen måde fulgt med patienternes stigende behov for hjælp og behandling. Derfor skal det sikres, at flere psykologer kan få ydernummer, så flere patienter kan komme i behandling rettidigt, og det skal sikres, at psykologer med ydernummer har et sundt og solidt fundament at drive psykologklinik på.

Dansk Psykolog Forening har otte anbefalinger til, hvordan psykologerne kan bidrage til at fremtidssikre et nært, stærkt og sammenhængende mentalt sundhedsvæsen.



Dansk Psykolog Forening foreslår:

- *Patienter skal sikres reel adgang til psykologbehandling - flere psykologer skal have ydernummer*
- Patienter skal henvises på baggrund af funktionsniveau og ikke på diagnoser (angst og depression)
- Direkte adgang uden lægehenvielse for mennesker, der oplever livskriser (traumekategorierne)
- Stærkt og formaliseret samarbejde mellem psykologer og praktiserende læger og praktiserende speciallæger skal skabe sammenhæng til gavn for patienterne
- Bedre mulighed for psykologiske klinikfællesskaber og samarbejdsmuligheder for psykologerne, der kan sikre mere tilgængelige tilbud for patienterne, herunder facilitering af gruppebehandling.
- Opsamle data og drive viden om kvalitet og effekt af den offentlige psykologbehandling
- Digital psykologbehandling kan hjælpe med at igangsætte behandlingsindsatsen tidligere, men skal bruges klogt
- En her-og nu finansiering til den vederlagsfri ordning skal sikre at de unge kan komme til, uden lange ventelister

Patienter skal sikres reel adgang til psykologbehandling - flere psykologer skal have ydernummer

En udvidelse af den offentlige psykologordning med nye ydernumre skal bidrage til en større kapacitet og bedre geografisk psykologdækning og bredere sammensætning af ydernummerpsykologer. Der er behov for, at psykologordningen i højere grad afspejler sygdomsbilledet i befolkningen, hvor flere har behov for behandling samt sikre, at der ikke opstår regionale forskelle i adgangen til psykologbehandling. Det er vigtigt, at planlægning af ydernummerpsykologers geografiske placering sker ud fra et hensyn til, hvordan efterspørgslen fordeler sig i by og land.

Patienter skal henvises på baggrund af deres funktionsniveau

I dag kan patienterne henvises på baggrund af to diagnoser; angst og depression. Dansk Psykolog Forening vurderer, at det "stramme" fokus på de to diagnoser begrænser både praktiserende læger og psykologer ift. at henvise og behandle patienterne med behov for behandling rettidigt. Derfor bør henvisningskriterierne til psykologordningen ændres. Dansk Psykolog Forening anbefaler, at diagnosehenvielse på baggrund af angst og depression erstattes med en henvisning baseret på patientens behov, dvs. en vurdering af moderat påvirket funktionsniveau. Dette vil betyde, at patienter, der er ramt af fx alvorlig psykiske udfordringer, også vil kunne blive henvist til psykologbehandling, hvis det vurderes, at der er behov, og at psykologbehandling kan bedre deres tilstand.

Direkte adgang uden lægehenvielse for mennesker der oplever livskriser

Vi skal bruge vores ressourcer klogt og bedst muligt. Det gælder både sundhedsvæsenets og patienternes ressourcer. I dag kræver det et besøg hos og en henvisning fra den praktiserende læge at komme til en psykolog med ydernummer. Dansk Psykolog Forening anbefaler, at i fremtiden bør psykologbehandling for de hændelsesudløste kategorier³ – de såkaldte "traumer" - kunne tilgås direkte hos psykologen uden henvisning fra lægen. Direkte adgang til psykologbehandling letter vejen til behandling for patienter og aflaster samtidig de praktiserende læger.

Stærkt og formaliseret samarbejde med praktiserende læger og praktiserende speciallæger

Et velfungerende samarbejde i sundhedsvæsenet er afgørende for patienterne, og dette uanset hvilken dør de går ind ad først. Samarbejde og sammenhæng mellem aktører i sundhedsvæsenet skaber smidigere og mere effektive behandlingsforløb samt hurtigere bedring af patienten til gavn for både patient og pårørende samt sundhedsvæsenets ressourcer. Også psykologerne er behandlingsansvarlige og forpligtede til at kunne varetage patientens

³ 1) har været ofre for røveri, vold eller voldtægt, 2) har været ofre for trafikulykker eller andre ulykker, 3) er pårørende til alvorligt psykisk syge personer, 4) er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom, 5) er pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom, 6) er pårørende ved dødsfald, 7) har forsøgt selvmord, 8) har fået foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge, 9) inden de er fyldt 18 år, har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb

d.14. juli 2024

behandlingsforløb bedst muligt. Dansk Psykolog Forening mener derfor, at det skal være muligt for de privatpraktiserende psykologer med ydernummer at henvise direkte til privatpraktiserende psykiatere og omvendt. Ligeledes bør dialog mellem de praktiserende læger og psykologer med ydernummer kunne initieres af begge parter.

Øget facilitering af klinikfællesskaber

Efterspørgslen og behandlingsopgaverne varierer på tværs af land og by. Indtægtsgrundlaget for at drive en privat psykologpraksis, også i geografiske yderområder, skal være til stede. For at sikre en bred faglig opgaveportefølje samt faglig udvikling er det derfor nødvendigt, at psykologer med ydernummer har mulighed for at løse øvrige arbejdsopgaver udover den offentlige psykologordning. Dansk Psykolog Forening anbefaler, at psykologer med ydernummer får bedre muligheder for at drive klinikfællesskaber. Det vil betyde at tilgængeligheden til behandling styrkes, kapaciteten udnyttes bedre og flere kan facilitere gruppebehandling.

Opsamle data og drive viden om kvalitet og effekt af psykologbehandling

Dansk Psykolog Forening anbefaler, at flere og bedre data skal belyse effekten af psykologordningen. Data skal understøtte og udvikle - blandt andet for at fremme både forskning og kvalitetsudvikling på området. I dag er der hverken adgang til data om antallet af patienter, der henvises fra almen praksis til psykologbehandling, eller en opsamling af data om patienternes gavn og effekt. Dette har Dansk Psykolog Forening efterlyst i mange år.

Digital psykologbehandling skal bruges klogt

Digital psykologbehandling har et stort potentiale, herunder også digital behandling af patienter som behandles i den offentlige psykologordning. Allerede i dag arbejder psykologerne i ydernummerordningen med digital behandling, og gør det gerne endnu mere for at sikre en langt bredere dækning af patienternes behandlingsbehov. Men begrebet digital behandling dækker over en række forskellige værktøjer, og er ikke for alle. Ved moderat påvirket funktionsniveau kan det ikke stå alene. Det er afgørende, at der hele tiden er fokus på kvaliteten i behandlingen, og at det er psykologen, som har behandlingsansvaret. Dansk Psykolog Forening anbefaler, at yderligere digital psykologbehandling anvendes, og at det bruges fagligt forsvarligt. Derfor skal det afdækkes, hvordan digitale programmer kan anvendes som en understøttende indsats i psykologordningen i behandlingsforløbet eller i opstarten af et forløb, når det vurderes til gavn for patienterne.

En her-og nu finansiering til den vederlagsfri ordning for de unge

Det er et mål, at alle patienter - som er indenfor målgruppen for psykologordningen - skal have adgang til behandling indenfor en rimelig ventetid i alle dele af landet. Med etableringen af den vederlagsfri ordning for unge med angst og depression mellem 18-24 år, var det politiske ønske, at man netop kunne hjælpe de unge tidligere og med mere målrettet behandling. Der er rigtig mange unge, som får behandling, men det har desværre vist sig, at de unges behandlingsbehov både er langt mere komplekst end forventet og langt overstiger den økonomi, man har afsat til tilbuddet. Dansk Psykolog Forening foreslår, at den vederlagsfrie ordning for de unge løftes yderligere 50 mio. kr. fra 2024 og frem for at sikre en pukkelfravikling af ventetiden til gratis psykologbehandling for unge.



26. juni 2024

Høring vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dansk Psykoterapeutforening takker for muligheden for at afgive høringsvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Psykoterapeuter kan være limen i de uundgåelige overgange

Overgange mellem forskellige lovgivninger, administrative enheder og organisationer i et komplekst social- og sundhedssystem er uundgåelige, uanset hvilken model for sundhedsvæsenet, som en regering måtte vælge.

Dansk Psykoterapeutforening vil derfor særligt pege på de elementer i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, der handler om at få overgange til at fungere bedre, så information ikke går tabt, og så borgere og medarbejdere kan danne sig et så fuldt et billede som muligt, uanset hvor i processen de er.

En veludviklet tværfaglig forståelse hos medarbejderne er vigtige elementer i at få overgange til at fungere og dermed i sidste ende vigtig for at kunne nå i mål med den opgave, som Sundhedsstrukturkommissionen blev stillet.

Medlemmerne af Dansk Psykoterapeutforening – psykoterapeuter MPF - er alle to-faglige. De er typisk sygeplejersker, pædagoger, socialrådgivere, fysioterapeuter og lærere med en efterfølgende psykoterapeutisk uddannelse.

De er vant til at bevæge sig mellem faglige miljøer, hvor koordination og samarbejde er en forudsætning for at få arbejdet til at fungere. Her er en faggruppe, der er velegnet som brobyggere, og derfor kan være limen i de uundgåelige overgange i et komplekst sundhedsvæsen.

Som en konsekvens af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger bør psykoterapeuter autoriseres som sundhedspersonale, så faggruppen også formelt kan indgå i den fremtidige udbygning af det nære sundhedsvæsen.

Integration af psykoterapeuter i det nære sundhedsvæsen

Medlemmerne af Dansk Psykoterapeutforening - psykoterapeuter MPF – spiller allerede en rolle i forhold til velfærdsområderne ved at varetage opgaver relateret til samtaleterapi, psykoedukation og støttende samtaler i primærsektoren, eksempelvis som klinikpersonale hos de praktiserende speciallæger, supervisorer i ældreplejen, trivselsmedarbejdere i folkeskoler og daginstitutioner, behandlere i kommunale familiecentre, ansatte i socialpsykiatrien og psykiatrien m.v. Ved at anerkende psykoterapeuter MPF som en selvstændig faggruppe, kan man øge anvendelsen af denne faggruppe og dermed bidrage med en vigtig faglighed i udbygningen af det nære sundhedsvæsen

Integrationen af psykoterapeuter i det nære sundhedsvæsen vil være vigtig for at undgå at dræne sygehusene for eksempelvis specialuddannede psykiatriske sygeplejersker, hvilket er afgørende for at opretholde en robust psykiatrisk behandlingskapacitet på sygehusene.

Hvis det nære og det specialiserede sundhedsvæsen skal undgå lange ventelister er det nødvendigt at have mere fokus på tidlig forebyggelse og tidlig behandling. Psykoterapeuter MPF, med deres grunduddannelse og erhverserfaring som pædagoger, socialrådgivere, lærere, fusioterapeuter, sygeplejersker, og 4-årige videreuddannelse som psykoterapeut, er relationseksperter og velegnet til at løse problemer med mental sundhed ved problemets rod ude i borgerens hverdag - uden diagnoser.

Bekymring for sygeliggørelse

Dansk Psykoterapeutforening gør opmærksom på risikoen for, at borgerne bliver sygeliggjort i unødigt grad, hvis metoderne fra psykiatriske sygehuse i for høj grad bliver rullet ud i det nære sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet styres i dag af en biomedicinsk tænkning, hvor diagnoser og medicinsk behandling er kerneprodukterne. Det er et problem, fordi hverken mobning, traumer, sorg eller selvskaade nødvendigvis bedst løses i psykiatrien.

Psykiske sygdomme og mistrivsel er ofte relationelle sygdomme, hvor helbredelse kræver en relationel indsats tæt på hverdagen.

Det er veldokumenteret, at psykiatriske diagnoser til især børn og unge medfører en negativ selvstigmatisering, der bør undgås. Derfor bør en tidlig, før-diagnostisk relations-baseret indsats prioriteres. Regeringen bør se fremtidige ændringer som følge af Sundhedsstrukturkommissionens arbejde gennem en relationel prisme, for så vidt angår indsatser, hvor mental sundhed er en del af problemstillingen. Når regeringen vil nå et mål om, at borgerne er i god trivsel og at sundhedsvæsenet er effektivt, er det efter vores opfattelse afgørende med mere tidlig forebyggelse og behandling, hvor indsatser fra starten har et relationelt element af høj kvalitet.

Konkrete områder, hvor psykoterapeuter MPF kan bidrage

Her er en liste over områder fra boksene i kapitel 14 i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, hvor psykoterapeuter, blandt andet på baggrund af deres tværfaglighed, kan bidrage til opgaveløsningen:

1. **Boks 14.3: Forebyggende hjemmebesøg**

- Psykoterapeuter kan bidrage til disse besøg ved at tilbyde mental sundhedsstøtte og strategier til at håndtere stress, ensomhed eller depression, især blandt ældre. Og ikke mindst relationen til familier og pårørende, der er vigtige elementer i forebyggelse.
- 2. **Boks 14.8: Patientrettet forebyggelse**
 - Psykoterapeuter kan spille en vigtig rolle i at udvikle aktiviteter og strategier, der fremmer mental sundhed og forebygger psykiske lidelser.
- 3. **Boks 14.9: Borgerrettet forebyggelse**
 - Ved at implementere programmer, der fokuserer på både somatisk og mental sundhedsoplysning og støtte, kan psykoterapeuter hjælpe med at opbygge resiliens i befolkningen.
- 4. **Boks 14.10: Sundhedsplejen og forebyggende ydelser til børn og unge**
 - Psykoterapeuter kan tilbyde terapeutiske sessioner og værksteder for at styrke børn, unge og forældres psykiske velvære og lære dem at håndtere følelsesmæssige udfordringer. At knytte en psykoterapeut med f.eks. lærer, socialrådgiver, sundhedplejerske som sin anden faglighed til skoler og institutioner, vil kunne udvide rammen for dette tilbud.
- 5. **Boks 14.12: Socialpædagogisk støtte og borgerstyret personlig assistance**
 - Psykoterapeuter kan i samarbejde med fx socialpædagoger og lærere give psykologisk støtte og terapi til personer med særlige behov og bidrage til at øge kvaliteten i denne indsats.
- 6. **Boks 14.14: Længerevarende botilbud**
 - Psykoterapeuter kan tilbyde kontinuerlig psykoterapeutisk kompetence til beboerne i længerevarende tilbud, herunder fremme en følelse af fællesskab og stabilitet hos beboerne.
- 7. **Boks 14.15: Misbrugsområdet**
 - Psykoterapeuter kan lede terapigrupper, tilbyde individuel støtte ud af afhængighed og bistå med at drive recovery-programmer, der understøtter rehabilitering og langvarig frihed fra misbrug.

Disse eksempler viser forskellige måder, hvorpå psykoterapeuter kan bidrage til mental sundhed ved at adressere psykiske og følelsesmæssige aspekter af sundhedspleje, socialvæsen og forebyggelse.

Sammenfatning

Sammenfattende er Dansk Psykoterapeutforening fokuspunkter følgende:

Det nære sundhedsvæsen er decentralt af natur. Derfor skal der fokus på, hvordan man sikrer borgerne bedre overgange mellem sektorer og administrative enheder. Øget tværfaglig forståelse og ansvarlighed hos medarbejderne er vigtige elementer i den forbindelse.

I forhold til mental sundhed er tidlig indsats og tidlig behandling afgørende. Det er vigtigt, at en styrkelse af det nære sundhedsvæsen også indebærer en tydelig styrkelse af tidlig indsats og behandling. Øget brug af eksempelvis psykoterapeuter MPF hos praktiserende læger, i PPR og andre steder vil kunne styrke tidlig indsats og behandling.

Det er vigtigt, at en biomedicinsk og diagnoseorienteret forståelsesramme i forhold til mental sundhed ikke styrkes ved en strukturreform, da mistrivsel og psykisk sygdom som følge af fx mobning, traumer, ensomhed eller sorg bedst helbredes ved en relationel indsats, lige som en tidlig før-diagnostisk indsats er afgørende for især børn og unges mentale sundhed.

De somatiske årsager til, at psykiatriske patienter lever kortere end andre er konkrete - rygning, misbrug (selvmedicinering) eller selvmord. Der skal laves indsatser på disse områder for at forlænge psykiatriske patienters liv, eksempelvis rygestopkurser og psykoterapi. En administrativ sammenlægning af somatik og psykiatri vil ikke få psykiatriske patienter til at holde om med at ryge eller finde meningen med livet - og dermed leve længere. Det vil i høj grad være en samfundsmæssig og økonomisk gevinst at styrke forbyggende og lettilgængelige tilbud, der rummer både en social og sundhedsmæssig indsats.

På vegne af Dansk Psykoterapeutforening

Pia Clementsen

Vibeke Lubanski

Formand

Sekretariatschef

København, den 8. juli 2024

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar fra DSAM til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Vi er overordnet meget positivt stemt over for rapporten, der i sin essens er i overensstemmelse med DSAM's pejlemærker¹.

Vi har dog nogle bekymringer angående flere af anbefalingerne set i lyset af den nuværende kapacitet og opgavemængde i almen praksis. Vores høringssvar tager primært udgangspunkt i del 3. Rapporten er trods sit omfang meget lidt konkret. Derfor har vi i vores høringssvar fokuseret på konkrete løsninger på de forestående problemer. Disse er yderligere beskrevet i de to bilag.

Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almen medicinske tilbud

Der lægges op til, at almen praksis skal varetage flere og mere komplekse opgaver, der i dag varetages af sygehusene, samt en ny model for styring og ledelse af almen praksis.

DSAM ser positivt på ambitionen om at styrke almen praksis, men vi er bekymrede over den realistiske mulighed for at implementere dette. Dansk almen praksis har et stærkt, generalist-baseret tilbud, men vi står allerede over for betydelige kapacitetsudfordringer. Organiseringen af almen praksis med mindre, selvejende enheder giver god mulighed for fleksibilitet, men denne struktur er ikke tilstrækkelig til at håndtere en betydelig stigning i opgavemængden uden betydelige ekstra ressourcer.

Det er afgørende, at flere opgaver følges af øgede økonomiske midler og en betydelig tilførsel af flere læger. Den nuværende kapacitet er allerede presset, og yderligere byrder kan føre til udbrændthed blandt praktiserende læger og en forringelse af patientbehandlingen. Det er desuden nødvendigt at overveje arbejdsbyrden for det eksisterende sundhedspersonale og sikre deres arbejdsmiljø.

Forslaget om, at nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber skal fastlægge opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud, er i princippet fornuftigt. DSAM hilser det velkomment, at de faglige selskaber tiltænkes en større rolle i anbefalingerne fra kommissionen. Tilpasning af sygehusopgaver til almen praksis er dog kompleks, da almen praksis har en personcentreret, helhedsorienteret tilgang, der kræver, at opgaver løses fundamentalt anderledes end på sygehusene. Dette kræver stærk repræsentation af faget almen medicin ved beskrivelsen af opgaverne.

¹ Vi henviser til DSAM's pejlemærker, som kan findes på [vores hjemmeside DSAM.dk](https://www.dsam.dk)

DSAM har tidligere vist sig agil og fagligt kompetent til at bidrage politisk (jf. Opgavebeskrivelsen i kommissionens anbefalinger - også kaldet common trunk). Vi er også klar til fremtidige bidrag, men DSAM's sekretariat er beskedent. For at agere rettidigt på politiske ønsker er der behov for ekstra mandskab og midler. DSAM er rent medlemsfinansieret bortset fra en mindre sum OK-midler øremærket kliniske vejledninger. Derfor vil der være behov for, at der tilføres midler til sekretariatet, der modsvarer de politiske ønsker til DSAM's rolle.

Der foreslås også, at opgaveporteføljen i det almen medicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om økonomiske vilkår og ressourcebehov. Dette vil kræve en mere fleksibel økonomiramme end i dag. Hvis der politisk ønskes en fleksibel tilgang til nye opgaver i almen praksis, skal man enten fjerne økonomiløftet, der forhindrer klinikker i at øge aktiviteten med kort varsel, eller nedsætte en instans, der kan vurdere den samlede opgavemængde og sikre, at denne ikke stiger hurtigere end den medfølgende økonomi. Dette er en væsentlig bekymring, da en stigning i opgaver uden tilsvarende ressourcer vil lægge yderligere pres på de allerede overbelastede praksis.

Patienttal og honorarer bør bestemmes af behandlingsbehovet i den enkelte klinik. Dette er sympatisk, og DSAM bakker op om differentieret normtal med bevaret økonomi for at kunne give mest til dem med størst behov. Men det er også potentielt problematisk, hvis konsekvensen bliver, at praksis i mindre belastede områder tvinges til at åbne for flere patienter, end de magter.

For det første er der syge og dårligt stillede mennesker i enhver praksis, og de kan få problemer, hvis de skal konkurrere med et større antal raske om lægens opmærksomhed. Koncentrationen af syge er ganske rigtigt højere i visse særlige områder, som typisk er tyndt befolkede, men nominelt bor der flest syge i byområderne, og de har også brug for en god familielæge.

For det andet er det vanskeligt at definere patienter med størst behov. Øget honorar efter alder straffer klinikker i områder med lav gennemsnitlig levealder på grund af høj sygelighed. Honorering efter diagnoser og medicin straffer klinikker, der udfører godt forebyggende arbejde, eller kan give uheldige incitamenter til overdiagnostik. Psykisk mistrivsel, specielt blandt børn og unge, fylder tiltagende meget i almen praksis, og familielægen har ofte en nøglefunktion, men det er svært at finde tal for.

For det tredje har raske mennesker også brug for et godt almen medicinsk tilbud, når de oplever symptomer, som potentielt kan være alvorlig sygdom. Uden dette vil disse patienter søge mod private aktører med negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og almen praksis' rolle som gatekeeper. Private tilbud aflaster ikke det offentlige, når de ikke er visiterede - tværtimod genererer de en hel del ekstra arbejde. Derfor har praktiserende læger i såkaldt "ressourcestærke områder" en vigtig opgave for samfundet med at levere et fornuftigt tilbud, som er tidskrævende, kræver høj faglighed og gode kommunikative evner. Det kan skabe store problemer for sundhedsvæsenet, hvis man underkender denne opgave og med et snævert biomedicinsk fokus flytter ressourcerne derhen, hvor der er mange kroniske sygdomme.

Vi anbefaler derfor en trinvis indførelse af dette styringsredskab med fokus på uhensigtsmæssige incitament og tæt evaluering af, hvordan nye incitamentsstrukturer påvirker den kliniske adfærd. Modellen bør sigte mod færre patienter per læge i områder med højt behandlingsbehov og samme antal patienter eller lidt færre end nu i områder med lavere behandlingsbehov.

Både i Danmark og i vores nordiske nabolande er man kommet frem til, at det gennemsnitlige normtal per praktiserende læge ikke bør være over 1.200 patienter for at få det mest kosteffektive sundhedsvæsen. Dette kræver flere speciallæger i almen medicin. Hvis det politiske mål om 5.000 praktiserende læger skal nås i 2030, kan man beregne, at det fordrer, at optaget på speciallægeuddannelsen øges til 400 speciallægestillinger om året.

De nuværende 350 hoveduddannelsesstillinger er ikke nok, idet vi ved, at speciallæger i almen medicin også finder ansættelse udenfor almen praksis. En sådan udvidelse bør også følges op med initiativer for at sikre en bredere geografisk fordeling af lægerne, så også yderområder får tilstrækkelig dækning, både af uddannelseslæger og af speciallæger.

DSAM vil gøre opmærksom på, at fokus på tilgængelighed er politiske ønsker om service-niveau, som kan være meget dyre for sundhedsvæsenet. Befolkningen prioriterer faglig dygtighed, kontinuitet og gode kommunikative evner over kort ventetid, uanset om det handler om et længerevarende eller et nyt problem.² Hvis almen praksis skal kunne løfte opgaven om at være gatekeeper for det specialiserede og dyre hospitalsvæsen og klare flere og mere komplicerede, multisyge patienter, må der fra politisk hold være mod og vilje til at se på de tilbud, som politikerne ønsker at tilbyde patienterne. Det er fx ikke realistisk, at almen praksis, selv med 5.000 almene medicinere, kan løfte opgaven med at have høj tilgængelighed for borgere, der ikke kan komme inden for almindelig åbningstid.

Ny organisering af digitalisering og data

Der er opridset et ønske om øget digitalisering af sundhedsvæsenet. DSAM ser positivt på digitalisering, der kan hjælpe både patienter og sundhedsvæsen. Dog ser vi udfordringer; en væsentlig del af befolkningen er ikke "digitale". En ensidig satsning på digitale løsninger kan udelukke nogle af de mest syge fra at navigere i sundhedsvæsenet. Vi har længe haft digitale muligheder i almen praksis, og vi kan se behovet for at beholde "analoge" løsninger og lægge en vis dæmper på de digitale adgange, for at de digitalt mest kompetente ikke optager al vores tid.

Det er derfor vigtigt, at digitaliseringen tilpasses forskellige patientgruppers behov og forudsætninger. Der bør også være fokus på datasikkerhed og patienternes rettigheder i forhold til deres egne sundhedsdata. DSAM anbefaler, at digitalisering ikke alene sigter mod effektivisering, men også mod at styrke patientinvolvering og kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter. Vi foreslår, at der oprettes en central digital platform, der er brugervenlig og tilgængelig for alle patienter, og som understøtter koordinationen mellem primær- og sekundærsektoren. (Se Bilag 1)

² <https://www.ism.dk/Media/638537050233127342/Landsrapport.pdf> (figur 7.1)

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Der foreslås flere ressourcer til primærsektoren frem for sekundærsektoren. DSAM ser positivt på dette, da almen praksis er tættest på patienterne, kender hele patientens historie og er bedst positioneret til at træffe beslutninger i samråd med patienten og pårørende.

Strukturen af sundhedsvæsenet bør primært støtte op om behandlingen i almen praksis. Sygehusenes primære rolle bør være at støtte op om behovene for specialiseret udredning og behandling, hvilket kræver bedre adgang til undersøgelser og færre afviste henvisninger. Dette bør også afspejles i ledelsesstrukturen med stærk repræsentation af klinisk aktive praktiserende læger på alle relevante ledelsesniveauer. Vi har vedlagt et konkret forslag til, hvordan dette kan udmøntes i Bilag 2.

Set i lyset af denne omfordeling af ressourcer og den styrkede ledelse af opgaverne i almen praksis anser vi økonomiløftet for forældet og direkte kontraproduktivt i forhold til en fleksibel udflytning af opgaver til almen praksis. DSAM foreslår derfor, at økonomiløftet for almen praksis udfases og at udgifterne i almen praksis i stedet ses som en del af det samlede sundhedsvæsen, hvor udgifterne må forventes at stige i takt med en øget mængde opgaver.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

DSAM ser positivt på styrkelsen af behandlingen for mennesker med psykiske lidelser og et fokus på det hele menneske. Forslaget fokuserer primært på svær psykisk sygdom på sygehuse. Vi påpeger, at en stor del af behandlingen af psykiske lidelser, såsom depression og angst, foregår i primærsektoren. En styrkelse af behandlingen på sygehusene bør følges af en styrkelse i primærsektoren. DSAM anbefaler derfor, at der sikres tilstrækkelige ressourcer og kompetenceudvikling i primærsektoren til at håndtere disse opgaver. Der bør også være et tættere samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret behandling af patienter med psykiske lidelser. Dette kan fx ske gennem etablering af fælles behandlingsforløb og tværsektorielle teams, der inkluderer både praktiserende læger og specialister fra psykiatrien.

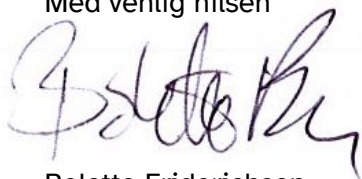
Private aktører og rettigheder

DSAM ser positivt på, at der arbejdes på en mere ligelig fordeling af privatpraktiserende speciallæger på tværs af landet. Rapporten lægger op til en fælles indgang ved henvisning for at kunne prioritere de patienter, der har mest behov. En fælles indgang kan være smidigt for almen praksis, men er ikke nødvendigvis hensigtsmæssig i forhold til at prioritere patienterne. En prioritering kræver grundigt kendskab til patientens samlede historie, og hvis denne skal formidles hensigtsmæssigt, kan det blive så tidskrævende, at patienter med komplekse sygehistorier vil tage uhensigtsmæssig lang tid at henvise.

Rapporten har meget lidt fokus på de private sundhedsforsikringer og det pres, som disse lægger på det offentlige sundhedsvæsen. Private sundhedsforsikringer udhuler det offentlige sundhedsvæsen på flere måder; personale søger til de private tilbud på grund af bedre løn og arbejdsvilkår, praktiserende læger oplever et stigende pres for at henvise til forskellige behandlinger, fordi forsikringen kræver henvisning, de private tilbud finder en lang række diagnoser og tilfældige fund, som siden hen skal håndteres i det offentlige.

Desuden risikerer de patienter, der har størst behandlingsbehov, at komme bagerst i køen hos de privatpraktiserende speciallæger, når de ikke har en forsikring. Det er svært at lovgive imod private sundhedsforsikringer, men man kan stille nationale krav til indikationen for undersøgelser (så der fx ikke tilbydes helkrops-MR-scanninger noget sted i landet), man kan kræve, at forsikringsselskaberne ansætter egne læger til at vurdere indikationer, og man kan dæmme op for mængden af private udredninger i speciallægepraksis, så der fortsat er tid til de sygeste.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

En moderne samtykkemodel for deling af sundhedsdata

De fleste borgere vil gerne dele deres sundhedsdata med samfundet, og mange forventer også, at det allerede sker i behandlingsøjemed. Men forskning viser, at de fleste også gerne vil spørges, eller i det mindste have en reel mulighed for at sige fra overfor deling til formål, de ikke er tilstrækkeligt trygge ved. Det kunne være visse helbredsoplysninger, som de frygter, vil være stigmatiserende i et senere behandlingsforløb, eller det kunne være data (herunder biologisk materiale) til forskningsprojekter, de ikke vil medvirke i.

Deling af data uden samtykke

Læger og sundhedspersonale er forpligtet til at føre patientjournaler, og det er ofte nødvendigt, at sundhedsdata kan deles i forbindelse med patientbehandlingen. Dette omfatter for eksempel recepter, henvisninger, blodprøvesvar, epikriser og meget andet. Deling af disse data sker ikke med samtykke, men med hjemmel i sundhedsloven og GDPR - artikel 9. Det er klart, at smidig deling af journaldata kan forbedre patientbehandlingen betydeligt. Det er der næppe nogen, som er ret uenige i.

Problemer med nuværende praksis

I klinikken kan vi opleve patienter, der tøver overfor henvisning til et relevant tilbud fx i psykiatrien, fordi de ikke ved, om de vil kunne slippe af med en eventuel diagnose i deres sundhedsjournal senere, også selvom det kun er en mistænkt diagnose, der senere afkræftes. Både henvisninger, epikriser og sygehusjournaler udstilles i dag på sundhed.dk, det er ikke under patientens kontrol, og det udstillede kan ikke slettes igen.

I forskningen er der opstillet klare regler med krav om informeret samtykke til det enkelte projekt, når det gælder interventionsforskning, det er velbegrundet, og har været praksis siden Helsinki-deklarationen. Arbejdsgange med at indhente informeret samtykke kan være tidskrævende midt i et aktuelt behandlingsforløb. Når data først er indsamlet i en journal, kan det senere være vanskeligt at indhente samtykke til datadeling. Derfor tillader sundhedsloven, at journaldata kan deles til forskningsformål uden samtykke.

For de fleste borgere er dette ikke problematisk, men undersøgelser viser, at flere har problemer, hvis data deles til kommercielle formål¹, herunder med medicinalindustrien.^{2 3 4} Undersøgelser viser også, at mange borgere ønsker indflydelse på, hvordan og under hvilke betingelser deres sundhedsdata kan bruges til forskning.⁵

Det er desuden påvist, at borgere er mere komfortable ved nationale forskningsprojekter end ved forskning med datadeling over landegrænser³ og særligt datadeling uden for EU-grænser.⁴ Når et behandlingsforløb er afsluttet, kan det være meget svært at finde en måde at opnå samtykket af både praktiske og juridiske årsager. Det begrænser og forsinke produktionen af ny viden og kan gøre det meget vanskeligt at lave agil forskning, hvor ny evidens kan skabes og publiceres, mens den stadigvæk er klinisk relevant.

I kvalitetsarbejdet kan man via lovgivning, som regulerer Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP), høste patienternes sundhedsdata uden samtykke til afgrænsede kvalitetsformål i de såkaldte RKKP-databaser. Data indsamlet i RKKP-databaser kan sekundært under visse betingelser tillige bruges til forskning uden samtykke. Arbejdet med at definere hvilke indikatorer, som er relevante og derfor skal indsamles, er dog tungt. Lige som den efterfølgende dataindsamling, som ofte foretages manuelt, også er tung. Det er heller ikke muligt at inddrage andre sundhedsdata end de prædefinerede i RKKP, hvis man ønsker at lave et kvalitetsprojekt, der er tværsektorielt eller går på tværs af registre fx FMK og DDV.

I kontrolarbejdet, fx med ydelseskontrol af praksissektorens fakturaer, kan regionerne i dag anmode om, at journaltekst udleveres fra lægen for at se, om en given ydelse nu også er leveret. Lægen har dog ikke pligt til at udlevere journalteksten, som her sker uden patientsamtykke og uden oplysningspligt til patienten. I dette scenarie afstår mange læger ofte fra honorar fremfor at indsende fortroligt journalmateriale, fx fra samtaleterapi, som mange læger vurderer som brud på tavshedspligten. Ikke fordi man frygter, at nogen vil finde behag i at snage, men fordi det er uvist, hvem der er udpeget til at læse notaterne, og om disse har en relation til patienten. Der foregår heller ingen logning af opslag i indsendt journalmateriale, så ingen kan se, om nogen uretmæssigt har kigget med. Resultatet kan være, at lægen ophører med at levere en ydelse, hvis den ikke kan honoreres uden brud på tavshedsløftet.

Behov for gennemsigtighed og selvbestemmelse ved deling af sundhedsdata

Jo mere journaldata deles, desto større behov er der for at øge patienternes selvbestemmelse og indsigt i, hvad der deles med andre. Dette kan blandt andet opnås gennem logning og selvbestemmelse via adgangskontrol og dynamisk stillingtagen til deling af egne sundhedsdata.

Forslag til en ny samtykke-model

DSAM foreslår på denne baggrund, at man udvikler en moderne differentieret samtykke-model, hvor alle borgere vælger under hvilke omstændigheder, de ønsker at tage stilling til deling af sundhedsdata. Helt præcist bør det gøres muligt for danskerne at lave en samtykkeprofil på en platform som fx sundhed.dk, hvor de tilkendegiver deres ønsker til at blive spurgt om samtykke i forhold til anvendelse af forskellige typer af sundhedsdata (fx patientjournaldata, genetiske data, sundhedsregisterdata) og forskellige kontekster/formål.

For dem, der ikke ønsker tæt kontrol med dataanvendelse, bør det således være muligt at stille data til rådighed på baggrund af bredere samtykker. For dem, der ønsker en tættere kontrol med brugen af data, bør det være muligt at ønske specifikke samtykker til databru- gen eller sige helt NEJ.

De forskellige kontekster/formål kunne omfatte:

- Klinisk brug/behandling
- Forskning, offentlig og privat
- Herunder udveksling med udland, der kan have andre regelsæt

- Kommerciel brug
- Kvalitet
- Dokumentation og kontrol
- Sundhedsplanlægning
- Andre

Modellen kunne eventuelt per default stå til JA på alle eller på visse formål, men borgeren bør samtidig have en nem og umiddelbar adgang til at angive sine ønsker til datadeling og for at sige helt eller delvist NEJ. På samme digitale platform bør borgeren også blive oplyst om, hvilke forskningsprojekter dennes sundhedsdata aktuelt indgår i samt abonnere på forskningsresultaterne.

Ved at give danskerne muligheden for at lave en samtykkeprofil på deling af forskellige sundhedsdatatyper til de forskellige formål, beskyttes borgernes ønsker og værdier bedst muligt, samtidig med at klinik, forskning, kvalitetsarbejde og industri får en let adgang til danskernes samtykkeønsker.

Det er blevet sagt, at når man har modtaget gratis behandling i sundhedsvæsenet, så har man også pligt til at levere sine sundhedsdata til myndighederne til gavn for den næste patient. Det argument holder ikke, behandlingen er ikke gratis, men er allerede betalt via skattebilletten.

Det er også blevet sagt, at en samtykkemodel risikerer at give huller i datasættet, så værdien af dataindsamlingen forringes. Nogen kunne jo sige nej for en sikkerheds skyld i mangel på tillid. Men vi ved fra forskning, at de fleste i dag gerne vil donere deres sundhedsdata til fællesskabet. Frafaldet vil være lille og kan til en vis grad analyseres statistisk. Men grundlæggende gælder det, at tillid ikke er noget, man kan forlange, det er noget man skal gøre sig fortjent til. Det gælder også for myndighederne.

De IT-systemer, der skal håndtere vores data, skal have højeste sikkerhed, formålene skal være transparente, og patienten skal have selvbestemmelse, så vil den høje tillid, som vi i Danmark har til systemerne, kunne bevares. Og hver gang der er et datalæk, skal det naturligtvis repareres, så tilliden genopbygges.

Referencer

¹ Aitken M, de St Jorre J, Pagliari C, Jepson R, Cunningham-Burley S. Public re-sponses to the sharing and linkage of health data for research purposes: a system-atic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Ethics*. 2016 Nov 10;17(1):73.

² Richter G, Borzikowsky C, Lesch W, Semler SC, Bunnik EM, Buyx A, Krawczak M. Secondary research use of personal medical data: attitudes from patient and popu-lation surveys in The Netherlands and Germany. *Eur J Hum Genet*. 2021 Mar;29(3):495-502

³ Tosoni S, Voruganti I, Lajkosz K, Mustafa S, Phillips A, Kim SJ, Wong RKS, Willison D, Virtanen C, Heesters A, Liu FF. Patient consent preferences on sharing personal health information during the COVID-19 pandemic: "the more informed we are, the more likely we are to help". *BMC Med Ethics*. 2022 May 20;23(1):53

⁴ Richter G, Borzikowsky C, Hoyer BF, Laudes M, Krawczak M. Secondary research use of personal medical data: patient attitudes towards data donation. *BMC Med Ethics*. 2021 Dec 15;22(1):164.

⁵ Holm S, Kristiansen TB, Ploug T. Control, trust and the sharing of health infor-mation: the limits of trust. *J Med Ethics*. 2020 Aug 25

Konkret forslag til en model for almen medicinsk faglig ledelse

Sundhedsstrukturkommissionen (SSK) foreslår, at opgavebeskrivelsen for almen praksis skal defineres af nationale myndigheder, og nye opgaver skal indpasses i en forenklet honorarstruktur. Almen praksis skal løse mange flere opgaver i fremtiden, men opgavemængden skal tilpasses til ressourcerne, så der ikke lægges nye opgaver ud, før kapaciteten er til stede i almen praksis, alternativt skal andre opgaver ud af porteføljen. Økonomien skal følge opgaverne, det er dog ikke beskrevet hvordan. Dog er det beskrevet, at Sundhedsstyrelsen med bistand fra relevante videnskabelige selskaber beskriver de overordnede rammer for opgavefordelingen. Videre anbefales det, at almen praksis skal ledes af samme myndighed som sygehusene.

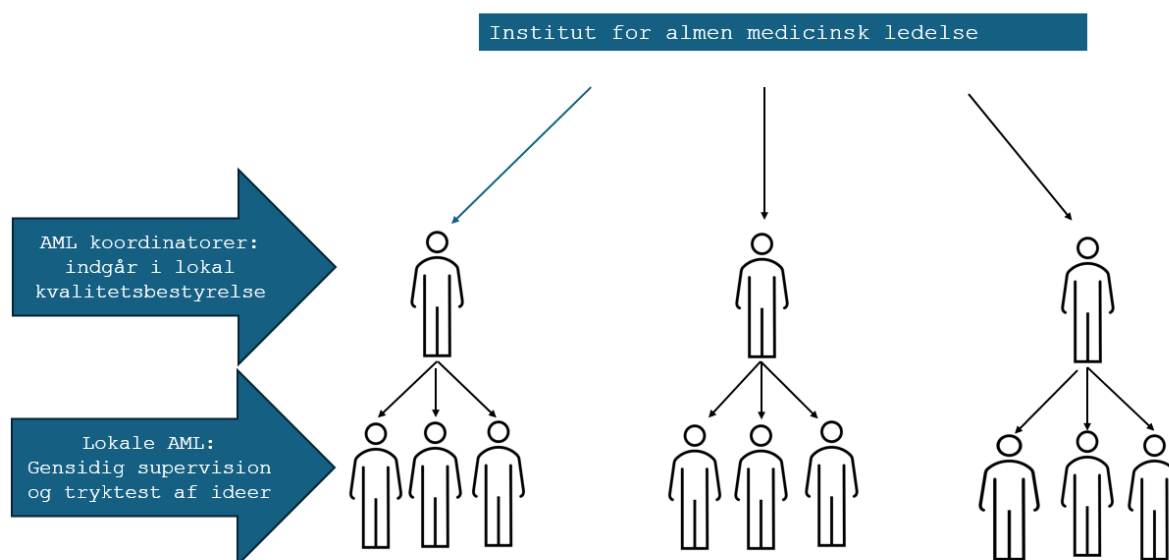
Det rejser selvfølgelig spørgsmålet, hvordan denne ledelse af almen praksis skal organiseres og legitimeres og hvem, der skal holde regnskab med opgavemængden, dels nationalt i forbindelse med opgavebeskrivelse og basisfunktion, dels lokalt i forbindelse med konkrete opgaveglidninger mellem sygehus og almen praksis. Indtil nu har det nationale niveau skulle forhandles af overenskomstens parter og det lokale, enten i form af §2 aftaler, forløbsbeskrivelser eller helt uden aftale, men man ønsker i dag en ny model.

DSAM vil gerne stille et konkret forslag om et "Institut for almen medicinsk ledelse"

Instituttet skal have 2 funktioner:

- 1) Uddannelse og ansættelse af almen medicinske ledere (AML), der kan løfte ledelsesmæssige opgaver i almen praksis, særligt i kontaktfladen med sygehusene, herunder understøtte opgavefordelingen mellem sygehuse og almen praksis.
- 2) Bidrage med faglig sparring og videns-mobilisering i forbindelse med fordeling af opgaver mellem almen praksis og sundhedsvæsenets øvrige aktører.

DSAM's forslag til en struktur, der kan organisere de almen medicinske ledere, er skitseret nedenfor. Modellen tager udgangspunkt i en lokalt velfungerende model for praksiskonsulentordningen i Region Nord.



Lokale AML

En lokal AML vil varetage lokal faglig ledelse inden for et geografisk område, der afspejler de lokale forhold både i almen praksis og i snitfladen til sekundærsektoren. Den lokale AML er klinisk aktiv praktiserende læge fra dette område. En lokal AML vil typisk repræsentere et fagområde, fx urologi, pædiatri osv. Dog er der visse geografiske områder, fx region H, hvor der vil være behov for både en fagområde AML, der primært samarbejder med sygehuset og en geografisk AML, der primært sparrer med almen praksis, da de enkelte fagområder varierer meget i deres optageområder.

De lokale AML laver forløbsbeskrivelserne i samråd med afdelingsledelserne eller de udpegede repræsentanter for afdelingsledelsen: hvilke problemer kan henvises til sygehusafdelingen, hvad skal foreligge, før man kan henvises, og hvornår kan forløbet afsluttes til egen læge. De lokale AML indgår i et netværk med de andre lokale AML og sparrer med dem og/eller klynger i området, ligesom områdets praktiserende læger kan gå til den lokale AML på det givne område, hvis der er noget, der ikke fungerer.

Ved overvejelser om udflytning af opgaver fra sygehus til almen praksis skal det vurderes, om det stadig giver faglig mening, at opgaven løses i sundhedsvæsenet. Hvis opgaven er low-value care, skal den måske ophøre eller overgå til patienten selv. Dernæst skal der beregnes, hvor lang tid den givne opgave vil tage at varetage i almen praksis (time needed to treat - TNT), som skal være evidens- og databaseret).^{1 2} Når der er behov, kan Institut for almen medicinsk ledelse bidrage med datasøgning og beregninger (se nederst i dokumentet).

Den lokale AML og sygehusafdelingen laver desuden audit på henvisninger og epikriser for at vurdere kvaliteten, og hvis der er et lægehus eller en afdeling, der ikke leverer som aftalt, skal parterne gå bagud i systemet: Den lokale AML til sin koordinator, overlægen til sin sygehusledelse. Kan problemet ikke løses her, må det op i Kvalitetsbestyrelsen.

Selvom systemet ligner den nuværende praksiskonsulentordning, er det vigtigt at pointere, at der vil skulle afsættes mere tid per lokal AML til at varetage denne opgave, end de nuværende PKO-konsulenter har til rådighed, hvis opgaven skal løses fagligt forsvarligt.

AML-koordinatoren

AML-koordinatoren understøtter de mange lokale AML i deres opgaver. Den lokale AML-koordinator har indblik i, om der er nogen nødlidende praksis eller klynger, der behøver noget ekstra opmærksomhed (fx behov for sygevikar, et særligt undervisningstilbud), og koordinatoren tager første dialog med dem, der har et helt afvigende ordinations- eller henvisningsmønster. AML-koordinatoren har altså visse beføjelser i forhold til områdets praktiserende læger, men har ingen sanktionsbeføjelser. Hvis en lægepraksis ikke lever op til aftalerne, lokalt eller nationalt, og det undtagelsesvist ikke lader sig ændre ved dialog, hjælp og støtte, eller med pålæg fra lokale myndighed, må tvisten klares i de organer, der er beregnet til dette. SSK har foreslået et nyt uvildigt tvistløsningsystem, med ny lovgivning og klagenævn, til erstatning for det nuværende overenskomstaftalte samarbejdsudvalg.

Både AML-koordinatoren og alle lokale AML er også aktive praktiserende læger, mindst 1 dag om ugen. Antallet af AML-koordinatorer afhænger af, hvilken forvaltningsmodel man vælger. AML-koordinatoren indgår på lige fod med blandt andet sygehusledelsen i den lokale "Kvalitetsbestyrelse". Kvalitetsbestyrelsen er strukturer, der også eksisterer i dag under forskellige lokale navne og i lidt forskellig form. Kvalitetsbestyrelsen skal godkende enhver ny forløbsbeskrivelse. Det er også i Kvalitetsbestyrelsen, at større beslutninger træffes om, hvordan hospitalerne bedst understøtter arbejdet i almen praksis, for eksempel hotlines, nye tværgående ambulatorier til hurtig udredning eller tværsektorielle konferencer. DSAM foreslår, at Kvalitetsbestyrelsen alle steder fremover skal bestå af sygehusledelse, regionsfolk (gerne både folkevalgte og administrative afhængig af forvaltningsmodellen), DSAM, PLO og AML-koordinatoren/koordinatorerne, en repræsentant for områdets kommuner samt en patientrepræsentant. På den måde er alle berørte parter med om bordet, når forløbsbeskrivelser godkendes.

Kvalitetsbestyrelsen skal også fremover have opgaver i forhold til almen medicinsk kvalitet lokalt, det kan være lægemiddelenhed, datakonsulenter, POL (ie: Praksis, Organisation og Ledelse = konsulenter for ledelsen i eget lægehus), klyngepakker, Store Praksisdag, fyraftensmøder, decentral gruppebaseret undervisning. Bestyrelsen har et forretningsudvalg/sekretariat. For at en stærk ledelse af almen praksis og Kvalitetsbestyrelsen kan have legitimitet, er det helt essentielt, at almen praksis er stærkt repræsenteret i Kvalitetsbestyrelsen, så beslutninger, der vedrører almen praksis, ikke kan vedtages uden opbakning fra almen praksis. Hvis sammensætningen af Kvalitetsbestyrelsen skal afspejle ønsket om at placere almen praksis stærkere og mere centralt i sundhedsvæsenet, bør formanden fra udvalget også være praktiserende læge.

Helt praktisk bliver en opgavefordeling således aftalt lokalt ud fra den forventede kapacitet på både sygehus og i almen praksis, AML-koodinatoren har et bedre indblik i de lokale kapacitetsforhold i almen praksis og kan advare, hvis der planlægges en udflytning af opgaver og de lokale praksis står med akutte kapacitetsproblemer, for eksempel når flertallet af lægehusene har lukket for patienttilgang, når der er mange ledige kapaciteter i området eller når økonomirammen er opbrugt.

Hvis der ikke er ledig kapacitet i almen praksis til en ny opgave, skal sagen op i Kvalitetsbestyrelsen, hvor man skal vurdere, hvilke andre opgaver der så skal ud af almen praksis, eventuelt bare i en periode. Igen kan Institut for almen medicinsk ledelse bistå med beregninger af omkostninger og TNT. Det er klart, at man ikke kan vælge at ændre på nationalt bestemte forløb såsom kræftpakkerne. Men der er lang vej, før alle opgaver i sundhedsvæsenet er defineret nationalt lige så entydigt som kræftpakkerne. Meget skal derfor stadig afklares lokalt.

Institut for almen medicinsk ledelse

Institut for almen medicinsk ledelse er en ny, faglig institution, der arbejder som en støttefunktion for beslutninger i og omkring almen praksis. Instituttet skal have adresse et centralt sted i Danmark. Det behøver ikke være i København. Det har sin egen økonomi, der kommer fra finansloven, ikke fra overenskomstmidler eller fra medlemskontingenter. Det kunne have en bestyrelse sammensat af myndigheder, DSAM, PLO og forskningsenhederne for at sikre, at den relevante viden er tilgængelig.

Instituttet samarbejder med Sundhedsstyrelsen og DSAM om det faglige grundlag for opgavefordeling og forløbsbeskrivelse, blandt andet databaserede beregninger af TNT. Sekretariatet ansætter og understøtter AML. På instituttet er der akademisk(e) medarbejder(e), der kan finde data i registre og beregne TNT. Det er sekretariatet, som også står for løn, timeregnskab og kontrakter med AML. Der afholdes nationale AML-træf, hvor de gode ideer kan flyde fra region til region.

På instituttet udvikles og afholdes den almen medicinske lederuddannelse. PLO's efteruddannelsesorganisation (PLO-E) kunne bidrage med deres digitale set-up og organisatoriske erfaring, men lederuddannelsen skal ikke driftes af PLO-E, for den skal ikke drives af overenskomstmidler. Curriculum vil omfatte de gode principper i forløbsbeskrivelser: hvad er gode patientforløb, undgå medicinsk overaktivitet/overbehandling, opgaver løses på rette kompetenceniveau, hvordan anvendes fagets pejlemærker i ledelsesarbejdet, hvordan beregnes TNT samt struktur og organisering af sygehusvæsenet/sundhedsvæsenet og ledelsesteori. Hvordan inddrager man bedst de lokale praksislæger, og hvordan tryktestes idéer, så der er ejerskab til forløbsplanerne. Der vil være fokus på egen refleksion over egen ledelsesform.

¹ Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *Bmj*. 2023;1-3.

² Albarqouni L, Montori V, Jørgensen KJ, Ringsten M, Bulbeck H, Johansson M. Applying the time needed to treat to NICE guidelines on lifestyle interventions. *BMJ Evidence-Based Med*. 2023;28(5):354-5.



Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Indsendt pr. email til sum@sum.dk

1. august 2024

Dansk Selskab for Folkesundhed vil først og fremmest anerkende Sundhedsstrukturkommissionens store og grundige arbejde med rapporten, de tværgående anbefalinger og de modige forslag til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Kommissionens forslag til at styrke kædeansvaret i forvaltningsmodel 1 og 2 er meningsfuldt set fra et pleje- og behandlingsperspektiv. Det er imidlertid bekymrende, at rapporten ikke lever op til kommissoriets krav om at inkludere modeller for et *forebyggende* og dermed også bæredygtigt sundhedsvæsen. Rapportens modeller vidner om et fokus på et sygdomsvæsen snarere end et sundhedsvæsen. Fokus er rettet på behandling, og de få steder, hvor forebyggelse adresseres, handler det udelukkende om "patientrettet forebyggelse". Forebyggelse er meget mere end det. Et fokus på sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser, inden sygdom opstår, er en forudsætning for et bæredygtigt sundhedsvæsen.

Bæredygtigt sundhedsvæsen

Af opdraget til kommissoriet fremgår det, at "modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering". For at skabe et bæredygtigt sundhedsvæsen i en tid med flere ældre borgere, flere borgere, der lever med multiple kroniske sygdomme, hvor der mangler personale og er behov for skarpe økonomiske prioriteringer, er det altafgørende at have et fokus på sundhedsfremme og primær forebyggelse, så vi får mindsket antallet af borgere med behov for hjælp i det behandlende sundhedsvæsen. Denne del af opdraget kommer kommissionen desværre kun med vage bud på. Sundhedsfremme og forebyggelse er ikke (længere) uhåndgribelige indsatser med uklare effekter. I Danmark har vi mange faggrupper, der arbejder med disse områder, ligesom vi har flere forskningsmiljøer af international standard. Vi ved også noget om, hvilke indsatser der virker, og hvordan indsatser kan målrettes forskellige målgrupper, ligesom vi kender effekten af strukturelle tiltag til fremme af folkesundheden. Der er derfor ingen undskyldning for ikke at inkludere konkrete og forpligtende sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag i den model, som vælges.

Forebyggelse er mange ting – men den primære forebyggelse mangler

Der er en væsentlig forskel mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse, og denne skelnen bør være tydelig i rapporten. Primær forebyggelse sigter mod at forhindre sygdomme, før de opstår, sekundær forebyggelse fokuserer på tidlig påvisning og behandling, mens tertiær forebyggelse handler om at reducere komplikationer ved eksisterende sygdomme. Den forebyggelse, der nævnes i rapporten, er langt overvejende patientrettet og rehabiliterende. Det er vigtigt, at primær forebyggelse også prioriteres, da den udgør en nødvendig investering i fremtiden.





Sundhedsfremme og forebyggelse bør være en tværgående anbefaling!

Uanset hvilken model der vælges, vil vi fra Dansk Selskab for Folkesundheds side opfordre til, at sundhedsfremme og forebyggelse indgår som en tværgående anbefaling. Fraværet af et eksplicit og tydeligt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse er visionsløst og lever ikke op til kommissoriet, hvoraf det fremgår *”Kommissionen skal i den sammenhæng tillige pege på potentialer for bedre forebyggelse”,* og at der skal skabes *”Rammer for den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet”.*

Sundhedsfremmende indsatser kan lette presset på sundhedsvæsenet, forbedre folkesundheden og reducere de langsigtede sundhedsudgifter. Sundhedsfremme handler om at skabe robusthed og sundhedskompetence blandt alle borgere, men også strukturelle sundhedsfremmende tiltag i fx i institutioner og lokalsamfund, der skaber mulighed for at vælge sundt. På et organisatorisk niveau handler sundhedsfremme om at planlægge indsatserne, så der sikres nem og lige adgang for alle, dvs. sænke barren for adgang, anvendelse og udbytte af sundhedsviden og sundhedsindsatser eller skabe muligheder for dette via fx tolkestøtte, social støtte eller anden hjælp til forståelse og navigering (samlet betegnelse sundhedskompetence).

Sundhedsfremme og forebyggelse er investeringer i fremtiden og kan være med til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Som rapporten også peger på, er det i dag i høj grad op til kommunerne selv at bestemme, hvilke tiltag der iværksættes, og hvilke grupper disse målrettes. I de foreslåede modeller er det uklart, hvordan det sundhedsfremmende arbejde og ansvar placeres.

Den borgerrettede forebyggelse omfatter en række vigtige initiativer såsom tobaks- og nikoteforebyggelse, forebyggelse af ensomhed og mistrivsel, fysisk aktivitet, forebyggelse af overvægt, brug af skærm mv. Det kan være komplekse indsatser, der kræver stor opmærksomhed fra beslutningstagere, praksis og forskning i implementeringen, så de rette indsatser (fx individuel versus strukturel) leveres til de rigtige borgere (fx aldersgrupper og udvalgte differentierede målgrupper). Forebyggelse indebærer aktiviteter på individer, familie, organisatorisk og strukturelt niveau.

Der er behov for en klar ansvarsfordeling for den samlede forebyggelsesindsats, da det ellers bliver utydeligt, hvem der skal bære ansvaret for dette arbejde - også selvom der kun bliver én myndighed i forvaltningsmodellen.

Hvis forebyggelsesarbejdet ikke bliver klart forankret i rapportens anbefalinger, risikerer vi, at ingen aktører tager ejerskab for denne vitale opgave. Som der står i rapporten *”Borgerrettet forebyggelse dækker den brede forebyggelsesindsats til alle borgere. Opgaven kan tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der bl.a. omfatter faglige anbefalinger til indsatser indenfor felterne: fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak. Anbefalingerne er vejledende og ikke bindende. Det er op til kommunerne selv at vurdere, hvilke forebyggende og*





sundhedsfremmende tilbud den enkelte kommune finder relevante at udbyde til hvem og i hvilket omfang”.

Så vagt ville man aldrig acceptere en klinisk retningslinje i det behandlende sundhedsvæsen. Her er der anderledes forpligtende krav som fx udrednings- og behandlingsgaranti samt krav til effekten af behandlingsindsatser.

Foruden at inkludere sundhedsfremme og forebyggelse som en af de seks (eller syv) tværgående anbefalinger anbefaler vi, at rapporten inkluderer flere eksempler på, hvordan forebyggelse integreres i de forskellige modeller og bl.a. udfolder, hvad der forstås ved opgaverne i ”borgerrettet forebyggelse”, fx i figur 14.2 på s 284. Vi opfordrer også til, at der til stadighed udvikles kvalitetsstandarder for den borgerrettede forebyggelse. Den nuværende figur 14.2 belyser i stor grad en status quo situation, hvoraf det er vanskeligt at se varetagelsen af den borgerrettede forebyggelse i de fremtidige scenarier.

I Dansk Selskab for Folkesundhed har vi med ovenstående valgt at fokusere på den del af rapporten, vi finder svagest overordnet set. Vi står naturligvis til rådighed med vores ekspertise i forhold til at inkludere sundhedsfremme og forebyggelse som en tværgående anbefaling og bidrager gerne med sparring til andre forslag til forbedringer. Vi ser frem til samarbejdet om implementeringen af disse nødvendige tiltag.

Med venlig hilsen,

På vegne af bestyrelsen i Dansk Selskab for Folkesundhed,

Helle Terkildsen Maindal, forperson

Kontakt:

Forperson Helle Terkildsen Maindal, htm@ph.au.dk

Forperson-elect Christina Bjørk Pedersen, christina.bjoerk.petersen@regionh.dk



Til indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og Dansk Selskab for Geriatri's forslag til fremtidens sundhedsvæsen

Bestyrelsen i Dansk Selskab for Geriatri (DSG) tillader os hermed at sende et høringssvar til kommissionens anbefalinger. DSG bifalder det store arbejde, som kommissionen har lagt og den grundige rapport er velskrevet, velovervejet og veldokumenteret.

Overordnet er vi helt enige i vurderingen af vores nuværende og kommende udfordringer. Vi er også enige i alle tværgående anbefalinger som et minimum.

Som ældremedicinere udreder, behandler og ser vi hver eneste dag syge og svækkede ældre, som ofte falder mellem sektorerne og forløb, hvor der sker fejl, misforståelser og under- og overbehandling, som igen fører til utryghed, frustrationer og ineffektivitet. Dette forstærkes yderligere af geografisk ulighed, forskellige tilbud og manglende kompetente sundhedspersoner. Vi har tværfaglige kolleger, som brænder ud og forlader faget på grund af stort arbejdspress og frustrationer over ikke at kunne hjælpe patienterne tilstrækkeligt.

Antallet af sengepladser på hospitaler er lavere end nogensinde pga. planlagt nedgang i senge og yderligere lukning pga. sygeplejemangel, mens den generelle belægningsprocent er højere og indlæggelsestiden er hastigt faldende. I samme periode er der oprettet et tilsvarende antal kommunale døgnpladser, hvor der ikke er adgang til samme kompetencer, udredning- og behandlingsmuligheder. Opgaver som før blev varetaget på hospitalerne, er rykket ud i kommunerne og derfor skal kompetencer fra hospitalerne følge med. Vi opfordrer derfor til at sekundærsektoren tager et større medansvar i det nære sundhedsvæsen.

Vores sundhedsvæsen er efterhånden blevet så komplekst at navigere i, at selv mennesker, der arbejder i væsenet hver dag, kan have svært ved at finde rundt, både som sundhedspersoner, patienter og pårørende. Selv med grundigt kendskab, ressourcestærke pårørende og held er det yderst vanskelig at navigere i et system med så mange adskilte enheder, forskellige muligheder og geografisk ulighed.

Det er specielt manglende sammenhæng og manglende helhedsblik i sundhedsvæsenet og ældreplejen, der længe har været et problem, som vi trods mange og ihærdige forsøg ikke har kunnet løse tilstrækkeligt. Usammenhængende patientforløb og patienter, der ikke passer ind i de "kasser" sundhedsvæsenet har opbygget, bliver forventeligt tiltagende de kommende år.

Anbefalinger fra DSG

Som ældremedicinere, kan vi ikke se andre løsninger på denne manglende sammenhæng end **at samle ansvar, handlemuligheder og økonomi under samme myndighed.**

Det gælder forebyggelse, udredning, behandling, pleje, rehabilitering og opfølgning. En sundhedsreform, som ikke samler ansvar og økonomi under **en** myndighed vil forsat medføre strukturelle udfordringer i fremtiden patientforløb, som ikke vil gavne ældre, der lever med multisygdom og skrøbelighed.

Udover dette anbefaler vi, at **inddragelse af patienter og pårørende styrkes**, samtidig med bedre mulighed for individualiserede tilbud. Der skal sættes ambitiøst ind for at styrke **forebyggelse, løbende optimering af multisygdom, korrekt medicinering, rehabilitering og fremmelse af sund aldring.**

Endelig er det nødvendigt at sikre **bedre arbejdsforhold, uddannelse** og at prioritere midler og tid til løbende **kompetenceløft** af sundhedspersoner, der arbejder med og omkring ældre, der lever med multisygdom og skrøbelighed. Vi foreslår at der systematisk undervises i multisygdom, aldring, skrøbelighed og sårbarhed på alle uddannelser af sundhedspersoner og oprettes nationale efteruddannelser og specialistuddannelser til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og terapeuter.

Geriatrien vil gerne hjælpe med at løfte opgaverne med et stigende antal ældre, men speciallæger i geriatri udgør under 1% af det samlede antal speciallæger i Danmark. Vi vil derfor opfordre til at der oprettes **flere uddannelsesstillinger og slutstillinger** til speciallæger i geriatri og samtidig sikres en **geografisk spredning.**

Vi ser frem til en kommende ambitiøs og visionær sundhedsreform og stiller os gerne til rådighed for sparring, vidensdeling eller rådgivning. Vi glæder os til at være med til at skabe gode forløb også i fremtiden til gavn for vores patienter og for samfundet.

August 2024

Bestyrelsen, Dansk Selskab for Geriatri

For uddybende kommentarer kan Forperson for Dansk Selskab for Geriatri, Martin Schultz kontaktes: martin.schultz@regionh.dk

Hørings svar fra Dansk Selskab for Kiropraktik

Dansk Selskab for Kiropraktik takker for muligheden for at give høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Det er uden tvivl nødvendigt at arbejde for et mere sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. I DSK sætter vi stor pris på, at arbejdet er sat i gang med nedsættelsen af kommissionen. Der er tydeligvis lagt et stort stykke arbejde bag rapporten.

Kiropraktorerne politiske organisation, Dansk Kiropraktor Forening, har udformet et længere og mere fyldestgørende høringssvar, med relevante kommentarer til den fulde rapport. Som fagligt selskab hæfter vi os primært ved, om kiropraktorerne faglige kompetencer kommer i spil -både af hensyn til patienter med bevægeapparatslidelser, men også for at sikre at samfundets ressourcer bruges fornuftigt og bæredygtigt.

I samarbejde med flere andre faglige selskaber, har vi for nyligt skrevet et debatindlæg i Sundhedsmonitor omkring den manglende tværfaglighed i den generelle prioriteringsdebat. Til vores store ærgrelse mangler tværfagligheden også i denne rapport.

Som det fremgår allerede på side 9, vælges et meget ensidigt fokus på det almen medicinske tilbud, og udover de praktiserende speciallæger, bliver den øvrige praksissektor kun berørt i meget lille grad. DSK er bekymret for, at det dette vil betyde, at kompetencer og ressourcer i den øvrige praksissektor overses til fordel for fordyrende lægeundersøgelser.

For kiropraktorerne vedkommende har vi en femårig universitetsuddannelse fra Syddansk Universitet og et års turnus. Vi varetager udredning, diagnostik og behandling af bevægeapparatspatienter.

Kiropraktorerne diagnosekoder efter samme standarder som alment praktiserende læger og er forpligtet på kommunikation med egen læge i form af epikrise efter alle afsluttede patientforløb, samt korrespondancer løbende ved behov. Herudover kan kiropraktorer – ligesom praktiserende læger – henvise patienten til MR og CT-skanninger og følge op på disse. Kiropraktorerne har hertil kompetencer til at vurdere indikationer for billeddiagnostiske undersøgelser, foretage røntgen- og ultralydsundersøgelser på eget apparatur samt syntetisere beskrivelser, attester mv. Desuden kan vi henvise til medicinsk- eller rykirurgisk udredning, ved manglende effekt af forløb med konservativ behandling. Kiropraktorerne fungerer dermed som et fremskudt speciale for patienter med smerter i bevægeapparatet og som tovholder på deres forløb, eller dele af forløb. Alle kompetencer vil, hvis brugt rigtigt, kunne skabe sammenhæng for patienterne og besparelser for både sekundær- og primærsektoren.

Vi håber derfor at kiropraktorerne og den øvrige praksissektor vil medtænkes i det videre arbejde.

Med venlig hilsen

Cecilie Testern Wissing
Forperson for Dansk Selskab for Kiropraktik



Hørings svar til **Sundheds StrukturKommissionens HovedRapport fra 2024 (SSK-HR-2024)** fra Dansk Selskab for Neurorehabilitering (DSNR)

Vi har i DSNR's bestyrelse gennemlæst Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport (SSK-HR-2024) med stor interesse og svarer nedenfor på 4 hovedområder.

- A) Ny organisering af digitalisering og data (SSK-HR-2024 side 211)
- B) Forslag 5: Styrket forskning i det primære sundhedsvæsen (SSK-HR-2024 side 241)
- C) Forslag 6: Styling af det højt specialiserede sygehusområde (SSK-HR-2024 side 242)
- D) Træningsområdet (SSK-HR-2024 side 300ff)

Med Venlig Hilsen

DSNRs bestyrelse August 2024

A) Hørings svar vedrørende SSK-HR-2024 kapitel 10, side 211, Ny organisering af digitalisering og data.

Hovedpointer:

- DSNR vurderer at ensretning af elektroniske patient- og omsorgsjournaler samt en ensretning ift. datadeling med primærsektorens aktører kan forudses at have afgørende betydning for patientsikkerheden og borgernes oplevelse af sammenhængende patientforløb, og at standardisering af registrering skaber bedre mulighed for monitorering af kvalitet
- Der er behov for en national standardisering af registrering af specialiseringsniveauerne og kliniske outcome.
- Etablering af national konsensus bør ske med inddragelse af de lokale tværsektorielle sundhedsaktører

Baggrund:

Vi har i DSNR's bestyrelse gennemlæst Kapitel 10 i hovedrapporten med stor interesse. Vi vil gerne udtrykke vores støtte til de foreslåede anbefalinger og initiativer. Neurorehabilitering er et område, hvor samling af ansvar for elektroniske patient- og omsorgsjournaler samt en ensretning ift. datadeling med primærsektorens aktører kan forudses at have afgørende betydning for patientsikkerheden og borgernes oplevelse af sammenhængende patientforløb på tværs af de eksisterende sektorgrænser i de ofte meget lange og komplekse forløb. Forløbene involverer hyppigt mange forskellige sundhedsaktører over tid og ofte også på tværs af regioner foruden på tværs af sektorer. Vi er derfor særligt opmærksomme på behovet og muligheden for standardisering af registrering og lighed i kvalitet i neurorehabiliteringen af personer med erhvervet hjerneskade på tværs af landet.

Faglige bemærkninger til kapitel 10, side 211:

Det er værd at bemærke, at der på tværs af Danmark ikke er enighed om, hvordan hospitalsbaseret neurorehabilitering skal kodes ift. specialiseringsniveauerne. Dette gør det

vanskeligt at skelne mellem specialiseret og højt specialiseret neurorehabilitering i nogle regioner samt umuligt at sammenligne direkte på tværs af landet. I Vestdanmark eksisterer der dog et velfungerende system, der kan tjene som model for en landsdækkende standardisering. Desuden er der et nyetableret samarbejde omkring etablering af fælles datasæt med fælles datadefinitioner på tværs af regionerne. Neurorehabiliteringsområdet kan således agere case for vigtigheden og berettigelsen af, at der etableres fælles byggeklodser og standarder i de digitale systemer.

For at digitale redskaber (registrerings standardisering) skal tilføre reel værdi for organisationerne og subsidiært for patienterne, er det afgørende, at der sikres inddragelse af lokale kompetencer både inden for datahåndtering og på det kliniske område. Det er nødvendigt, at lokale dataenheder eller nationale interessefællesskaber inden for specifikke specialer fortsat har mulighed for at udvikle løsninger, der er tilpasset de speciale-specifikke behov, alt imens de følger den nationale strategi. Denne fleksibilitet vil sikre, at løsningerne er praktisk anvendelige og effektivt understøtter klinisk praksis.

Vi ser frem til at følge udviklingen og det politiske arbejde omkring disse vigtige anbefalinger samt udformningen af en national strategi på området og vi er klar til at bidrage med vores erfaring og ekspertise i det videre arbejde generelt og i særdeleshed såfremt der er specifikke behov inden for neurorehabilitering eller tilstødende områder.

B) Hørings svar vedrørende SSK-HR-2024, kapitel 11, side 241, Forslag 5: Styrket forskning i det primære sundhedsvæsen.

Hovedpointer:

-DSNR støtter et øget fokus på forskning i det primære sundhedsvæsen, tværsektorielle forløb samt sammenhængende forløb, men dette bør ske ved at styrke (og forudsætte) samarbejde mellem de etablerede hospitalsbaserede forskningsmiljøer med universitær tilknytning og nye tværsektorielt orienterede miljøer.

-Der bør være flere phd-studerende med ikke-lægefaglig baggrund, men dette bør ikke ske på bekostning af antallet af lægefaglige phd-forløb. Der er brug for læger med forskningsforståelse og kompetencer, men de bør sikres bedre rammer for at forblive forskningsaktive ved at der oprettes stillinger med forskningstid.

-Der bør via en revideret "fonds-bevillings-strategier" sikres bedre muligheder for at få støtte til ikke lægefaglige-phd-forløb.

Baggrund:

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår et øget fokus på forskning i det nære sundhedsvæsen, i tværsektorielle forløb og forskning fra andre faggrupper end de lægevidenskabeligt uddannede.

En stor udfordring er at en stor del af de lægevidenskabelige phd-kandidater ikke forbliver forskningsaktive, og kommissionen vurderer at det er udtryk for at der uddannes for mange lægefaglige phd-kandidater. En stor del af udfordringen er dog at de lægefaglige phd-

kandidater sidder i kliniske fuldtidsstillinger og derfor ikke har ressourcerne/rammerne til at bedrive forskning, og at der er meget få stillinger med forskningstid.

I neurorehabiliteringen er der relativt mange ikke-lægefaglige phd-kandidater, men en stor udfordring er at disse i reglen har forladt det klinisknære arbejde og sidder som vejledere, projektmedarbejdere eller som fuldtidsforskere, og dermed kommer deres kompetencer ikke i spil i det patientnære arbejde og deres forskningsindsatser bliver i højere grad afkoblet de patientnære problematikker.

Således bør der arbejdes med hvordan de lægefaglige phd-kandidater kan fastholde forskningsaktivitet samtidig med at de sidder i kliniske stillinger og de ikke-lægefaglige phd-kandidater skal generelt være flere, men de skal også have bedre muligheder for at anvende deres phd-grader i det klinisknære arbejde med mulighed for en rimelig honorering, en mulighed der ikke er tilstede i dag.

Faglige bemærkninger til Forslag 5: Styrket forskning i det primære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår et øget fokus på forskning i det nære. Det er helt overordnet positivt og rigtigt set. Vi bakker fra DSNR grundlæggende op om kommissionens forslag om styrket forskning i det primære sundhedsvæsen og tværsektorielle forløb, men vi savner helt overordnet en model for, hvordan forskningen i det nære sundhedsvæsen skal opbygges og organiseres.

Vi foreslår at fokusere på øget samarbejde/inddragelse af primærsektoren i den forskning der planlægges frem for at flytte forskning væk fra de etablerede forskningsmiljøer på hospitalerne med universitetstilknytning, hvor det har taget mange år at opbygge ekspertise. Incitamentet for dette kunne eksempelvis være en klart formuleret forventning om tværsektorielle forskningsspørgsmål og projektgrupper fra de offentlige forskningsfonde. Der er nemlig brug for at sætte fokus på det sammenhængende forløb og forskning på tværs af både sekundær og primær sektor og øvrige involverede parter, men der vil være en høj pris at betale ved at "udsulte" de etablerede forskningsmiljøer til fordel for nye små og sårbare forskningsinitiativer i primær-sektoren. Et forpligtende samarbejde vil være mere hensigtsmæssig og kan understøttes gennem en revideret "fonds-bevillings-strategi".

Frem for at reducere antallet af ph.d.-uddannede læger med den begrundelse at for mange af de lægefaglige phd-kandidater ikke forbliver forskningsaktive, er det vigtigt at skabe bedre muligheder for forskning (gerne tværsektoriel) i den efterfølgende karriere som speciallæge. Netop i neurorehabiliteringen er der en mere ligelig fordeling mellem PhD studerende med anden sundhedsfaglig baggrund og lægefaglig baggrund. I Neurorehabiliteringen har udfordringen nok nærmere været at sikre rekruttering til lægefaglige PhD forløb og fastholdelse af læger efter endt PhD uddannelse inden for den kliniske neurorehabilitering. Ift. fastholdelse af profiler med forskningskompetencer og sikring af tæt klinisk forbindelse efter endt PhD uddannelse af kandidater med anden sundhedsfaglig uddannelse end lægefaglig, så har vi i neurorehabiliteringen erfaret, at det er vigtigt at sikre muligheder for kliniske dele stillinger, der indeholder forskningsopgaver og som kan honoreres og indplaceres i relevante advancementsstillinger og funktioner herunder evt. mulighed for kliniske lektorater til ikke lægefagligt personale i sekundærsektoren. Desuden er det en erfaring at det ofte vanskeligt at finansiere ikke-lægefaglige phd-forløb, da de store fonde ofte er mere tilbageholdne med at støtte phd-forløb uden lægefaglig deltagelse, og dette gælder i særdeleshed hvis emnefeltet er funderet i eksempelvis klassiske sygeplejefaglig patient- og klinik-nære problematikker. Som ovenfor nævnt bør ønsket om flere ikke-lægefaglige phd-forløb således følges af en revideret

"fonds-bevillings-strategi" både fra fondene men også fra de universitært finansierede phd-stipendiater.

C) Høringssvar vedrørende SSK-HR-2024 side 242, Forslag 6: styring af det højt specialiserede sygehusområde.

Hovedpointer:

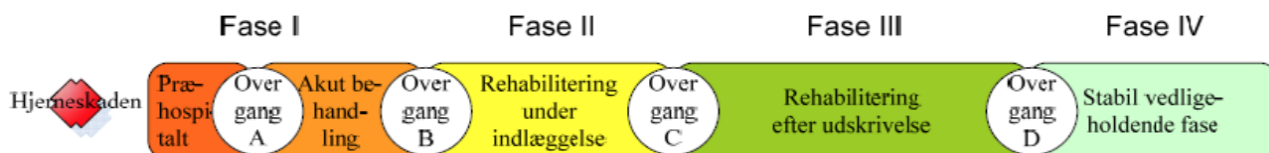
-Indenfor neuro-rehabiliteringen (men også generelt) bør det være en faglig og individuel vurdering af patientens behandlingsbehov, der er afgørende for om patienten skal tilbydes et specialiseret behandlingstilbud på regionalt eller højt specialiseret niveau.

-Behandlingskapaciteten på det specialiserede område bør løbende tilpasses det reelle behov, hvilket forudsætter systematisk monitorering af 1) kapacitetsudnyttelsen, 2) måling af entydige og nationalt aftalte patient-variabler, der beskriver patientgruppens behandlingsbehov og dermed specialiseringsniveauet samt 3) monitorering af rehabiliteringsudbytte.

-Der er en risiko for af-specialisering og tab af højt specialiserede kompetencer, til skade for patientgruppen med erhvervet hjerneskade, hvis der i endnu højere grad skabes et økonomisk incitament for at "undlade at henvise" til et højt specialiseret tilbud i en anden region. Der bør i stedet arbejdes på at eliminere den "mellem-regionale økonomi" således at pt. med et fagligt vurderet behov for et højt specialiseret behandlingstilbud, henvises uden skelen til den inden-regionale økonomi. En forudsætning for dette er fælles aftalte og så entydige visitationskriterier som muligt, hvilket sikrer relevant kapacitetsudnyttelse.

Baggrund:

Indenfor neurorehabiliteringen i Danmark er der en velbeskrevet organisering af specialiseringsniveauer samt en klar beskrivelse af hvem der fagligt og organisatorisk kan løfte de forskellige specialiseringsniveauer. Det er beskrevet entydigt i den neurologiske specialeplan, hvor der opereres med Hovedfunktionsniveau (HF), Regionalt specialiseringsniveau (RF) og Højt specialiseret niveau (HS). Gradueringen er betinget af behandlingskompleksitet, og dermed af den organisering, bredde og specialistkompetence i de enkelte faggrupper, der fagligt vurderes at skulle være tilstede for at løfte opgaven. Desuden opereres i neurorehabiliteringen med 4 faser (illustreret nedenfor) der beskriver patientens vej gennem et behandlingsforløb, fra den hyperakutte præ-hospitale fase, over akut behandling og tidsbegrænset neurorehabilitering med afsluttende kommunalt tilbud, der afhængigt af behov, kan være livslangt.



Figur af faserne i neurorehabilitering i Danmark (SST 2011)

HS niveauet varetages 2 steder i landet på dedikerede neurorehabiliteringsafdelinger: Hammel Neurocenter (vest) og Bodil Eskesen Center (øst) med et fastlagt antal sengepladser.

Det regionale niveau varetages i hver enkelt region, som udgangspunkt på 1-2 dedikerede neurorehabiliterings-afdelinger med et fastlagt antal regionale sengepladser, fraset i region hovedstaden hvor det varetages på en hel række neurologiske sengeafsnit, hvor der reelt ikke er et fastlagt antal sengepladser og heller ikke overblik over om pt. modtager et hovedfunktions eller regionalt behandlingstilbud.

Hovedfunktionsniveauet varetages som udgangspunkt i tilknytning til de regulære neurologiske sengeafsnit, hvor størstedelen af patienter med erhvervet hjerneskade modtages, eller i det mindste vurderes i den akutte fase. I de vstdanske regioner er der principielt et fastlagt antal pladser (skønt overbelægning i tilknytning til de neurologiske sengeafsnit forekommer), mens der i region hovedstaden reelt ikke er et fastlagt antal sengepladser og heller ikke overblik over hvor mange pt. der modtager et hovedfunktions eller regionalt behandlingstilbud.

Der tilstræbes fleksibilitet mellem de 3 niveauer efter hovedreglen: den rette patient i den rette seng på det rette tidspunkt, således at patienterne tilbydes det specialiseringsniveau som deres symptomer kræver, på det tidspunkt i deres behandlingsforløb hvor de har ressourcerne til at profitere af intensiteten og det specialiserede faglige tilbud, i så lang tid som det er fagligt meningsfuldt. Sidstnævnte er vigtigt, da pt. bør overgå til et lavere specialiseringsniveau så snart opgaven kan løses på dette niveau. Dette primært for at sikre en rationel anvendelse af den samlede kapacitet.

De fleste pt. udskrives fra det specialiserede niveau med en genoptræningsplan på enten alment eller specialiseret niveau, skønt en mindre del udskrives uden genoptræningsplan på baggrund af manglende potentiale, dette er svært hjerneskadede pt. der ikke kan profitere af fortsat neurorehabilitering.

Faglige bemærkninger til forslag 6, side 242

Der er en faglig risiko forbundet med at indføre en stærkere overvejende økonomisk styringsmodel inden for det specialiserede behandlingsområde for at reducere ressourceforbruget især hvis dette er på bekostning af den faglige vurdering. Det gælder i almindelighed og for neurorehabiliteringen i særdeleshed. Fælles for de specialiserede behandlingstilbud er, at de kan levere et behandlingstilbud der ikke kan leveres på hovedfunktionsniveauet eller i det primære sundhedsvæsen, og hvis kapaciteten begrænses vil der være patienter som bliver berøvet det behandlingstilbud som deres sygdomstilstand kræver.

For neurorehabiliteringen vil det betyde, at pt. med behov for et tidsbegrænset og intensivt behandlingstilbud med deltagelse af en bred gruppe af faglige specialister i et tæt koordinerende behandler-team, i stedet må nøjes med et langt mere begrænset og fragmenteret tilbud. Det kan betyde at de ikke opnår den samme funktionsevne og den samme selvstændighed som de ellers ville have opnået.

Antagelsen om at sundhedsvæsenet får mere sundhed for pengene ved at afspecialisere må siges at være tvivlsom. Der er en risiko for at man blot flytter udgiften til en anden fase. Eksempelvis vil en hjerneskadet patient der ikke har opnået et tilstrækkeligt højt funktionsniveau i fase 2 (eller er blevet nægtet et fase 2 tilbud) kræve flere ressourcer i det efterfølgende kommunale forløb (fase 3 og 4) dels på grund af længere rehabiliteringsbehov og dels på grund af øget livslangt behov for hjælp, eller en lavere grad af tilbagevenden til hel eller delvis selvforsørgelse. Principielt er det en nytteetisk diskussion om

man skal gøre meget for de få og krævende, om man skal gøre mest for de mange og mindre krævende eller om man skal gøre begge dele. Det afgørende er dog at man træffer denne beslutning på et oplyst grundlag og at man dels har overblik over de økonomiske konsekvenser i patientens fulde livsforløb, konsekvenserne for patienternes livskvalitet samt konsekvenserne for fastholdelse af de faglige kompetencer der er nødvendige for at kunne fastholde en behandlingskapacitet og kompetence til varetagelse af de mest komplicerede og krævende hjerneskadede pt. i Danmark.

Fra DSNR foreslår vi at man vælger en helt anden strategi end den der er foreslået i SSK-HR side 242, hvor man foreslår en synliggørelse af den mellemregionale afregning, ved at dele udgiften op i den "normale behandlingstakst" og et "tillæg for HS behandling". En opdeling af den mellemregionale afregning vil ikke ændre nævneværdig ved den grundlæggende udfordring at; der er en mellemregional afregning og at det økonomiske aspekt allerede med den eksisterende ordning er en betydende faktor for om der henvises til HS niveau.

Yderligere økonomisk incitaments-struktur i forhold til fra- eller tilvalg af højt specialiseret behandling, vil blot medføre at færre patienter får det rette tilbud.

Fra DSNRs side foreslår vi at der i stedet udformes en økonomisk ordning hvor man eliminerer den mellemregionale afregning i det enkelte pt. forløb og at der samtidig udbredes mere stringente visitationsretningslinjer nationalt således at der sikres lige adgang til sundhed uanset hvilken region man bor i og uanset om det er øst eller vest-Danmark.

Ligeledes foreslår vi at der skabes en national standard for monitorering af kapacitetsudnyttelsen for både HS og Regionale senge, således at der fremadrettet kan dimensioneres mere fleksibelt i forhold til kapacitetsbehovet. Dimensioneringen skal være tydelig med inddeling af sengepladser på de respektive specialiseringsniveauer og med fælles regional visitationsenhed der administrerer pladserne ud fra entydige faglige visitationskriterier med hensyntagen til den fastlagte kapacitet på de forskellige niveauer. På denne måde sikres transparens og økonomisk forudsigelighed således at "udgifterne ikke løber løbsk".

Ligeledes foreslår vi at der etableres et klinisk nationalt datasæt, der muliggør sammenligning af kvalitet, neurorehabiliteringsoutcome samt sværhedsgrad ved visitation (ind og ud af neurorehabiliterings-sengene) til de enkelte specialiseringsniveauer.

D) Høringssvar vedrørende SSK-HR-2024 side 300ff, Træningsområdet.

Hovedpointer:

-DSNR anbefaler at rehabilitering i fase 3 og 4 fastholdes tæt på borgeren og borgerens netværk og at opgaven fortsat varetages af kommunerne, der har god mulighed for at sikre en koordinering på tværs af sundheds-, social-, børne- unge og beskæftigelsesforvaltningerne.

-Det anbefales at der udformes en incitamentsstruktur der understøtter det tvær-kommunale samarbejde om at løfte de mest komplekse rehabiliteringsforløb, typisk for patienter med specialiseret rehabiliteringsplan (specialiseret GOP) ved udskrivelse fra fase 2, da etablering og fastholdelse af de tilstrækkelige tværfaglige kompetencer kræver et større patient-volumen end de fleste kommuner har i dag.

-DSNR vurderer at de store organisatoriske forandringer forbundet med opgaveflytningen i relation til forvaltningsmodel 1 og 2, ikke løser det primære problem bestående af rekruttering og fastholdelse af relevant arbejdskraft, men i stedet i en længere årrække "afleder

nødvendige ressourcer" fra den patientnære indsats. Ligeledes vil der tabes et stort udviklingsarbejde som kommunerne har investeret i siden 2007

Baggrund:

Kommunerne har siden 2007 varetaget opgaven med rehabilitering i fase 3 og 4 på alment og specialiseret niveau. Den specialiserede GOP bliver ofte gennemført via tilkøb fra en regionalt eller privatudrevet døgnrehabiliteringsinstitution, men kan også løftes af den enkelte kommune. For de mindre kommuner kan det være en faglig udfordring at etablere tværfaglige behandlingsteam af en tilstrækkelig stor størrelse til at kunne sikre faglige udviklingsmiljøer, ligesom finansiering af de mindre faggrupper som neuropsykologer og audio-logopæder kan være en udfordring. Særligt for de mest komplekse forløb, patienten med den specialiserede GOP, vil mange kommuner have svært ved at løfte opgaven selv. Den enkelte kommune kan tilkøbe døgnrehabilitering, men hvis kommunerne selv skal løfte opgaven, vil det formentlig være mere hensigtsmæssigt med en fælles opgaveløsning mellem flere kommuner. Klyngekommunesamarbejdet, kunne principielt danne rammen om sådanne samarbejder, men i realiteten savnes der en økonomisk incitamentsstruktur for dette.

Faglige bemærkninger vedr træningsområdet, side 300 ff:

Uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges, vil opgavesamling være vigtig for at sikre den nødvendige faglighed og robusthed inden for det avancerede såvel som specialiserede rehabiliteringsområde.

Såfremt den nuværende eller en lignende forvaltningsmodel fastholdes, bør der være en incitamentsstruktur for et stærkere tværkommunalt samarbejde særligt på det specialiserede område. Dette indebærer en forpligtelse såvel som støtte til at indgå i et sådant samarbejde, eftersom nogle kommuner ikke vil have et stort nok befolkningsgrundlag til at løfte opgaven selv. Hvis kompetencer skal fastholdes og udvikles, forudsætter det et vist befolkningsgrundlag for at opnå det nødvendige antal patienter med behov for specialiseret rehabilitering.

Mere specifikke definitioner og krav i retningslinjerne for specialiseret rehabilitering vil i forlængelse heraf kunne være en hjælp for borgere, kommuner og andre aktører i forhold til at vurdere, hvornår en service leveres på det pågældende niveau. En national certificerings- eller tilsynsordning vil ydermere kunne bidrage til at sikre en mere ensartet kvalitet af rehabiliteringstilbud uafhængigt af ens bopæl.

Et fagligt argument for fortsat at lade kommunerne have ansvar for rehabilitering og genoptræning efter hospitalsudskrivelsen er, at træning tæt på hjemmet både har effekt i forhold til den enkelte samt samfundsøkonomisk ved at sikre overførelse af opnåede resultater direkte til hverdagen. Borgerne er typisk kun patienter i en meget kort periode, mens kommunerne hele livet skaber rammer for indsatser af betydning for borgernes hverdagsliv og funktionsniveau.

Kommunerne arbejder ud fra borgerens funktionsniveau og håb for rehabiliteringen med tæt inddragelse af borgere og deres nærmeste med henblik på at opnå et hverdagsliv så tæt på niveauet fra før skaden som muligt. Derudover sikres en tæt sammenhæng til de kommunale enheder, der fremadrettet skal bistå borgeren med pleje- og omsorgsindsatser.

Dette sikres yderligere ved en myndigheds- og faglig koordinering på tværs af sundheds-, social-, børne- unge og beskæftigelsesforvaltningerne, således at den hele familie styrkes og støttes i den nye livssituation, samt at borgere hjælpes tilbage i arbejde, så hurtigt som muligt.

Hvis området flyttes, vil en stor del af denne koordinering til gavn for borgeren og dens nærmeste blive besværliggjort og i værste tilfælde mistes. Det vil ligeledes være en ikke uvæsentlig indgriben i den nuværende kommunale konstruktion.

Netop denne tilrettelæggelse og koordinering af sammenhængende og effektive indsatser har kommunerne en meget lang og frugtbar erfaring med (siden 2007). Hvis dette område flyttes fra de kommunale hænder, vil der være en risiko for et stort tab af kvalitet og effekt i de enkelte rehabiliteringsforløb, da regionerne ikke på samme måde har erfaring med rehabilitering i faserne 3 og 4.

En generel bekymring er, at de store strukturelle ændringer, som forvaltningsmodel 1 og 2 lægger op til, vil betyde, at fokus vil blive på nye organisationer og flytning af hegnspæle frem for at investere ressourcerne i bedre sundhedstilbud for borgerne. Ingen af modellerne løser derudover fremtidens udfordringer omkring mangel på arbejdskraft, og forvaltningsmodel 1 og 2 er en unødigt centralisering og opgaveflytning fra det nære og borgerne.

Dansk Selskab for Patientsikkerheds hørings svar

Dansk Selskab for Patientsikkerhed (herefter PS!) takker for muligheden for at afgive svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport – et beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

PS! har i hørings svaret fokus på de tværgående anbefalinger og de tilhørende forslag.

PS! bifalder det gennemgående store fokus på **sammenhæng** og vigtigheden af **implementering**, som beskrives i rapporten. De aktuelle udfordringer med usammenhængende tværgående forløb skal løses i fremtidens sundhedsvæsen.

Generelt vedrørende sammenhæng

Aktuelt opleves tværgående forløb ofte med et uklart og skiftende ansvar hen over tid i en borgers forløb. Der foregår koordinering uden klare strukturer og arbejdsgange, samt udfordret data- og informationsdeling. Alt sammen noget der øger risikoen for at der sker fejl med betydning for patientsikkerheden.

I en ph.d - "[Patientovergange - Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange](#)" – er der identificeret otte faktorer med indflydelse på patientovergange: kommunikation, information, organisation, infrastruktur, professionalisme, ansvar, teamopmærksomhed og kultur.

Nye organisationsstrukturer og oprettelse af fælles myndighedsansvar vil dermed ikke i sig selv kunne skabe mere sammenhængende patientforløb. Til trods for et fælles myndighedsansvar i regionerne i forhold til hospitalerne, oplever patienter fortsat usammenhængende forløb og uklart behandlingsansvar mellem forskellige hospitaler og hospitalsafdelinger. Det samme gør sig gældende mellem kommunernes forskellige forvaltninger. Derfor er der behov for at styrke netop koordinering og arbejdsgange.

Projekter som "[Sikkert patientflow](#)", hvor en række hospitaler har vist stor styrke i at skabe fokus på bedre forløb, har efterfølgende dannet udgangspunkt for projektet "[Sikker sammenhæng](#)". Her har PS! udviklet en samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering for de borgere, som netop er i fokus i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. PS! anbefaler, at erfaringerne inddrages, uanset hvilken strukturel model, der vælges.

Hvis man ønsker at skabe mere sammenhængende patientforløb, er man desuden nødt til i større udstrækning at indtænke integration og sammenhæng mellem service- og sundhedsloven. Som det fungerer i dag, er der store udfordringer knyttet til skift mellem lovgivningerne. Det er her borgerne ofte kommer i klemme.

Generelt vedrørende implementering

PS! finder, at rapporten tegner de store og overordnede linjer, men savner et fokus på, hvordan der skabes handling, der hvor udviklingen og ændringerne skal ske – ude i den kliniske hverdag til gavn for patienter og medarbejder.

PS! vil gerne kvittere for den tyngde og vægtning som implementering har i rapporten. PS! mener at implementeringskraft og kompetencer er et centralt punkt, hvis man skal lykkes med at udvikle et stærkt fremtidigt og bæredygtigt sundhedsvæsen. I alle kommende forvaltningsmodeller og de fem tværgående anbefalinger skal implementering indtænkes for, at der kan skabes handling bag anbefalinger og flere af de tilhørende forslag. PS! vil gerne pointere at der er behov for implementeringskraft og kompetencer forankret lokalt, og ikke kun under et nationalt reformsekretariat. PS! vil gerne pointere vigtigheden og de store gevinster der kan opnås ved inddragelse af patienter og pårørende i udvikling og implementering løsninger i sundhedsvæsenet. PS! vil derfor anbefale at der kommer en større forpligtigelse i inddragelse af patient- og pårørende repræsentation både i et reformsekretariat og i de lokale implementeringsprojekter.

PS! har mange års erfaring og viden om [forbedringsmetode og redskaber til implementering i den kliniske hverdag – både i regi af regioner og kommuner, og på tværs af sektorer](#). PS! har konkret i projektet ["I sikre hænder"](#) arbejdet sammen med 33 kommuner om at implementere nye arbejdsgange og systemer der skaber bedre kvalitet og øger patientsikkerheden i den kommunale ældresektor.

Også erfaringer fra [Sikker psykiatri](#) bør indtænkes i udviklingen af psykiatriområdet, uanset organisatorisk forankring.

PS! anbefaler, at erfaringerne inddrages, uanset hvilken strukturel model, der vælges.

Afledte konsekvenser?

Ved store organisations- og strukturændringer skal man være grundig og have et vedvarende fokus på de mulige afledte korttids- og langtidskonsekvenser disse ændringer kan medføre. Det anbefales derfor at gennemføre forudgående risikoanalyser og løbende indsamle data, der kan bidrage til at identificere potentielle afledte (negative) effekter – med veldefinerede [balancerende indikatorer](#). Det er vigtigt, at man ikke glemmer afledte konsekvenser på tværs af enheder og sektorer eller afledte konsekvenser for en anden faggruppe eller andre patientgrupper. Et eksempel er beslutningen om at etablere enestuer i forbindelse med kvalitetsfundsbyggerierne: enestuerne medfører fordele, men ulemperne viser sig nu efter etableringen, og der har ikke været taget højde for disse, herunder noget så banalt som at afstandene på hospitalet øges betragteligt med deraf følgende længere ventetider og frustration for både patienter, pårørende og medarbejdere.

Det anbefales således, at der gøres et grundigt arbejde med at vurdere mulige afledte konsekvenser af nye tiltag i et fremtidigt sundhedsvæsen, med de muligheder og udfordringer, der kan vise sig, herunder at formulere balancerende indikatorer, der kan følges over tid.

Ud fra bl.a. disse erfaringer og international, evidensbaseret viden vil vi derfor under de tværgående anbefalinger generelt have et fokus på implementering, og henviser løbende til erfaringer og viden.

Anbefaling 1: Almenmedicinske tilbud – Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Rapportens første tværgående anbefaling indeholder en række forslag til organisering og tiltag til bedre styring af de almenmedicinske tilbud. Forslagene vurderes samlet at kunne styrke og udvikle de almenmedicinske tilbud med henblik på at bidrage til mere lighed i sundhed (geografisk og socialt) og bedre ressourceudnyttelse i fremtidens sundhedsvæsen.

Af de ni tilhørende forslag vil PS! gerne fremhæve forslag 2, med fokus på kompetenceudvikling. Det er i fremtiden vigtigt at se på muligheden og behovet for at involvere flere faggrupper og gentænke opgaveløsningen mellem faggrupperne. Det er vigtigt, at der er mod til at tænke nyt ved inddragelse af nye faggrupper til løsning af de nye og mere komplekse opgaver, der skal udføres i de almenmedicinske tilbud. Man bør i større udstrækning se på om man kan inddrage civilsamfundet til gavn for borgernes sundhed. Det bliver eksemplificeret ved henvisning til den helhedsorienteret tilgang der arbejdes med i England ved [Bromley by Bow](#), det er positive takter. PS! har inviteret en repræsentant fra Bromley by Bow til den næste [Patientsikkerhedskonference 7.-8. oktober](#).

Det er ligeledes positivt at i udviklingen af de almenmedicinske tilbud, lægges op til større samarbejde med deling af administrative opgaver og udstyr, men lige så vigtig deling af personale og faglige kompetencer. Det kan skabe bedre faglige miljøer og bedre ressourceudnyttelse. Tværfagligt samarbejde i de almenmedicinske tilbud kan understøtte den faglige udvikling, arbejdsmiljø og skabe en struktur, hvor sparring og læring er i fokus og tæt på medarbejderne. Velkendte og robuste arbejdsgange og processer på tværs er vigtigt i samarbejdsstrukturer.

Forslag 3 (National fastsat opgavebeskrivelse) og forslag 4 (Omfordeling af ressource efter behov) ses som nødvendige redskaber til at skabe mere ensartet behandling på tværs af geografi, sygdoms- og sociale faktorer. I en national fastsat og forpligtende opgavebeskrivelse skal også være en klar prioritering og beskrivelse af opgaver, som ikke skal løses i de almenmedicinske tilbud. Der er i de almenmedicinske tilbud aktiviteter - ligesom i andre dele af sundhedsvæsenet - der ikke skaber værdi for patienterne med risiko for spild og overbehandling.

En central forudsætning gældende for forslag 2,3,4 og 8, er at man sikrer både de personalemæssige og økonomiske ressourcer *faktisk* flytter med opgaverne. Der skal sikres muligheder for løbende uddannelse og kompetenceudvikling af medarbejdere i de almenmedicinske tilbud. Medarbejderne skal føle sig kompetente til at udføre de mere komplekse opgaver, som de tænkes at løse i fremtiden. Det skal være fagligt udviklende og trygt for medarbejdere i de almenmedicinske tilbud, ellers bliver det udfordrende at tiltrække og flytte rundt på medarbejderne. Et trygt arbejdsmiljø med kompetente medarbejdere er vigtigt for patientsikkerheden¹.

Det er positivt, at der i forslag 5, anbefales et ledelsesmæssigt fokus på at sikre samarbejde mellem de almenmedicinske tilbud, sygehuse og andre aktører. Et tværgående ledelsesfokus med tværgående myndighedsansvar kan bidrage til at sikre flytning af de rette opgaver til rette tid. En ny organisering, nye strukturelle rammer og tværgående ledelsesfokus i de almenmedicinske gør det ikke i sig selv. Det er i den kliniske hverdag forandringerne skal udvikles, implementeres og føre til ændringer.

PS! støtter ligeledes op om vigtigheden af databaseret kvalitetsudvikling i de almenmedicinske tilbud. Kvalitetsudvikling og læring skal være understøttet af de rigtige, meningsfulde data. Data skal i større udstrækning komme i anvendelse lokalt og klinisknært. Det handler om den rette balance mellem at undgå overdokumentation, men indsamle de nødvendige data til udvikling og evaluering af ens forbedringsindsatser.

¹ Mental sundhed for sundhedsprofessionelle – et samarbejdsprojekt mellem samarbejde mellem Afdeling for Bedøvelse, Operation og Intensiv behandling, Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES) og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. <https://patientsikkerhed.dk/viden/emner/psykologisk-tryghed/>

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

I rapporten beskrives det, at borgerne i Danmark er nogle af de mest digitale i verden. PS! vil dog henvise til, at en stor gruppe borgere ikke er digitalt parate til en situation, hvor digitale løsninger udgør en stor del af tilbuddene. Vi lykkes ikke med den digitale transformation og der skabes ikke et sikkert sundhedsvæsen, hvis ikke vi indtænker løsninger, som kan inkludere alle. Vi risikerer derimod, at der opstår en ulig tilgængelighed til sundhedsydelser. PS! mener i den sammenhæng, at det er vigtigt, at der i forbindelse med udvikling og implementering af digitale løsninger laves forudgående risikoanalyser, hvor man inddrager uhensigtsmæssige og afledte konsekvenser på kort og lang sigt for bl.a. patientsikkerheden.

PS! vurderer også, at kapacitetsopbygning og kompetenceudvikling af bl.a. ledere, personale og borgere er en forudsætning for, at vi kan lykkes med den digitale transformation.

PS! støtter en bedre national styring af den digitale infrastruktur, der kan sørge for at der udvikles en samlet national informations- og datadeling på tværs af hele sundhedsvæsenet. PS! støtter tiltag der kan fjerne de barrierer – tekniske og juridiske - der hindrer medarbejdere i hurtigt, at få den relevante viden og patientoplysninger på tværs af enheder og sektorer, som kan understøtte patientsikker pleje og behandling af høj og ensartet kvalitet. Også her er udfordringerne i forskelle mellem servicelov og sundhedslov tydelige. PS! støtter op om, at der er brug for en national retning, innovation og support af digitaliseringen i det danske sundhedsvæsen.

PS! ser et stort potentiale i brugen af data - hvis det er de rette data der indsamles. Data kan med fordel bruges til udvikling af kvalitetsstandarder på tværs i Danmark. Herved kan vi sikre en ensartet kvalitet i sundhedsvæsenet. Her vil PS! foreslå, at man gør brug af Institute for [Healthcare Improvements pakkebegreb \(bundle\)](#), som redskab til at standardisere og udvikle kvalitetsstandarder. Denne tilgang understøtter, at kvalitetsstandarderne faktisk kan implementeres, da de fremstår så enkle som muligt.

PS! er enige i, at databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant. PS! har i mange år arbejdet med forbedringsarbejde rundt i hele Danmark og i flere af landet 98 forskellige kommuner. Der er stor variation i den måde data anvendes på og den kvalitet, der leveres. Ensrettede kvalitetsstandarder vil kunne fungere som en løftestang for, at borgere oplever samme høje kvalitet uanset, hvor man bor i landet. Her er det en forudsætning, at vi har klart definerede og prioriterede indikatorer og mål at arbejde efter.

For at få gavn af den enorme mængde tilgængelige sundhedsdata, er det vigtigt med øget kendskab til, hvordan vi kan anvende data og hvordan data sættes værdifuldt i spil i den kliniske hverdag. Data har ikke i sig selv værdi. Data bliver først værdifulde for borgere og medarbejdere, hvis der er kompetencer lokalt til at analysere og anvende data. Her vil PS! henlede opmærksomheden mod rapporten ["Tværsektoriel forløbsgennemgang i Region Sjælland"](#), som PS! udarbejdede i forbindelse med den såkaldte "amputationssag" i Region Sjælland. Her var forskellige datatyper omdrejningspunktet for at forstå kompleksiteten i sagen. Data var altafgørende for, at man kunne identificere problemerne, vurdere den kliniske kvalitet og identificere, hvor der var behov for at forbedre arbejdsgange og processer.

Data skal bruges med omtanke og hvor det giver mening. Vi skal dokumentere det rigtige og i tilstrækkelig grad, da dokumentation er en forudsætning for at kunne yde den rigtige

behandling og pleje mv. Data- og informationsdeling på tværs i sundhedsvæsenet skal understøtte sammenhængende patientforløb.

Men det handler om balance, da der aktuelt foregår overdokumentation med en stor dokumentationsbyrde for medarbejderne i sundhedsvæsenet.

Det har PS! vist i et samarbejde med Sønderborg kommune. [Projektet resulterede](#) i, at 92 papirskeemaer blev kasseret, arbejdsgange blev gennemgået og en tillidskultur fremfor kontrolkultur blev skabt. Det førte til mere borgernær tid for personalet, forbedret arbejdsgange og reduktion af spild. Til gavn for borgerne og ikke mindst medarbejdernes arbejdstidsudnyttelse og trivsel.

Anbefaling 3: Fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet – En National sundhedsplan

I udvikling af fremtidens mere bæredygtige sundhedsvæsen støtter PS! en tydelig national strategisk retning og styring af de forhånd værende personale- og økonomiske ressourcer. Der skal udvikles tiltag og styringsredskaber, der understøtter ligelig fordeling af ressourcer både geografisk og målrettet de borger der har det største behov, ellers vil uligheden i sundhed og patientsikkerheden blot vokse.

PS! finder overordnet, at de syv forslag i anbefaling 3 peger i den rigtige retning.

PS! er enig i en nødvendig prioritering mellem den specialiserede og almene sygehusbehandling. Der skal træffes modige prioriteringsbeslutninger for at opnå en mere balance-ret og bedre ressourceudnyttelse i det samlede sundhedsvæsen. Der skal skabes bedre sundhed og patientsikkerhed for de mange og ikke topklasse behandling for de få, men det handler om den rette balance. Det skal sikres, at det er de rette patienter der modtager behandling på et givent specialiseringsniveau, som det fremgår af forslag 6 vedrørende bedre styring af det specialiserede område.

PS! mener, der skal arbejdes mere målrettet på kun at tilbyde og gennemføre sundhedsaktiviteter, der har reel værdi for patienterne og gennemføre disse på rette indsatsniveau. Fremadrettet bliver det centralt med et større fokus på at undgå overforbrug, spild, overudredning, overdiagnostisk og overbehandling. Der savnes styringsredskaber til mere hensigtsmæssig og bæredygtig udnyttelse af de forhåndenværende ressourcer, særligt medarbejderressourcerne er centrale. Medarbejderne skal opleve meningsfuldt arbejde, der skaber reel værdi for patienterne, hvis de skal kunne rekrutteres og fastholdes i sundhedsvæsenet.

Nationale kvalitetsstandarder på tværs af landet og på tværs af sektorer med det formål at skabe mere ensartet behandling i hele landet, er en god idé. PS! anbefaler at man får integreret det nationale kvalitetsprogram, ind i en nationale sundhedsplan, med fokus på en kvalitetsudvikling, frem for kontrol, og med klare mål og resultater. Kvalitetsstandarder, som skal være for de mange, bør være generiske og rette sig mod områder som medicinering, ernæring, tidlig opsporing af sygdom mv. og have et langt mindre fokus på specialespecifikke standarder, som vil understøtte silotækning, hvorimod generiske standarder understøtter helhedstækning og sammenhæng.

Sammenhængende patientforløb på tværs af praksissektoren og sygehusene vil kræve mere end blot større forpligtelse, der har været med i paragraf 119, stk. 4 i sundhedsloven, - hvor der ellers har været mulighed for sygehusene for at give vidtstrakt rådgivning til kommunerne. Det kræver en langt større kulturændring i sundhedsvæsenet, tydeliggørelse af fælles ansvar for patienternes forløb på tværs og over tid, ophør med kasse og silotækning både indenfor sygehusene og i praksissektoren. Når medarbejderne er

presset på kapacitet og tid kan der være en tendens til at skubbe opgaver og behandlingsansvar fra sig.

PS! savner en tydeligere adressering af betydningen af de psykologisk og sociale faktorer på om en organisationsudvikling vil lykkes, og en klar forventningsafstemning om, hvornår ændringer forventes at slå igennem.

Bedre fordeling af læger - geografisk, mellem de lægefaglige specialer og mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen synes at være positive forslag, og de tilhørende styringsredskaber kan potentielt bidrage til den rette udvikling over tid: Men det tager tid. Styringsmodellerne kan opleves som begrænsninger i lægers muligheder og valgfrihed, men det synes at være nødvendige tiltag. PS! savner dog fokus på, hvordan man vil gøre geografiske områder og specialer mere attraktive gennem forbedret faglige muligheder og bedre arbejdsmiljø. Ligesom der hele vejen igennem savnes beskrivelse af den ulige fordeling og de geografiske udfordringer relateret til andre faggrupper f.eks. sygeplejersker og psykologer mfl.. Lighed i sundhed og patientsikkerhed kræver ligelig fordeling af alle de sundhedsfaglige sundhedskompetencer både geografisk, mellem specialerne og mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Samt bedre koordinering mellem de rette kompetencer og forventninger til opgaver der skal løses. F.eks. bør der ligeledes være et fokus på fordeling og udvikling af de rette kompetencer hen over hele døgnet i forhold til opgaveløsning og med fokus på at få et arbejdsliv og vagtplanlægning til at gå op.

Sundhedsvæsenet skal bredt set være en lærende organisation! Forslag fem om styrket forskning i det primære sundhedsvæsen er derfor positivt og hensigtsmæssigt. Forskning i udvikling af det primære sundhedsvæsen er nødvendigt i omstillingen af sundhedsvæsenet.

PS! er enige i at udvikling af sundhedsvæsenet kræver, at beslutningstagere og sundhedsprofessionelle har det bedst mulige vidensgrundlag at træffe beslutninger ud fra. Sundhedstjenesteforskning i det primære sundhedsvæsen, og forskning udført af andre end læger, kan og bør bestemt medvirke hertil. Dette fokus finder PS! positivt, og håber på et tydeligere og mere forpligtende finansieringsforslag til forskning i det primære sundhedsvæsen.

Men udvikling og læring i sundhedsvæsenet opnås ikke kun gennem lange forskningsprojekter og ph.d.-forløb. Det kan i lige så høj grad ske gennem mindre og datadrevet udviklings- og forbedringsprojekter, og gennem en fokus på deling og spredning af de gode løsninger på tværs af landet, på tværs af sektorer og på tværs af specialer. PS! har i projektet ["I sikre hænder"](#) vist, at det kan skabe forbedringer, implementeres og spredes på tværs af landet.

Anbefaling 4: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

PS! vil gerne anerkende, at kommissionen særskilt har behandlet psykiatriområdet, og dermed anerkendt psykiatriområdets særlige og store udfordringer.

Personer med psykiske lidelser er en særlig målgruppe, der oftere oplever manglende sammenhæng i forløb, mange afbrudte forløb og uklar ansvarsfordeling mellem flere sektorer og myndigheder, og hvis patientsikkerhed og lighed i sundhed er meget udfordret, hvilket bl.a. ses af den betydeligt kortere levetid for disse grupper.

PS! stiller sig dog tvivlende overfor om selve organisationsændringen vil medføre de effekter som der beskrives i rapporten – f.eks. hurtigere identifikation af somatiske lidelser og behandlingsløft af disse. Samt om det medfører at patienter med psykiske lidelser faktisk oplever det som færre overgange og mere sammenhængende forløb. De vil fortsat

opleve skift af behandlingsansvar imellem afdelinger, mellem somatikken og psykiatrien og mellem indsatser i sundhedsvæsenet og socialpsykiatrien.

PS! synes der er rigtig mange gode forslag i forhold til styrkelse af det tværsektorielle samarbejde. Fast tilknyttede læger til botilbud og fokus på at højne de sundhedsfaglige kompetencer og kvalitetsstandarder i socialpsykiatrien hilses velkommen. De forslag finder PS! vil have en positiv indflydelse på behandlingskvaliteten og for patientsikkerheden for denne målgruppe. Det kan skabe nogle bedre forudsætninger for mere sammenhængende patientforløb, men forslagene vurderes ikke tilstrækkelige.

I forhold til udbredelsen af digitale løsninger i psykiatrien er der store potentialer, men også mulige risici og afledte konsekvenser på kort og langt sigt. Hvilke betydninger har det for adgang og tilgængelighed og hvilken kvalitet kan ydes ved virtuelle behandlinger. Hvad gør digitale løsninger og digitale behandlingsformer ved det relationelle arbejde i psykiatrien, som kan være vigtig for at opnå behandlingsalliance og bedre patientcompliance. Har alle borgere adgang og kompetencer til at håndtere digitale løsninger. Implementering af digitale løsninger kræver grundige forudgående analyser og løbende evaluering af positive og negative effekter. PS har i en række sammenhænge analyseret og samlet viden om sikker anvendelse og implementering af [digitale løsninger](#), som bør anvendes i en kommende udvikling og spredning.

Anbefaling 5: Organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger /private aktører

PS! har ingen kommentarer til anbefaling 5 – organiseringen af private aktører. Men vil under denne anbefaling gerne udtrykke en bekymring vedrørende den ulighed, som en stigende forekomst og brug af private sundhedsforsikringer kan indebære, den ulighed der er i hvem der har private sundhedsforsikringer og den risiko det indebærer for endnu større ulighed i adgang til sundhedsydelser og ventetid for personer uden forsikring, og dermed ulighed i sundhed.

Anbefaling 6 – Implementering af reformer i sundhedsvæsenet

PS! finder det positivt, at der er et selvstændigt fokus på implementering. Om et sekretariat under Indenrigs- og Sundhedsministeriet er løsningsmodellen, kan vi dog have vores tvivl om. PS! kunne være bekymret for, om implementeringskompetencerne alene bliver lagt i et sekretariat og de lokale implementeringskompetencer underprioriteres. Det ses f.eks. i forbindelse med de rejsehold, som er drevet af Sundhedsstyrelsen, som har en kortsigtet positiv, men ikke blivende effekt. Spørgsmålet er, om implementeringskompetencerne bliver udviklet, forankret og prioriteret i tilstrækkelig grad lokalt. Der er et meget stort behov for at udvikle kapacitet til at skabe løbende forbedringer og at skabe de arbejdsgange på tværs, der er og bliver så hårdt brug for. Det sker ved at man systematisk og vedvarende sikrer kompetencerne til at skabe de gode arbejdsgange, også ledelsesmæssigt. Desuden må et ”reformsekretariat” ikke udvikle sig til endnu en kontrolenhed. Der er behov for, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes til udvikling, og ikke til mere kontrol. PS! vil derfor anbefale at der i tilknytning til et reformsekretariat etableres en følgegruppe med repræsentation af relevante aktører i sundhedsvæsenet, heriblandt patient og pårørende repræsentation. Ligesom sekretariat forpligtes til at initiere at der sker uddannelse og kompetenceudvikling lokalt.

Afslutning

Handling og implementering sker lokalt og i samarbejde. PS! har mange års erfaring med at understøtte at det vi aftaler i sundhedsvæsenet, faktisk bliver til noget, og bidrager meget gerne med ekspertise i den fremtidige udvikling af sundhedsvæsenet.

Slutteligt vil PS! gerne anerkende det meget store og grundige arbejde som sundhedsstrukturkommissionen har udført. PS! vil gerne anerkende og rose de vigtige analyser og perspektivering af sundhedsvæsenets udfordringer, som rapporten afdækker.

I arbejdet med at skabe forbedringer i sundhedsvæsenet, skal man altid stille tre spørgsmål:

- Hvad ønsker vi at opnå?
- Hvordan ved vi at en forandring er en forbedring?
- Hvilke tiltag skal vi iværksætte for at opnå den ønskede virkning?

Tillid og tryghed er en forudsætning for et sikkert sundhedsvæsen, der nyder opbakning hos borgerne. Derfor skal det, der besluttet have reelle, positive effekter og blive til noget.

PS! ser frem til at medvirke til at anbefalingerne omsættes til handling, implementeres og at gode løsninger spredes til hele landet.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Mona Lykke von Osmanski og Siri Tribler på vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
6. august 2024



Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt pr. e-mail til: sum@sum.dk

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialraadgiverne.dk · www.socialraadgiverne.dk · CVR DK 6335 6018

Høringsvar vedr.

Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dansk Socialrådgiverforening (DS) har med interesse læst *Sundhedsstrukturkommissionens rapport*, og takker for muligheden for hermed at fremsende vores bemærkninger til rapporten.

DS bakker op om målet for kommissionen, at opstille og belyse modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. DS er enig i, at sundhedsvæsenet skal gentænkes, og flere ressourcer skal investeres i det primære sundhedsvæsen for at opnå disse mål.

Overordnet savner DS, at rapporten har et stærkere fokus på en organisering, styring og ledelse, hvor det enkelte menneskes, borgerens, patientens oplevede behov gives bedre plads, til fordel for vægtningen af de enkelte diagnoser. Det kræver en bred tværfaglig tilgang og en bio-psyko-social referenceramme, hvor prioriteringer tilpasses det enkelte menneskes trivsel og udvikling.

For den enkelte borger, familie og pårørende i øvrigt, er der en lang række indsatser, som formelt ikke er sundhedsydelse, men i praksis har stor indflydelse på en forbedring af de pågældendes sundhed. Indsatser som netop kan betragtes som nærtliggende områder til sundhedsområdet. Og her savner vi forslag til konkrete tværsektorielle tiltag, der kan understøtte løsningen af disse udfordringer.

Konkret savner vi anbefalinger til, hvordan man kan skabe bedre sammenhæng mellem sundhedsvæsenet og nærtliggende sektorer, fx den kommunale indsats på social- og beskæftigelsesområdet, som et af svarene på mere lighed, nærhed og bæredygtighed, samt en styrket inddragelse, kvalitet og patientsikkerhed i indsatserne.

Sundhedssocialrådgivere og sundhedssocialrådgiverfaglig ledelse er i dag her en vigtig brobygger, med uddannelse til at se det hele menneske, til koordination, videndeling og inddragelse på tværs af både sundhedssektoren og tilgrænsede sektorer, herunder inddragelse og støtte til patienter og pårørendes systemforståelse og egen handlekompetence.

Sammenhæng handler jo også om, at et behandlingsforløb i sundhedssystemet spiller sammen med den beskæftigelsesrettede indsats i jobcenteret, den forebyggende foranstaltning i familieafdelingen og misbrugsbehandlingen i socialforvaltningen.

Når man bliver syg, så kan det nemlig påvirke både hele ens jobsituation, familieliv og sociale omstændigheder.

Og omvendt: Stress på arbejdet, udfordringer i familien eller sociale problemer kan manifestere sig med fysiske symptomer, som kræver behandling hos lægen eller et hospital.



For DS er det f.eks. helt indlysende, at sundhedssocialrådgiverne kobles tæt til de lokale sundhedscentre, som kommissionen vil etablere for at styrke den primære og borgernære del af sundhedsvæsenet.

Samlet set kræver det også styrket forskning indenfor sundhedssocialrådgivernes indsatsområder, samt udvikling af en specialuddannelse for sundhedssocialrådgivere indenfor sygehus (somatik og psykiatri), almen praksis og det kommunale sundhedsområde – uanset fremtidig organisering. Dette bør være i fokus ligesom for andre faggrupper som ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Konkrete kommentarer til 5 af de 6 generelle anbefalinger:

1. DS støtter intentionen i anbefaling 1, men savner et forslag om at styrke tværfagligheden i almenmedicinske tilbud. Socialrådgivere og andre fagfolk skal inddrages, både økonomisk og organisatorisk, for at støtte forebyggelse, behandling og trivsel.
2. DS støtter intentionen i anbefaling 2, men savner fokus på inddragelse af berørte mennesker, pårørende og fagfolk i udviklingen af en ny organisering, især med hensyn til etikken i et datadrevet sundhedsvæsen og borgernes adgang til egne data. Samspil med data fra andre sektorer bør også inkluderes.
3. DS støtter intentionen i anbefaling 3, men savner forslag, der vægter værdien af tværfaglige tilbud med fokus på det hele menneske og dets psyko-soziale behov. Indsatser udenfor sundhedsvæsenet, der påvirker helbred og trivsel, bør også overvejes.
4. DS finder anbefaling 4 spændende, da det kan gøre det lettere at hjælpe borgere med både psykiske og fysiske udfordringer. Det er samtidig vigtigt at sikre udvikling af psykiatrispecialer og tiltrække nødvendige ressourcer. Ligesom der bør være fokus på ressourcer til psykiatriforskning, som ofte bruger kvalitative metoder, i modsætning til den somatiske forsknings kvantitative metoder. Risikoen er at en sammenlægning kan skabe skæv konkurrence om forskningsmidler.
5. DS støtter intentionen i anbefaling 6, men mener, at der bør etableres en følgegruppe med bred repræsentation af relevante parter i sundhedsvæsenet, inklusive patienter, borgere og fagfolk. Medarbejderinddragelse er vigtig på alle niveauer, og der skal være en stærk ramme for medinddragelse af både ledere og medarbejdere på tværs af organisationen.

Som fagforening for socialrådgivere har DS ikke en entydig holdning til den fremtidige overordnede organisering af sundhedsvæsenet, men vi har stærke holdninger til, hvordan sundhedssocialrådgiverne med fordel kan spille en større rolle i fremtidens sundhedsvæsen. For det er en del af vores kernefaglighed at skabe sammenhæng, så når politikerne skal arbejde videre med kommissionens mange anbefalinger og forslag til en ny organisering af sundhedsvæsenet, så er det helt oplagt at tænke sundhedssocialrådgivernes faglighed ind.

Således bemærkningerne fra Dansk Socialrådgiverforening. Vi ser frem til at vores bemærkninger kan understøtte Ministeriet og Folketingets videre arbejde målrettet en hel nødvendig udvikling af sundhedsvæsenet, og stiller os gerne til rådighed for uddybende dialog hvis dette vurderes hjælpsomt.

Med venlig hilsen

Ditte Brøndum
Næstforperson
Dansk Socialrådgiverforening



Dansk Sygeplejeråds høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Dansk Sygeplejeråd takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. I den forbindelse vil Dansk Sygeplejeråd gerne benytte lejligheden til også at takke for den løbende inddragelse i følgegruppen til kommissionen.

28. juni 2024

Fra Dansk Sygeplejeråds side har vi meldt ud, at vi vil måle anbefalingerne på, om de løser de problemer, som borgere og patienter oplever, og som sygeplejersker og deres kolleger står med. Konkret vurderer vi afrapporteringen ud fra 7 principper:

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
DK-1250 København K

mandag-torsdag 9.00-16.00
fredag 9.00-15.00

Tlf: +45 33 15 15 55

www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

- 1) Sammenhæng på tværs af patient- og borgerforløb
- 2) Opgaver, kompetencer og økonomi skal følges ad
- 3) Data skal deles nemt og hurtigt på tværs af sektorer
- 4) Ældre- og sundhedsindsatsen skal tænkes sammen
- 5) Sundhedsfremme og forebyggelse skal prioriteres højt
- 6) Uligheden i sundhed skal mindskes
- 7) Demokratisk styring af sundhedsvæsenet gavner alle borgere.

Principperne er nærmere uddybet [her](#).

Det følgende høringssvar er delt op i hovedbemærkninger, uddybende bemærkninger til de tværgående anbefalinger samt øvrige bemærkninger.

Hovedbemærkninger

Særligt potentiale i de tværgående anbefalinger

Dansk Sygeplejeråd ser positivt på de tværgående anbefalinger. En udvikling af sundhedsvæsenet kommer et stykke ad vejen ved at have fokus på disse problemstillinger, og Dansk Sygeplejeråd kan derfor overordnet set anbefale at arbejde videre med disse.

Særligt ser vi også et behov for at integrere almen praksis endnu tættere med det øvrige sundhedsvæsen og løse udfordringer med data-delning på tværs.

Vi kan også bakke op om at arbejde mere systematisk med nationale kvalitetsstandarder, udvikling af det nære sundhedsvæsen og et

nationalt blik på fordeling af ressourcer. Dog bør udviklingen af det primære sundhedsvæsen ikke være på bekostning af det specialiserede, men kræve en ny investering. Hvis der overføres midler fra det specialiserede sundhedsvæsen, bør det ledsages af en tydelig prioritering af, hvad der ikke længere skal leveres.

Derudover sætter kommissionen et vigtigt fokus på, at mennesker med psykiske lidelser ofte har samtidige somatiske sygdomme, og vi kan derfor se gode perspektiver i en nytænkning af sammenhængen mellem psykiatri og somatik. Man bør være opmærksom på, ved en samling af områderne i samme sektor, at der kan være risiko for, at det fjerner fokus fra de psykiske problemstillinger.

Etablering af en følgegruppe i tilknytning til et reformsekretariat

Kommissionen foreslår som sin 6. anbefaling at etablere et reformsekretariat, som skal følge op på implementeringen af en sundhedsstrukturereform. Det ser Dansk Sygeplejeråd som et godt forslag, så en kommende reform får den betydning, den var tiltænkt.

Vi anbefaler, at der i tilknytning til reformsekretariatet etableres en følgegruppe med repræsentation af relevante parter i sundhedsvæsenet.

Fordele og ulemper ved forvaltningsmodeller

Dansk Sygeplejeråd peger ikke på en bestemt forvaltningsmodel, men vil gerne knytte nogle væsentlige overvejelser til de beskrevne modeller.

For det første kan Dansk Sygeplejeråd ikke bakke op om en model uden andre direkte folkevalgte end den ansvarlige minister, som foreslået i model 2. Patienter/borgere m.fl. skal løbende kunne holde beslutningstagerne ansvarlige for prioriteringer og beslutninger.

For det andet kan en reducere af antallet af regioner til tre – som foreslået som del af model 3 - give for stor afstand mellem de myndigheder, der træffer beslutninger om sundhed og patienter/borgere. Der er også en risiko for, at det kan forstærke en udkanteffekt, hvor drivkraften i udvikling af sundhedsvæsenet koncentrerer på færre enheder i de største byer. Derudover kan større geografiske regioner medføre uhensigtsmæssig ekstra transporttid, hvis man fx skal tage vagter på en anden matrikel eller til møde, eller for patienter i tilfælde af fordeling af specialiserede opgaver på færre enheder. Det gælder også for studerende ift. deres praktiksted, hvor der i dag i forvejen kan være meget store afstande.

For det tredje kan det – som foreslået i to af modellerne – styrke kædeansvaret at samle det kommunale ældre- og sundhedsområde med sygehusområdet. Dog bør det organiseres på en måde, så de nuværende kommunale sygeplejeopgaver og fokus på bl.a. forebyggelse ikke risikerer at blive nedprioriteret i et system med mange sygehusopgaver og begrænsede ressourcer. Ligeledes vil Dansk Sygeplejeråd advare mod kun at flytte *dele* af det kommunale ældre- og sundhedsområde, da det vil give nye og større snitfladeproblemer. Det kan fx give nogle alvorlige, nye brud i sammenhængen i patient- og borgerforløb, hvis man f.eks. adskiller akutsygeplejen fra hjemmesygeplejen.

Vi kan også fortsat se perspektiver i at bevare den nuværende struktur, hvis de kombineres med andre udviklingstiltag som bl.a. foreslået i de tværgående anbefalinger.

Uanset den valgte model skal det være med en stærk, forpligtende og systematisk ramme for medarbejdernes medinddragelse og medindflydelse.

Behov for yderligere anbefalinger på flere strukturelle niveauer

Generelt havde vi gerne set flere svar på, hvordan man – også inden for nye strukturer og snitflader – sikrer bedre sammenhæng, styrket kvalitet og patientsikkerhed i indsatserne. Strukturelle løsninger kan findes på flere niveauer, og vi anbefaler, at der i det videre arbejde med udvikling af sundhedsvæsenet også er fokus på mere faglige områder i forhold til strukturelle ændringer.

Her undrer det bl.a. Dansk Sygeplejeråd, at rapporten i langt højere grad har fokus på behandling end på sygepleje, forebyggelse og sundhedsfremme. Der er bl.a. brug for svar på, hvordan fremtidens sundhedsvæsen skal organiseres og prioritere sine ressourcer for at forebygge indlæggelser og undgå sygdomsforværring, ligesom der er brug for svar på, hvordan vi forbedrer folkesundheden.

Vi anbefaler, at man inden for en fremtidig struktur også svarer på, hvordan man vil sikre den gode overlevering og sammenhængende forløb, hvor der er tid til sygepleje og videndeling, og som sikrer, at borgeren/patienten understøttes i at have handlekompetencer i forhold til sin sygdom og sit videre forløb. Netop sygeplejersker er uddannet til at varetage klinisk lederskab i et tværfagligt samarbejde og kan således spille en særlig rolle i forhold til forløbskoordination på tværs.

Uddybning vedr. de tværgående anbefalinger

I det nedenstående uddybes Dansk Sygeplejeråds hovedbemærkninger, hvor der dykkes mere ned i de tværgående anbefalinger.

Anbefaling 1 om ændret organisering af den almenmedicinske tilbud

Dansk Sygeplejeråd bakker op om tankerne i anbefaling 1 om en stærkere central styring af almen praksis gennem bl.a. en national opgavebeskrivelse og bedre muligheder for, at den relevante myndighed kan træffe beslutninger vedr. almen praksis. Flere krav til almen praksis vil bl.a. sikre en mere ensartet kvalitet, større patientsikkerhed og mere lighed i sundhed. Det vil også styrke et mere forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen til gavn for sammenhængen i patient- og borgerforløb.

Ligeledes bakker vi op om, at der skal arbejdes mere tværfagligt, og at der skal findes løsninger, der udnytter kompetencerne i almen praksis bedre, herunder at sygeplejersker kan løfte en større opgave i forhold til borgere med kronisk sygdom i stabile forløb. Det har været foreslået flere gange før, men mangler endnu at blive implementeret i sit fulde potentiale. En sådan udvikling vil især være understøttet af, hvis flere sygeplejersker får mulighed for at efter- og videreuddanne sig eksempelvis inden for specialuddannelsen i borgernær sygepleje og APN-uddannelsen (Advanced Practice Nurse).

Vi tager til efterretning, at kommissionen foreslår, at almen praksis skal være repræsenteret i sygehusledelsen. Vi anbefaler en tilsvarende model for den kommunale sygepleje, såfremt der arbejdes videre med model 1 (eller 2). Det vil bl.a. kunne sikre et større fokus på forebyggelse og sammenhængende patientforløb i de beslutninger, der træffes i sygehusledelsen.

Anbefaling 2 om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Dansk Sygeplejeråd kan bakke op om, at der sættes fokus på digitalisering af data. Anbefalingen har potentiale til at løse konkrete problemer tæt på borgere, patienter og medarbejdere.

Især ser vi et behov for at fjerne barrierer, der vanskeliggør datadeling på tværs i et borgerforløb til alle de faggrupper, der har behov for det. Det gælder bl.a. sygeplejersker i det kommunale sundhedsvæsen, hvor mange oplever enten ikke at få den relevante viden eller få den med meget stor forsinkelse. Dansk Sygeplejeråd vil derfor anbefale, at fokus især bliver på, at medarbejderne i sundhedsvæsenet bliver bedre i stand til at dele journaler på tværs af sektorer, da det primært er dér, udfordringen ligger i dag.

Anbefalingen indeholder også et forslag om en styrket koordination og udbredelse af innovative løsninger, så de kommer flest mulige medarbejdere og borgere til gavn. Det er et vigtigt fokus, som ikke bør begrænse sig til en anbefaling, som handler om data og digitalisering. Også generelt er der brug for forslag til, hvordan vi på tværs i sundhedsvæsenet kan blive bedre til at lære af gode innovative eksempler om f.eks. bedre brug af kompetencer, faglig ledelse, gode arbejdsgange osv.

Derudover vil vi anbefale, at national koordinering af sundhedsinnovation og teknologi ikke organiseres sammen med et fokus på data og it-systemer. Selvom de to områder spiller sammen, da sundhedsinnovationen er datadrevet, så er der grundlæggende tale om forskellige opgaver med forskellige kompetencer i spil. Vi kan være bekymrede for, at fokus på innovation og teknologi kan blive nedprioriteret i forhold til data- og it-system-opgaven.

Uanset hvad bør enhver udvikling og organisering af løsninger inden for digitalisering og data ske med tæt inddragelse af de medarbejdere og ledere, som skal bruge det i hverdagen med patienter og borgere.

Anbefaling 3 om tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en national sundhedsplan

Dansk Sygeplejeråd bakker op om, at der er bug for et tværgående blik på sundhedsvæsenet. Særligt er vi positive overfor, at kommissionen anbefaler en videreudvikling af kvalitetstandarderne for det primære sundhedsvæsen. Dansk Sygeplejeråd mener, at det er en forudsætning for ensartet, høj kvalitet og patientsikkerhed, at der er nationale forpligtende kvalitetsstandarder for alle dele af sundhedsvæsenet.

Det er meget positivt og nødvendigt, at det foreslås, at planen også omfatter styrket forskning i det primære sundhedsvæsen, og at flere forskellige faggrupper skal tage en ph.d.

Dog kan Dansk Sygeplejeråd være i tvivl om, hvorvidt forslaget vil blive realiseret i et nødvendigt omfang, når finansieringsforslaget er, at det skal være op til den ansvarlige myndighed at prioritere indsatsen. I en situation, hvor ressourcerne ikke slår til, kan vi være bekymrede for, at indsatsen ikke vil blive prioriteret.

Det overordnede fokus på at styrke det nære sundhedsvæsen bl.a. med flere midler er positivt. Dansk Sygeplejeråd er enige i behovet,

da vi oplever, at især kommunerne ikke har de tilstrækkelige rammer til at sikre nødvendig kompetenceudvikling, forskning og ressourcer til at løfte i stigende grad specialiserede og komplekse opgaver.

Men en styrkelse af det primære sundhedsvæsen bør ikke ske på bekostning af det sekundære sundhedsvæsen, som også igennem en årrække har været underfinansieret. Midlerne kan ikke undværes i det specialiserede sundhedsvæsen uden alvorlige forringelser af kvalitet og patientsikkerhed. Hvis der overføres midler fra det specialiserede sundhedsvæsen, bør det ledsages af en tydelig prioritering af, hvad der ikke længere skal leveres.

Anbefaling 4 om styrket sammenhæng og kvalitet i psykiatrien

Dansk Sygeplejeråd vil gerne anerkende, at kommissionen fremhæver psykiatrien som en del af sundhedsvæsenet, hvor der er brug for bedre rammer. Vi er enige i, at der er en problemstilling i forhold til også at håndtere somatisk sygdom for borgere mere psykisk sygdom.

Vi ser positivt på de stillede forslag om bl.a. faste læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for socialpsykiatrien og tværsektorielle samarbejdsfora. Dog vil vi også lede opmærksomheden over på potentialet ved at have fast tilknyttede APN-sygeplejersker i psykiatrien, som man bl.a. har i Holland. De har særlige kompetencer til bl.a. at kunne hjælpe mennesker med psykiske lidelser med at navigere i overgangene og styrke sammenhængen i patient- og borgerforløb.

Anbefaling 5 om private aktører og patientrettigheder

Kommissionen finder desværre ikke anledning til at lave anbefalinger vedrørende private sundhedsforsikringer.

Kommissionen beskriver, at stort set alle privatansatte har en sundhedsforsikring, og at det ofte er personer uden tilknytning til arbejdsmarkedet, som ikke har. Kommissionen omtaler desværre ikke de offentligt ansatte, som ofte heller ikke har en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring.

Det undrer Dansk Sygeplejeråd, at kommissionen begrænser sin argumentation til andelen af de samlede sundhedsudgifter og ikke forholder sig til f.eks. forskel i ventetid, medfølgende gener o. lign. Dansk Sygeplejeråd er bekymrede for udviklingen i private sundhedsforsikringer, som risikerer at skabe et A- og B hold af patienter og dermed øge ulighed i sundhed. Vi anbefaler derfor, at en kommende reform tager hånd om denne problemstilling.

Øvrige bemærkninger

Strukturer løser ikke problemer alene

Dansk Sygeplejeråd er meget enige i kommissionens indledende betragtninger om, at ændrede strukturer ikke alene vil løse sundhedsvæsenets udfordringer, men at det også forudsætter en prioritering af behandling, attraktive arbejdspladser og at opgaverne løses fleksibelt og med de rette kompetencer.

Attraktive arbejdspladserne i sundhedsvæsenet er forudsætningen for, at borgere og patienter kan opleve at modtage sundhedsydelser som f.eks. sygepleje med høj kvalitet og patientsikkerhed. Gode arbejdspladser er også nødvendige for, at sundhedsvæsenet kan rekruttere nye sygeplejestuderende til faget, og for at sygeplejersker kan fortsætte så længe som muligt i faget.

Opmærksomhed på uddannet personale

I forlængelse af ovenstående er der en særlig problemstilling i, at der i disse år indgår et stigende antal ufaglærte i opgaveløsningen. Denne udvikling og betydningen for bl.a. patientsikkerhed og kvaliteten i indsatserne bør have en særlig opmærksomhed i diskussionen om kompetencer i fremtidens sundhedsvæsen.

Manglende fokus på faglig ledelse

Kommissionen fokus på forandringsledelse er positivt. Men det undrer Dansk Sygeplejeråd, at der stort set ikke er fokus på faglig ledelse i kommissionens rapport.

Der er brug for sygeplejefaglig ledelse på alle niveauer i sundhedsvæsenet til bl.a. at understøtte kerneopgaven og et helhedsblik på bl.a. kommunikation og relation i patient- og borgerforløbet.

Manglende fokus på det juridiske grundlag for midlertidige pladser

Rapporten giver desværre ikke et tilstrækkeligt svar på, hvordan man med et stærkere juridisk grundlag for de midlertidige pladser højner kvaliteten, patientsikkerheden og den geografiske lighed. Det er en problemstilling, som flere har rejst og påpeget, at der bør findes strukturelle løsninger på.

Manglende samtænkning af sundhed og ældre

Vi savner også bud på, hvordan sundhed og ældre tænkes tæt sammen. Efter en aftale om en ældrereform uden kobling til sundhed har vi ventet at se det tydeligere skrevet frem i kommissionens anbefalinger.

Manglende forslag vedr. sundhedsplejen

Noget af det, vi i Dansk Sygeplejeråd har peget på, er potentialet ved den rolle, som sundhedsplejen kan spille i tidlig opsporing af mental mistrivsel i forhold til børn og unge. Derfor ærgrer det Dansk Sygeplejeråd, at kommissionen vurderer, at sundhedsplejen "ikke er et centralt led i omstillingen af sundhedsvæsenet", og at den derfor ikke har behandlet området.

Opmærksomhed på den uro, som en reform vil skabe

Det bør bemærkes, at enhver større omstilling af sundhedsvæsenet erfaringsmæssigt trækker mange mentale og økonomiske ressourcer, som kan strække sig igennem mange år og som også indebærer en vis risiko for at trække opmærksomheden væk fra patienterne og kerneopgaven.

Sygeplejersker og deres kolleger har i særdeleshed oplevet ustabilitet og store krav til deres omstillingsparathed de senere år i forbindelse med bl.a. coronainsatsen, sygeplejerskestrejken i 2021, udsigt til reform af professionsbacheloruddannelser mv. Når man dertil lægger, at sundhedsvæsenet generelt er presset på bl.a. tid og ressourcer, bør man i det kommende arbejde være særlig opmærksom på, hvilken uro, det potentielt kan skabe med meget store forandringer og deraf store og skiftende krav til medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet.

Medarbejderinddragelse er centralt

Uanset hvordan de kommende forandringer må se ud, er det vigtigt, at medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet får indflydelse på deres fremtidige arbejdspladser. Det skal bl.a. sikre, at de fremtidige rammer understøtter, at medarbejdere og ledere kan levere indsatser af høj faglig kvalitet til gavn for patienter og borgere. Derfor bør det sikres, at der er en stærk, forpligtende og systematisk ramme for medarbejdernes medinddragelse og medindflydelse.

Vi ser frem til en spændende politisk dialog om udvikling af sundhedsvæsenet. Vi ser en udvikling som helt nødvendig på en række punkter og bidrager meget gerne.

Med venlig hilsen



Dorthe Boe Danbjørg
Forkvinde i Dansk Sygeplejeråd

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

3/07/24

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Danske Bioanalytikere takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Vi deler analysen af udfordringsbilledet og er positive overfor de seks centrale hensyn i rapporten. Det er hovedrapporten, som vi kommenterer på, og vi sætter fokus på, hvordan diagnostikken kan hjælpe til at indfri anbefalingerne om at skabe et sundhedsvæsen med bedre sammenhæng og øget lighed.

Hovedbudskaber

- Danske Bioanalytikere støtter anbefalingerne om styrket sammenhæng i sundhedsvæsenet og uanset hvilken struktur, der bliver besluttet, så bør der indføres et kædeansvar for kvalitetssikring af diagnostik, sådan at der er en høj, ensartet kvalitet uanset, hvor der bliver foretaget diagnostiske prøver eller undersøgelser. Patienter og pårørende har brug for diagnostik, man kan stole på, så mere behandling kan foregå tæt på og unødvendige indlæggelser forebygges.
- Danske Bioanalytikere ser det som yderst relevant at udvikle kvalitetsstandarder, som går på tværs af sektorer som led i en national sundhedsplan. Det vil være oplagt med kvalitetsstandarder for samarbejde om kvalitetssikring af diagnostik i det primære sundhedsvæsen for at sikre ensartet kvalitet i alle led af sundhedsvæsenet.

Danske Bioanalytikere ser gerne, at man politisk tør at tage fat og for alvor gøre noget ved sammenhæng, lighed og ensartet kvalitet på tværs af det samlede sundhedsvæsen. Men uanset hvilken struktur for sundhedsvæsenet, der bliver besluttet, så bør det sikres, at der kommer styr på kvaliteten af de diagnostiske tests, som udføres uden for sygehusene. Det kan sikres via et kædeansvar for kvalitetssikring af diagnostik, hvor sygehuse understøtter, at sundhedspersoner i det primære sundhedsvæsen bliver klædt på til at kunne foretage diagnostik af ordentlig kvalitet (se vores forslag til kædeansvar for sikker diagnostik vedlagt som bilag). Patienter og pårørende har brug for sikker diagnostik, der er til at stole på, så man ikke risikerer en unødigt indlæggelse eller at noget bliver overset. Hjemmebehandling fungerer også kun sikkert og effektivt, når der samtidig er diagnostik af høj kvalitet i hjemmet.

Vores forslag om samarbejde mellem sygehuse og aktører i det primære sundhedsvæsen flugter med anbefalingen om, at sygehuse i højere grad vender hovederne ud mod det nære og hjælper til at styrke og udvikle kvaliteten dér. Derfor vil vi indledningsvist kommentere på udvalgte forslag til anbefaling 3.

Sekretariatet
Peter Bangs Vej 7A, 3 etage
2000 Frederiksberg
Tlf: 4422 3246
dbio@dbio.dk
www.dbio.dk
Jyske Bank
5043-1308159

Kommentarer til anbefaling 3, forslag 1: Tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen

Som beskrevet indledningsvist ser Danske Bioanalytikere gode muligheder i, at medarbejdere fra sygehuse i højere grad vender hovederne mod det primære sundhedsvæsen og understøtter, at flere borgere kan have forløb i det primære sundhedsvæsen.

Bioanalytikere fra sygehuslaboratorierne indgår i dag allerede i faste samarbejder med almen praksis i form af laboratoriekonsulentordningen, hvor de understøtter kvalitetssikring og -udvikling af diagnostik foretaget i almen praksis. Det fungerer i dag og gælder alle i almen praksis. Men der er et stort potentiale til, at bioanalytikere fra sygehuslaboratorierne indgår flere samarbejder med kommuner og præhospitale enheder, hvor de foretager eller ønsker at foretage mere diagnostik i det primære sundhedsvæsen. Via faste samarbejder om oplæring og kvalitetssikring af diagnostik kan der ske en omstilling, hvor langt mere behandling kan foregå tæt på borgere og i egne hjem og flere indlæggelser vil kunne forebygges.

I dag findes der kun anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen om kvalitetssikring af diagnostik i forhold til kommunale akutteams (Kvalitetsstandarder for kommunale akutteams, 2023). Men det er langt fra alle kommunale akutteams, som har indgået samarbejde om kvalitetssikring af den diagnostik, de udfører. I en opgørelse af Danske Bioanalytikere fra januar 2024 fremgår det, at 62 ud af de 98 kommunale akutteams endnu ikke har etableret samarbejder med sygehuslaboratorier (klinisk biokemisk afdeling) om kvalitetssikring af blodprøver, herunder både POCT-tests og venøse blodprøver (se kort over opgørelsen i bilag sidst i høringssvaret). Og så er der alle de andre steder i kommunerne (fx plejehjem) og præhospitale enheder, hvor der også foretages POCT-tests, men hvor der ikke er anbefalinger eller samarbejder om kvalitetssikring.

Det er nødvendigt at al diagnostik i det primære sundhedsvæsen er til at stole på. Der kan let ske fejl som fx betyder, at borgere bliver fejllindlagt pga. fejlmåling af hæmoglobin i blodet eller at en urinvejsinfektion overses pga. fejlmålinger med urinstix. Som patienter, der skal modtage behandling i eget hjem, skal man fx også være tryk ved, at det fungerer, og det kræver, at der løbende er korrekt monitorering af ens sygdom. I bilaget om forslag til kædeansvar for sikker diagnostik, som findes sidst i høringssvaret, er det nærmere beskrevet, hvordan sygehuslaboratorier understøtter at mere diagnostik kan varetages sikkert i det primære sundhedsvæsen.

Det er vigtigt at fremhæve, at der bliver behov for at afsætte ressourcer til at medarbejdere fra sygehuslaboratorier i højere grad kan understøtte sikker diagnostik i det primære sundhedsvæsen. Det kan være med midler fra det primære sundhedsvæsen, da formålet er at understøtte, at der bliver foretaget sikker diagnostik i det primære sundhedsvæsen. Det vil ikke være voldsomme beløb, men skulle understøtte, at der er medarbejdere nok til at kunne indgå i tætte samarbejder med aktører i det primære sundhedsvæsen.

Under forslag 1 til anbefaling 3 bliver det desuden beskrevet, at et kommende nationalt prioriteringsråd skal have mandat til at forholde sig til reduktion i unødvendig sygehusaktivitet som led i omstilling af sundhedsvæsenet. Her finder Danske Bioanalytikere det særligt relevant at påpege, at det diagnostiske område skal inkluderes i et nationalt prioriteringsråd. Diagnostikken driver meget af den unødvendige aktivitet, som foregår i sygehusvæsenet. Og det gælder i øvrigt også i det primære sundhedsvæsen. Derfor er det vigtigt at sygehuslaboratorier inddrages i arbejdet med bedre prioritering, da de også kan sikre, at der foretages mindre unødvendig diagnostik i det primære sundhedsvæsen – det øger nemlig også presset på sygehuse, da de kan modtage patienter på fejlagtigt grundlag. Der er allerede mange initiativer i gang på sygehuse for at reducere unødvendig diagnostik, hvilket er inspireret af organisationen Vælg Kloget. Det er arbejde bioanalytikere bidrager til i dag på sygehuse og gerne bringer med ud i deres samarbejder med aktører fra det primære sundhedsvæsen.

Kommentarer til anbefaling 3, forslag 3: Videreudvikling af kvalitetsstandarder og krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen

Danske Bioanalytikere ser det som yderst relevant at udvikle kvalitetsstandarder på det diagnostiske område, som går på tværs af sektorer som led i en national sundhedsplan. Det vil være oplagt at udvikle overordnede kvalitetsstandarder, som sikrer, at der bliver etableret samarbejde om kvalitetssikring af diagnostik mellem sygehuslaboratorier og relevante aktører i det primære sundhedsvæsen. Det vil sikre en udvikling af ensartet kvalitet i diagnostik i alle led af sundhedsvæsenet, hvilket der langt fra er i dag. Som beskrevet i ovenstående afsnit, så er det nærmere undtagelsen end reglen, at der i dag er ensartet kvalitet i diagnostik i det primære sundhedsvæsen, når man ser bort fra almen praksis. Som borgere eller patient i det primære sundhedsvæsen skal man kunne forvente, at den prøve man får taget, er af lige høj kvalitet uanset om den er taget af en sundhedsperson i kommunen eller i almen praksis.

Det er desuden vigtigt at fremhæve, at nationale kvalitetsstandarder skal være overordnede og indeholde krav om, at der skal være samarbejder om kvalitetssikring af diagnostik mellem sygehuslaboratorier og aktører i det primære sundhedsvæsen, men at der samtidig skal være mulighed for at tilpasse kvalitetssikringen den konkrete kontekst. Der vil være forskellig geografi, organisering og det vil variere hvilke diagnostiske tests, som er relevante at udføre. Alt det har indvirkning på, hvordan der skal samarbejdes om oplæring og kvalitetssikring.

Kommentarer til anbefaling 3, forslag 7: Sundhedscentre som ramme for indsatser i det primære sundhedsvæsen og attraktive arbejdspladser

Danske Bioanalytikere ser gerne at mere diagnostik kan varetages udenfor sygehusene i sundhedscentre, der hvor der er langt til nærmeste sygehus. Der er gode erfaringer med at etablere diagnostik i sundhedshuse, som varetages af bioanalytikere og andre faggrupper, der er tilknyttet sygehuse, men også arbejder i sundhedscentre.

Det er vigtigt, at der i sundhedscentrene er tilknytning til sygehuslaboratorier for at sikre et ordentligt kvalitetsniveau og at procedure kører på samme måde som på sygehuse. Samtidig vil der for bioanalytikere ikke være et stærkt nok fagligt miljø i sundhedshuse. Derfor skal diagnostik i sundhedshuse drives som satellitfunktion fra sygehuslaboratorier. Men der vil selvfølgelig også kunne være anledning til mere tværfagligt samarbejde mellem bioanalytikere og andre faggrupper i sundhedshuse og det vil være relevant med bredere kendskab til hinandens kompetencer for bedre tværfaglige samarbejder.

I det følgende vil vi kommentere på anbefaling 1, 2 og 6 og udvalgte tilhørende forslag.

Kommentarer til anbefaling 1, forslag 8: Udbredelse af netværksorganisering

Danske Bioanalytikere er positive overfor forslaget om netværksorganisering i de almenmedicinske tilbud, hvor flere opgaver løses tværfagligt mellem læger og blandt andet bioanalytikere. Der er allerede ansat bioanalytikere i almen praksis i dag og de kan løse mange forskellige funktioner, som frigiver tid til, at lægen kan bruge sin tid bedst muligt.

Bioanalytikere i almen praksis kan i større praksisser drive og kvalitetssikre mindre laboratoriefunktioner, sådan at de fleste relevante prøver kan håndteres i almen praksis og sikre hurtige prøvesvar. Men bioanalytikere kan løse langt flere opgaver end de, der vedrører diagnostik, og mange bioanalytikere arbejder i praksis med praksismanagement, akkreditering, monitorering og kronikerrådgivning. Derudover kan bioanalytikere i almen praksis bistå med analyse og fortolkning af prøver, hvor lægen er i tvivl om prøveresultatet og bioanalytikere kan være bindeled til sygehuslaboratorierne, hvortil de har kendskab og forståelse i forhold til at kunne sparre med medarbejdere fra laboratorierne om diagnostiske tests.

Der er altså potentiale til at sikre hurtige og korrekte prøvesvar, ofte inden patienten har forladt klinikken, få bistand til kronikerindsatsen og højne patientsikkerheden ved at have bioanalytikere som del af den tværfaglige opgavevaretagelse i almen praksis.

Kommentarer til anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Danske Bioanalytikere bakker op om anbefalingen om bedre brug af digitale løsninger og data til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed.

Der mangler i dag ét sted, hvor data om prøve- og undersøgelsesvar samles og kan tilgås af sundhedspersoner på tværs af sundhedsvæsenet. I dag bliver der taget mange gentagende prøver, fordi der ikke er mulighed for at dele data på tværs af sektorer. Når mere diagnostik bliver rykket ud i det primære sundhedsvæsen, øges behovet for, at resultater fra prøver og undersøgelser foretaget dér (i kommunen eller almenpraksis) kan tilgås i det sekundære sundhedsvæsen og omvendt.

National samling af data fra det diagnostiske område vil desuden muliggøre bedre kvalitetsudvikling og læring på tværs af sundhedsvæsenet. I dag kan data fra kommuner, almen praksis og sygehuse ikke samles. Det vil fx være muligt at overvåge om, der er udsving i prøveresultater enkelte steder, som følge af fejl i udstyr eller håndtering af prøverne. På den måde kan der foretages bedre kvalitetssikring og -udvikling til gavn for patienters sikkerhed og korrekt behandling. I Norge bliver data fra det diagnostiske område samlet og en national enhed, Noklus, står for ekstern kvalitetssikring, akkreditering og kvalitetsudvikling inden for diagnostikken. På den måde sikres løbende kvalitetsforbedringer af den diagnostiske praksis på tværs af hele sundhedsvæsenet i Norge.

I anbefaling 2 er det beskrevet, at bedre overvågning af data fra det diagnostiske område kan bidrage til hurtigere diagnostik. Men vi finder det væsentlig at pointere, at det ikke blot kan bidrage til hurtigere diagnostik, men også bidrage til, at løse problemer med for meget unødvendig diagnostik jf. rapportens reference til Robusthedskommissionens beskrivelse af uhensigtsmæssig behandling og diagnostik. Vi er glade for, at der i rapporten refereres til Robusthedskommissionens beskrivelse af uhensigtsmæssig behandling og diagnostik, da det bidrager til at presse sundhedsvæsenet. Vi håber, at fokus på at reducere unødvendig diagnostik og behandling vil få en plads i en kommende sundhedsreform.

Med bedre overvågning af data fra det diagnostiske område vil det blive lettere at se mønstre og identificere, hvor der foretages unødige prøver eller undersøgelser i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt i forhold til at sikre, at

ressourcerne i sundhedsvæsenet bliver brugt, der hvor der er behov, ved at undgå unødige diagnostik, der ofte vil være anledning til uhensigtsmæssig behandling.

Kommentarer til anbefaling 6: Implementering af reformer i sundhedsvæsenet

Danske Bioanalytikere finder det yderst relevant, at der er en særlig opmærksomhed på implementeringen af reformer i sundhedsvæsenet og at medarbejdere inddrages og får indflydelse på deres fremtidige arbejdspladser. En reform vil få en stor påvirkning på arbejdsmiljøet blandt ansatte i sundhedsvæsenet, da det er voldsomt at gennemgå store omstillinger.

Kæden er ikke stærkere end det svageste led og det er derfor vigtigt, at en del af implementeringen handler om at understøtte et godt arbejdsmiljø, da vi ellers risikerer, at endnu flere medarbejdere i sundhedsvæsenet søger til det private arbejdsmarked. Det er særlig aktuelt blandt bioanalytikere, hvor der fra 2005 til 2021 har været en stigning på 61% i antallet af bioanalytikere, der har søgt fra det offentlige til det private. Vi får ikke et bedre sundhedsvæsen uden kompetente medarbejdere.

Danske Bioanalytikere foreslår derfor, at der nedsættes en følgegruppe med repræsentation af relevante parter i sundhedsvæsenet.

Løn og ansættelsesvilkår

Afslutningsvis vil vi lige gøre opmærksom på løn og ansættelsesvilkår i forbindelse med en sundhedsreform. Vi forventer ikke, at en ny struktur er en anledning til at forringe løn og ansættelsesvilkår eller arbejdsmiljøet. Bioanalytikere og laboranter har længe været pressede af mangel på kvalificeret arbejdskraft på laboratorieområdet og det er afgørende, at der uanset en ny struktur på sundhedsvæsenet fortsat er fokus på et godt og sundt arbejdsmiljø – så medarbejderne kan holde til det. Hele arbejdslivet.

Vi uddyber meget gerne vores høringssvar og står til rådighed for yderligere sparring og bidrag.

Venlig hilsen

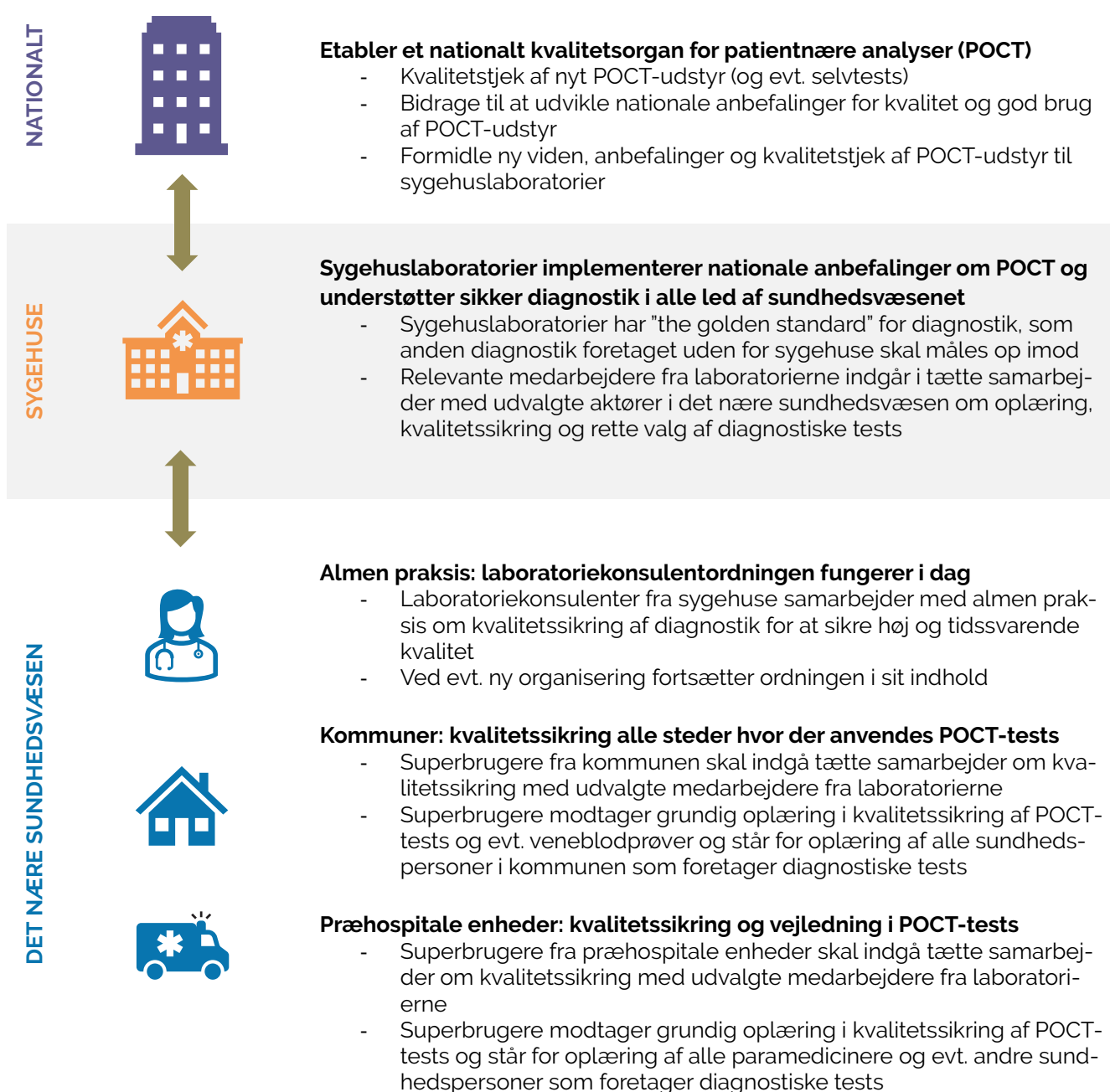
Martina Jürs
Formand, Danske Bioanalytikere

Bilag: Forslag til kædeansvar for sikker diagnostik i hele sundhedsvæsenet

Konkret forslag til organisering af kædeansvar for kvalitetssikring af diagnostik

Med udsigt til en omstilling af sundhedsvæsenet, hvor langt mere behandling skal foregå i det nære sundhedsvæsen og i egne hjem, skal borgere og patienter også have adgang til diagnostik af høj kvalitet. Det stigende antal patientnære analyser (POCT) skal være til at stole på og bidrage til at forebygge indlæggelser. POCT-udstyr er ikke lige godt til at måle symptomer på sygdomme og forkert håndtering kan også give fejlmålinger, sådan at sygdom overses eller borgere bliver unødigt indlagt. Uanset udfaldet af en sundhedsreform, vil der derfor være behov for et kædeansvar for at sikre kvaliteten af diagnostik i alle led af sundhedsvæsenet – især uden for sygehusene.

MODEL OVER KÆDEANSVAR FOR SIKKER DIAGNOSTIK



NATIONALT

Et nationalt kvalitetsorgan for POCT-udstyr kan etableres selvstændigt eller kobles op på den myndighed, som får ansvar for en national kvalitetsplan. For at kunne være sikre på, at POCT-udstyr (både måleudstyr anvendt af sundhedspersonale og evt. selvtests) har en pålidelig kvalitet, skal et nationalt kvalitetsorgan validere alt nyt POCT-udstyr, der kommer på markedet i Danmark. Under covid-19 var der tydeligt et behov for det, da mange af de antigentests, som blev benyttet, var af så ringe kvalitet, at de kun fangede en meget lille andel af smittetilfældeneⁱ. Men der er også meget andet POCT-udstyr på markedet og i kommuner i dag, som er af tvivlsom kvalitet.

Et nationalt kvalitetsorgan vil desuden kunne indsamle viden om typiske diagnostiske fejl og formidle ny viden, anbefalinger og kvalitetstjek af POCT-udstyr til sygehuslaboratorierne, som omsætter viden til praksis på sygehuse og ud i alle led af det nære sundhedsvæsen via samarbejder om kvalitetssikring.

SYGEHUSE

Sygehuse skal fungere som bindeled mellem nationale anbefalinger om POCT-udstyr og alle de steder i det nære sundhedsvæsen, hvor der foretages diagnostiske tests. Konkret skal relevante medarbejdere fra sygehuslaboratorier samarbejde om kvalitetssikring af diagnostik med almen praksis, kommuner og præhospitale enheder. Det er afgørende at kvalitetssikringen foregår i tætte samarbejder og med konkrete samarbejdsaftaler, sådan at kvalitetssikringen kan tilpasses den konkrete kontekst (geografi, organisering) og behov i forhold til hvilke prøver, der er relevante (POCT-tests og evt. veneblodprøver).

Forslag til organisering af POCT-udstyr på sygehuse er nærmere beskrevet af Dansk Selskab for Klinisk Biokemi (DSKB)ⁱⁱ. Bliver der etableret et nationalt kvalitetsorgan, som kvalitetstjekker nyt POCT-udstyr, kan det stadig være relevant med konkret kvalitetstjek og vejledning til indkøb af POCT-udstyr fra sygehuslaboratorier til kliniske afdelinger og aktører i det nære sundhedsvæsen.

DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Det vil ikke være muligt for personale fra sygehuslaboratorier (det vil særligt være klinisk biokemi) at oplære alle, der udfører diagnostik i det nære sundhedsvæsen. Derfor skal det være såkaldte superbrugere, som er sundhedspersoner, fra kommuner og præhospitale enheder. I almen praksis fungerer laboratorie-konsulentordningen i dag og den er tilpasset forholdene i almen praksisⁱⁱⁱ.

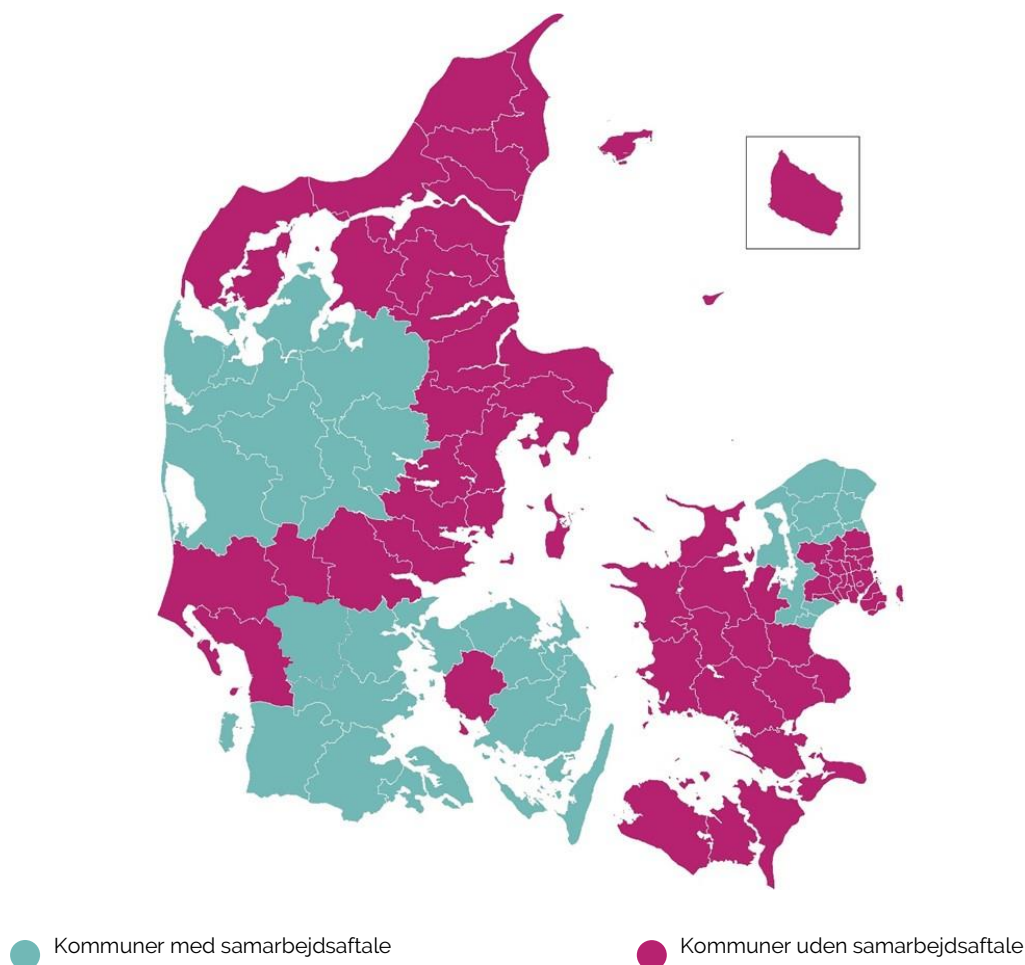
Superbrugere er sundhedspersonale, som bliver særligt uddannet i kvalitetssikring, sådan at de kan stå for oplæring af alle andre sundhedspersoner i deres organisation, som udfører diagnostik. Det vil være op til hver enkelt kommune eller præhospitale enhed at afgøre hvor mange superbrugere, der er behov for afhængigt af antal medarbejdere og organisering. I kommuner anvendes POCT-udstyr fx i akutteams, i sundhedshuse og på plejehjem. Sundhedsstyrelsen har anbefalinger om kvalitetssikring af diagnostik i akutteams^{iv}, men det er langt fra implementeret i alle kommuner og der er ingen anbefalinger for andre dele af det nære sundhedsvæsen.

På tværs af det nære sundhedsvæsen vil der være fire centrale elementer i kvalitetssikring af diagnostik være: 1) vejledning i indkøb af kvalitetsgodkendt udstyr, 2) oplæring i præanalyse og analytiske og post-analytiske forhold, 3) kalibrering af udstyr og kvalitetskontrol af prøver, samt 4) rådgivning om, hvornår, hvilke prøver er relevante at tage (jf. Vælg Kloget anbefalinger). Når der på tværs af sundhedsvæsenet samarbejdes om disse elementer vil borgere og patienter kunne regne med sikre prøveresultater. Det vil sikre et system for kvalitet i diagnostik, som ikke eksisterer i dag.

Der er behov for kædeansvar for kvaliteten af diagnostik i alle led af sundhedsvæsenet

- > Borgere og patienter skal have adgang til diagnostiske tests af høj, ensartet kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Dermed kan mere behandling kan ske i hjemmet og unødvendige indlæggelser kan forebygges.
- > Det vil understøtte fleksibel opgavevaretagelse i det nære sundhedsvæsen, da andre sundheds-personer kan oplæres i at varetage diagnostiske opgaver.
- > Den geografiske og sociale ulighed i sundhed skal mindskes ved at sikre let tilgængelig diagnostik i det nære sundhedsvæsen og mere diagnostik i eget hjem for sårbare borgere.
- > Prøven skal være korrekt første gang, sådan at der er grundlag for rette behandling hurtigt. Fx vil fejlmåling af hæmoglobin i blodet kunne føre til unødigt indlæggelse og forkert anvendelse af urinstix kan betyde en urinvejsinfektion ikke bliver opdaget. Vejledning i korrekt prøvetagning og anbefalinger om relevante prøver vil desuden reducere behov for gentagende og unødvendige prøver._

Ser man blot på kommunale akutteams, så viser en kortlægning fra januar 2024, at 62 ud af de 98 kommuner endnu *ikke* har samarbejde med et sygehuslaboratorie om kvalitetssikring af diagnostikken⁵.



Referencer

-
- ⁱ <https://dbio.dk/nyheder/forskeren-bag-antigentest-studie-havde-givet-afsindig-god-mening-med-kvalitetsenhed-til>
- ⁱⁱ <https://dskb.dk/wp-content/uploads/2020/11/Anbefaling-vedr.-implementering-og-anvendelse-af-POCT-teknologi-til-biokemiske-analyser.pdf>
- ⁱⁱⁱ <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/administration/kvalitetssikring-af-blodprovetagning/>
- ^{iv} Sundhedsstyrelsen, Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, 2023
- ^v <https://dbio.dk/udgivelser/diagnostik-kan-stole-paa>

Hørings svar fra Danske Diakonhjem

Tak for muligheden for at bidrage.

Vi kan, som landet største aktør inden for friplejehjem, sagtens genkende både de tre identificerede tendenser og de tre væsentlige udfordringer. Det har vi kommenteret på nedenfor. Vi er meget interesseret i at deltage i det yderligere konkretiserings- og implementeringsarbejde, som gør det muligt for os at bidrage ud fra vores praksisnære erfaringsgrundlag.

Tendens 1) det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede

Vi oplever, at borgere der flytter på plejehjem, er mere udfordret, både kognitivt og fysisk, end tidligere. Den tendens er kun stigende. Det betyder helt overordnet set, at rammerne for at drive plejehjem ændres, og vi stiller os selv spørgsmålet; hvad er fremtidens plejehjem?

Der er behov for en faciliteret dialog om, hvad det er vi skal satse på i fremtiden, i stedet for at løse fremtidens udfordringer med nutidens muligheder.

Vi bakker op om, at der skal være mere fokus på det forebyggende arbejde. Dermed også sagt at der skal være et mere sammenhængende fokus på tværs af aktører. Der skal sættes ind langt tidligere i livet, både i forhold det forebyggende sundhedsfaglige arbejde, men også i forhold til den enkeltes stillingtagen til, hvilken alderdom de ønsker, så vi, i samarbejde med de kommunale aktører, kan skabe nogle attraktive rammer og tilbud, ud fra både behov og efterspørgsel.

Her ønsker vi, at den pleje og omsorg vi yder, bliver honoreret på retfærdigvis af kommunerne (eller eventuelt ny forvaltningsmyndighed), så vi har de rammevilkår der gør, at vi kan skabe værdige tilbud med høj kvalitet af pleje, omsorg og behandling. Opgaver af mere forebyggende karakter skal også honoreres i et omfang, som rent faktisk gør det muligt at skabe et seriøst tilbud.

Derudover tror vi på, at der skal skabes mere fleksibilitet i boformerne. Således at man kan forestille sig at indsatsen allerede starter ved et 'plejehjem light' eller omsorgsboliger, som ligger i tilknytning til et plejehjem. Det tror vi på kan være forebyggende og tryghedsskabende i forhold til udsættelse af behov for en egentlig plejehjemsplads.

Her ønsker vi bedre muligheder for at byde ind som privat aktør i forhold til alternative boformer.

Tendens 2) mangel på sundhedsfaglige medarbejdere

Vi oplever hvilke konsekvenser manglen på kvalificeret arbejdskraft har. Vi får sværere ved at rekruttere og fastholde de rette kompetencer.

Her ønsker vi, at der i højere grad bliver arbejdet med løsninger som fx centrale puljer til nedsættelse af sygefravær for at imødekomme manglen på arbejdskraft. Derudover ønsker vi mulighed for at kunne bidrage til det indholdsmæssige på faguddannelserne, ud fra de erfaringer vi gør os med elever. Begge dele forudsætter dog en konstruktiv dialog om taksterne med kommunerne, som igen skal have de rette rammer fra statslig side.

Vi har årelang erfaring med gode samarbejder med civil- og lokalsamfundet. Det betyder alt for, at vi kan have fokus på de centrale opgaver i den daglige drift.

Vi har også god erfaring med ansættelse af unge fritidsjobbere. Det er nogle meget positive samarbejder, som både skaber et rekrutteringsgrundlag senere hen, men som også giver et værdifuldt indblik i en af velfærdssamfundets kerneopgaver.

Her ønsker vi tættere samarbejde med folkeskoler ift. 'velfærdspraktikker', som kan give et mere nuanceret billede af ældreplejen, end det tegnede billede i medierne og den offentlige debat.

Derudover kunne man fra centralt hold understøtte mulighederne for at arbejde med frivillige og unge, i forhold til at skabe nogle mere attraktive rammer, der skaber indsigt og succeshistorier.

Tendens 3) befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet

Vi oplever, at den ældre befolknings forventninger til det sundhedsvæsen de møder er nærværende og sundhedsfagligt kompetent personale. At der foregår et tæt samarbejde og med en tæt sammenhæng mellem borger, læge, sygehus og andet sundhedsfagligt personale. At der er fleksibilitet og smidighed på tværs af systemer og behov. Og hvor der er tid til den enkelte. Hvis vi skal imødekomme dette, er vi enige i, at det kræver nogle tværgående reformer, hvor der samtidig bliver værnnet om det der fungerer i dag.

Sammenhængene på tværs

I forhold til udfordringerne med usammenhængende patientforløb og geografisk ulighed i sundhed, så oplever vi som privat leverandør meget store kommunale forskelle i både den

faglige tilgang til arbejdet med ældreområdet, den økonomiske prioritering, og en manglende gennemsigtighed om de rammevilkår der bliver stillet til rådighed.

Vores borgere har brug for sammenhæng i tilbuddene, og vi kan være bekymrede for om de skitserede modelforslag kan imødekomme dette. Hvis der kommer flere samarbejdspartnere og snitflader, som bliver løftet væk fra det lokale, kan det have betydning og konsekvenser for hvordan de ansatte på vores hjem kan sikre den rette sammenhæng og kvalitet, særligt i de sundhedsfaglige ydelser. Vi anser det for essentielt, at vi fortsat har muligheden for egne sundhedsfaglige medarbejdere. Der er vores erfaring, at der er større risiko for fejl og ukoordinerede opgaver, hvis sundhedsfagligt personale ansat ved anden myndighed, skal varetage opgaverne på vores hjem. Dette skaber både usikkerhed for eget personale og for vores beboere.

Her ønsker vi, at vi fortsat har muligheden for at tilbyde et hjem for vores beboere, der er præget af tryghed, værdighed og høj sundhedsfaglig kvalitet.

Velfærdsteknologiske løsninger

Vi er enige i, at fremtiden bygger på en større grad af velfærdsteknologiske løsninger og systemer baseret på AI. Det arbejde vil vi meget gerne bidrage positivt og konstruktivt til.

Her ønsker vi, at muligheder og løsninger bliver stillet til rådighed for private aktører, såvel som kommunale. Samt at der i takstberegninger og rammevilkår også bliver tilskyndet til investeringer, implementeringer og drift af velfærdsteknologi.

Da vores borgere er mere udfordrede når de flytter på vores hjem, skal disse hjælpemidler netop understøtte borgeren (og medarbejdere) og ikke skabe unødigt utryghed. Digitale sundhedstilbud skal kunne benyttes af alle - også udfordrede borgere på plejehjem - hvilket stiller krav til, at løsningerne skal kunne benyttes af borgeren sammen med enten personale eller pårørende.

Vi ser og oplever et ældreområde i forandring, og vi er spændte på hvordan synergier mellem ældrereformen og sundhedsstrukturændringer kan være med til at skabe endnu bedre vilkår for vores ældre medborgere.

Opgavesamling og forvaltningsmodeller

Det er svært at gennemskue konsekvenserne for private plejehjemsaktører i forhold til de skitserede forvaltningsmodeller og opgavesamlinger. Når man i vurderingen af den mellemstore opgavesamling skriver at friplejehjem fastholdes, men ikke nævner det i

beskrivelsen af den store opgavesamling, betyder det at muligheden for Friplejehjem i den store opgavesamling bortfalder?

I forhold til om man først kan blive visiteret fra 67 år, eller en lignende grænse, er det værd at bemærke, at overgangen sker på et kritisk tidspunkt og at skiftet fra hjemmehjælp til plejebolig i forvejen ikke foregår på en smidig og effektiv måde i dag.

Hvis madservice eksempelvis skal være en kommunal opgave, kan det få u hensigtsmæssige konsekvenser for tilbuddet om mad på vores hjem, da det indgår som et vigtigt element i netop det at skabe et hjem og muligheden for at være en del af dette praktiske fællesskab.

Derudover er adskillelsen af personlig pleje og praktisk hjælp i modstrid med princippet om helhedspleje som er beskrevet i ældrereformen.

Det er vigtigt at have in mente, hvordan de kommunale incitament er bliver i forhold til visitation og finansieringsansvar i de enkelte modeller

Vi uddyber gerne vores betragtninger, og ser frem til at kunne bidrage i det videre arbejde.

På vegne af Danske Diakonhjem

Christiane Dahlerup
Administrerende direktør
Danske Diakonhjem
Vejle, 5. august 2024



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Kontoret for Sundhedsstruktur

6. august 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionen

Danske Fodterapeuter takker for muligheden for at indgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Først og fremmest vil vi gerne takke for den grundige afrapportering, som Sundhedsstrukturkommissionen har foretaget og særligt de seks tværgående anbefalinger, som vi ser interessante perspektiver i. Vi er særligt optagede af kommissionens blik for en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, hvor man ønsker, at kapacitet og kompetencer i det nære sundhedsvæsen udbygges, fordi det bidrager til en bedre sammenhæng i behandlingen af patienten. Her mener vi, at fodterapeuterne og den generelle praksissektor kan spille en større rolle til gavn for patienten og det samlede sundhedsvæsen.

Generelt ser vi store fordele ved det aftalebaserede system, som den danske praksissektor tilhører, og ved kombinationen af privatejede klinikker, der arbejder under et offentligt aftalesystem. Vi oplever generelt et godt samarbejde med Danske Regioner og synes, at det er positivt for udviklingen af sundhedsvæsenet, at vi har et system, der baserer sig på, at branchen sidder med ved forhandlingerne og kan bringe viden om fagligheden i spil. Vi kunne dog godt ønske os, at der skete en større udvikling af praksissektoren. Vi efterlyser især tiltag på tværs af sektoren og mange af de faggrupper, der ofte bliver glemt, fordi almen praksis fylder så relativt meget i den samlede praksissektor.

Vi ønsker nedenfor at belyse nogle væsentlige strukturelle problemstillinger inden for vores fagområde og komme med konkrete anbefalinger, der kan forbedre patientbehandlingen og ressourceudnyttelsen i sundhedsvæsenet. De kan efter vores opfattelse implementeres her og nu.

Uens tildeling af ydernumre på tværs af regioner

Der er markante forskelle på, hvordan regionerne tildeler ydernumre til fodterapiklinikker. Region Syddanmark og Sjælland har indført fri nedsættelsesret med ydernummer, hvilket letter patienternes adgang til behandling med tilskud. I modsætning hertil er Region Midtjylland og Nordjylland mere restriktive, mens Region Hovedstaden placerer sig et sted imellem. Denne forskel skaber ulighed i patienters adgang til behandling med tilskud., Det er særligt afgørende for diabetespatienter, at der er en god tilgængelighed, for tiden fodterapeutiske behandling forebygger diabetiske fodsår og amputationer. I selve overenskomsten er der en række økonomiske limiteringer, herunder en samlet økonomisk ramme, lægehenviisning samt inddeling i risikogrupper, der bestemmer omfanget af behandlinger.

Anbefaling: Vi foreslår enten at ensrette ydernummersystemet landsdækkende efter Region Syddanmarks og Region Sjællands model. I de regioner er det enkelt at få lov at arbejde under overenskomsten, så længe fodterapeuten efterlever kravene i overenskomsten. En alternativ model er at modernisere ydernummersystemet, så "tilskuddet følger patienten". Begge forslag vil sikre en mere

lige adgang til behandling for patienterne på tværs af regionerne og forbedre forebyggelsen af f.eks. diabetiske fodsår.

Manglende sammenhæng i tilskud til fodbehandling i kommunerne

Ældre borgere med en trængt økonomi kan i dag modtage tilskud til nødvendig fodbehandling, også kaldet det udvidede helbredstillæg. Borgere, der modtager det udvidede helbredstillæg til fodbehandling, får dog ikke automatisk patientsikkerhed i behandlingen. Det gør de kun, hvis de vælger en statsautoriseret fodterapeut, hvor der automatisk følger patientsikkerhed med behandlingen, som foregår i regi af sundhedsvæsenet. Det er dog langt fra alle borgere, der bliver informeret om eller kender til denne ulempe ved at vælge en anden behandler end en statsautoriseret fodterapeut. Derfor kan borgere risikere at gå glip af væsentlige sundhedsfaglige kompetencer i behandlingen, der kan være med til at forebygge fodsår og andre alvorlige konsekvenser, ved mangel på rettidig og korrekt behandling i samspil med resten af sundhedsvæsenet.

Der er stor mangel på viden om de borgere, der modtager tilskuddet og deres helbredstilstand. Derfor foretog Danske Fodterapeuter i 2021/2022 en undersøgelse blandt medlemmerne, der havde patienter under tilskuddet. Den viser blandt andet, at op mod 75 procent af borgere, der modtager det udvidede helbredstillæg har en udtalt dårlig helbredstilstand med en eller flere kroniske sygdomme og/eller lidelser som diabetes, kredsløbsproblemer, fortykkede negle og hårdhudsændringer. I alle andre offentlige sundhedstilskud til fodbehandling er der indbygget garanti for kvalitet og patientsikkerhed, fordi det er obligatorisk, at behandlingen finder sted i sundhedsvæsenet hos en statsautoriseret fodterapeut. Det drejer sig både om det almindelige helbredstillæg og tilskud via sundhedsloven, der kræver en henvisning fra lægen. Dog er det tilskud begrænset til fem patientgrupper; mennesker med diabetes, svær ledde- og psoriasisgigt, nedgroede negle og arvæv efter strålebehandling af vorter.

Anbefaling: Alle offentlige tilskud til fodbehandling bør sikre den bedst mulige sammenhæng for patienten. Derfor bør det offentlige tilskud ske i regi af sundhedsvæsenet, hvor der er krav om, at behandleren har en sundhedsfaglig autorisation. Man kunne forestille sig, at man samlede alle disse tilskud i sundhedsloven, så man ikke havde sundhedsydelse placeret i Beskæftigelsesministeriets ressort.

Der pågår en undersøgelse af patientsikkerheden under det udvidede helbredstillæg og fodbehandling, i regi af Sundhedsministeriet. Danske Fodterapeuter er orienteret om, at denne afrapportering er forsinket, men kender ikke årsagen hertil eller hvornår offentliggørelsen finder sted. Viser frem til at læse den endelige rapport.

Fire konkrete anbefalinger på specifikke behandlingsområder

Ud over de ovenstående strukturelle problemstillinger, kan man i en kommende aftale med fordel også tage fat om forhold, som med små indsatser eller ændringer kan styrke det nære sundhedsvæsen og sammenhængen for borgerne her og nu som nålestiksoperationer. Hertil har Danske Fodterapeuter følgende fire specifikke anbefalinger:

1. Vederlagsfri sårbehandling

Diabetespatienter som er tilknyttet regionale sårambulatorier får behandlet deres sår vederlagsfrit, hvorimod diabetespatienter, som går i praksissektoren hos en statsautoriseret fodterapeut, har 50 % egenbetaling på behandlingen. Dette medfører to u hensigtsmæssige effekter: For det første at patienter, der behandles i praksis, søger mod hospitalet for at undgå egenbetaling. For det andet at patienter, som udskrives fra sårambulatorierne, er tilbageholdende med at opsøge behandling hos

privatpraktiserende fodterapeuter på grund af egenbetalingen, hvilket øger risikoen for tilbagefald. Effekten heraf er et øget pres på sekundærsektorens ressourcer.

Anbefaling: Danske Fodterapeuter anbefaler, at al sårbehandling relateret til diabetes gøres vederlagsfrit i fodterapiklinikker på linje med sårbehandlingen på sårambulatorierne. Denne anbefaling støttes af Diabetesforeningen. Hvis man tager udgangspunkt i de nuværende ydelser, vil merudgiften til regionerne årligt være 600.000 kr. for alle sårydelser hos fodterapeuter med ydernummer. Det vil sige, at omkostningen årligt til vederlagsfri sårbehandling er estimeret til 600.000 kr. Hvilket er mindre end udgiften til én enkelt amputation.

2. Direkte henvisningsret til sårambulatorier skal forebygge amputationer

Sundhedsmyndigheder og internationale retningslinjer anbefaler, at alle diabetespatienter tilses af en statsautoriseret fodterapeut til en årlig fodstatus. Anbefalingen bygger på, at fodsår er en alvorlig og særdeles omkostningstung senkomplikation til diabetes, som derfor bør forebygges ved regelmæssig fodterapi. Når et diabetisk fodsår konstateres hos en fodterapeut, skal denne henvise diabetespatienten tilbage til egen læge, som så bør henvise patienten til et regionalt sårambulatorium. Denne arbejdsgang kan imidlertid være langvarig, hvilket kan få alvorlige konsekvenser for patienten, da et diabetisk fodsår kan forværres særdeles hurtigt.

Anbefaling: Danske Fodterapeuter anbefaler derfor, at det gøres muligt for fodterapeuterne i hver region at henvise patienten med et alvorligt fodsår direkte til regionalt sårambulatorium. Denne anbefaling støttes af Diabetesforeningen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Region Syddanmark har allerede indført tiltaget.

3. Direkte adgang til ortonyxi

Forsøgsprojekter fra Region Sjælland og Syddanmark har vist, at direkte adgang til ortonyxi hos fodterapeuter, aflaster den praktiserende læge, nedsætter henvisningerne til negleresektion i sekundærsektoren og bidrager til en bedre og hurtigere behandling af patienterne.

Anbefaling: Danske Fodterapeuter anbefaler derfor, at sundhedsloven ændres og muliggør direkte adgang for patienterne til ortonyxi-behandling i hele landet hos fodterapeuter med ydernummer. Dette har vi, i henhold til den nye forhandlingsaftale med Danske Regioner, anmodet Sundhedsministeriet om at ændre i tilskudsbekendtgørelsen.

4. Opgaveglidning hvor fodvortebehandling flyttes fra dermatologer til fodterapeuter

Et forsøg i Region Syddanmark med at flytte fodvortebehandling fra dermatologer til fodterapeuter i primærsektoren har vist gode resultater. Dermatologiske afdelinger er blevet aflastet og har fået frigjort ressourcer til anden og mere kompliceret behandling. Tilgængeligheden er blevet bedre for patienten, og regionen har også identificeret et økonomisk besparelsespotentiale. Region Syddanmark har sendt evalueringen af projektet til Sundhedsministeriet fra Region Syddanmark med en anmodning om at ændre sundhedsloven, så fodvortebehandling kan ske vederlagsfrit hos fodterapeuter i praksissektoren.

Anbefaling: Danske Fodterapeuter anbefaler at ændre sundhedsloven og tilskudsbekendtgørelsen således, at der kan ske opgaveglidning for fodvortebehandling, så fodterapeuter i praksissektoren fremover kan behandle dem vederlagsfrit. Denne anbefaling støttes af Region Syddanmark, som allerede har henvendt sig til Indenrigs- og Sundhedsministeriet herom. Implementering af disse anbefalinger vil bidrage væsentligt til at reducere ulighed i sundhedsvæsenet, forbedre patientbehandlingen og optimere ressourceforbruget. De vil sikre en bedre opgavefordeling



DANSKE
FODTERAPEUTER

mellem primær- og sekundærsektoren, forbedre forebyggelsen af fodsår, muliggøre hurtigere behandlingsindsats og resultere i et mere effektivt ressourceforbrug.

Vi står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning og dialog om disse forslag og ser frem til at bidrage til udviklingen af et mere effektivt og patientcentreret sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen,

Cille Holse
Formand
Danske Fodterapeuter

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K



Danske Fysioterapeuters hørings svar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Danske Fysioterapeuter takker for invitationen til at være høringspart til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne benytte lejligheden til at takke for at have været inddraget gennem følgegruppen til kommissionen.

Danske Fysioterapeuter bifalder kommissionens arbejde med forslag om at fremtidssikre sundhedsvæsenet, så særligt rammerne og sektorovergangene modsvarer en ændret demografi, forandringer i sammensætningen af medarbejdere, ny teknologi og ikke mindst patienternes øgede forventninger til behandling.

Generelle bemærkninger

Danske Fysioterapeuter er optaget af, at borgerne får en bedre sundhed og livskvalitet og kun i mindre grad af de overordnede strukturer. Men strukturer kan have en betydning. Fx er ældreområdet i dag udfordret af, at der ikke er en tilstrækkelig koordinering og sammenhæng mellem behandlingen på sygehuset og så den kommunale genoptræning. Hvis samlingen af sundheds- og ældreområdet kan medføre, at borgerne får en mere helhedsorienteret behandling og genoptræning, så kan det være værd at vurdere nærmere. Det vigtigste er dog, at der sikres sammenhæng på tværs af opgaverne fra forebyggelse, til behandling og rehabilitering.

Derudover er Danske Fysioterapeuter meget optaget af, at medarbejderne både på og uden for sygehusene har en lokalforankret ledelse med et realistisk ledelsesspænd og med beslutningskraft. Erfaringer viser, at det styrker fastholdelse af medarbejdere.

Danske Fysioterapeuter anbefaler på den baggrund ikke en bestemt forvaltningsmodel. Vi vil dog understrege behovet for, at forebyggelse i bred forstand prioriteres, uagtet eventuelle strukturændringer. Og så vil vi gerne henlede opmærksomheden på risikoen ved decentralisering til otte-ti sundhedsregioner: at man mister kritisk masse i forhold til sygehusdrift, og at nogle enheder kan risikere at blive for små til at løse specialiserede opgaver.

Danske Fysioterapeuter er opmærksomme på, at Sundhedsstrukturkommissionen selv vurderede, at det lå udenfor kommissariatet at opstille anbefalinger til den strukturelle forebyggelsesindsats. Men det er helt afgørende for sundhedsvæsnets evne til at levere behandling af højeste kvalitet, at medicinske og teknologiske landvindinger ikke står alene. Danmark har brug for forebyggelse.

Dato:

06-08-2024

Email:

fysio@fysio.dk

Tlf. direkte:

3341 4671

Det forudsætter, at de ansvarlige myndigheder har interesse i og muligheder for at investere i forebyggelse med en lang tidshorisont. Politisk bør der fokuseres på en national forebyggelsesstrategi med tværfaglighed og tværprofessionelle indsatser, samt økonomiske incitamenter, der kan styrke det nære sundhedsvæsen. Kun på den måde kan vi frigøre ressourcer til andre opgaver i sundhedsvæsenet.

Vi ved, at den hyppigste grund til, at patienter *søger* almen praksis, er muskelskelet-smerter og den hyppigste grund til at man *forlader* arbejdsmarkedet før pensionsalderen er muskelskelet-smerter. Vi ved også, at smertestillende medicin ikke er hensigtsmæssig, men at individuel doseret træning og patientuddannelse er en bæredygtig behandling for den enkelte og for samfundsøkonomien.

Konkrete bemærkninger til kommissionens anbefalinger

Danske Fysioterapeuter vil på de følgende sider forholde sig til kommissionens konkrete anbefalinger.

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af almenmedicinske tilbud

Danske Fysioterapeuter bakker op om rapportens forslag om en styrket almen praksis; gerne med fokus på inddragelse af flere faggrupper. Der bør dog politisk være et større fokus på andre fagprofessionelle praksisser, heriblandt fysioterapeuternes private praksis, end rapporten lægger op til.

En samlet privat praksis i fysioterapi er en central aktør i fremtidens opgaveløsning i sundhedssektoren, såvel indenfor som udenfor sygesikringen. Det gælder i særdeleshed især indenfor det muskulære sygdomsområde, hvor en direkte adgang til fysioterapi med sygesikringstilskud vil sikre hurtigere og billigere behandling. Det betyder, som afledt effekt, at op til 63 lægeårsværk kan frigives til andre opgaver.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Danske Fysioterapeuter ser et stort potentiale i digitale løsninger, for både borgere og medarbejdere i sundhedsvæsenet. I det nuværende system er delingen af data mellem regioner, kommuner og praksisområdet tung og uhensigtsmæssig.

Adgangen til viden og data udenfor regionerne er på nuværende tidspunkt mangelfuld, og der er behov for at kunne følge patienter og borgere på tværs af sundhedsvæsenet. Særligt er adgangen til de nyeste behandlingsmetoder og kvalitetsdata en mangelvare i den kommunale og private sektor.

Vi ser derfor positivt på nye teknologiske løsninger til borgere og patienter i sundhedsvæsenet, så vidt at de tilpasses på en måde, der tilgodeser at f.eks. ældre medborgere også kan gøre brug af de teknologiske løsninger.

Danske Fysioterapeuter mener derfor, at arbejdet med digitalisering af sundhedssektoren skal have repræsentanter fra alle dele af sundhedsvæsenet, deriblandt den privat fysioterapi-sektor.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en national sundhedsplan

Danske Fysioterapeuter er positive overfor en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for ressourcefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Særligt er der specifikke områder, fx det specialiserede genoptræningsområde, hvor der er et presserende behov for samling og specialisering for at opnå ensartet kvalitet.

Strukturkommissionen påpeger, at 2007-kommissionens forsøg med at give økonomiske incitamenter til kommunerne, med henblik på at sikre bedre forebyggelse ved kommunal medfinansiering, ikke har haft den tilsigtede effekt. Ansvar for forebyggelsesindsatserne fremstår uklart, og den nye rapport kommer ikke med løsninger på strukturel forebyggelse, hvilket bør være en hjørnesteen i et fremtidssikret sundhedsvæsen.

En national sundhedsplan bør derfor indeholde en national forebyggelsesstrategi, så tværfaglighed og tværprofessionelle indsatser kan styrke det nære sundhedsvæsen på en medmenneskelig, produktiv og økonomisk ansvarlig måde. Det vil medvirke til at sikre kvaliteten i det primære sundhedsvæsen og spare borgere og patienter for indlæggelser på sygehuse.

Derudover er det meget positivt og nødvendigt, at den foreslåede nationale sundhedsplan også styrker forskningen i det primære sundhedsvæsen, og at flere forskellige faggrupper får direkte adgang til en kandidatuddannelse og ph.d. Her vil vi gerne fremhæve, at en af hovedområderne for fysioterapeuter med en forskningsbaggrund netop er det praksisnære område.

Et nationalt prioriteringsråd kan være en god ide, men det er i så fald magtpåliggende at undgå, at et fåtal af faggrupper ender med at diktere fagligheden for alle andre professioner. Det vil skade forskningens udsyn, modvirke den optimale behandling og generelt medføre øgede risici for patientsikkerheden og sundhedsøkonomien.

På den baggrund er det dybt kritisabelt, at sundhedssektorens nyoprettede kvalitetsinstitut ikke inkluderer fysioterapeuter, der kan bringe viden og faglighed ind i drøftelserne om rehabilitering, forebyggelse og muskuloskeletal udredning og behandling. Det er særligt grelt set i lyset af forskningsresultater der viser, at over 30 sygdomme kan forebygges med individuel doseret træning og patientuddannelse.

Anbefaling 4: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Det er positivt, at kommissionens rapport fremhæver psykiatrien som et område, der har brug for særlig fokus og som skal ligestilles med somatikken. Det er sundt fornuft at integrere psykiatrien i det somatiske sundhedsvæsen.

Fysioterapeuter kan, både i forhold til børn/unge og voksne, bidrage med non-farmakologisk behandling i form af individuel doseret træning og patientuddannelse samt medvirke til at skabe en bæredygtig overgang fra

sygehus til eget hjem. Fysioterapi har en mærkbare effekt, særligt inden for de lettere psykiatriske sygdomme

Derudover kan fysioterapeuter være med til at styrke behandlingsindsatsen og det tværsektorielle samarbejde, fordi vi som faggruppe er i begge sektorer.

Derudover er det nødvendigt, at genoptræningsplaner tages alvorligt i psykiatrien, da et styrket fokus på genoptræningsplaner vil formindske genindlæggelser i et allerede presset system. Der blev i 2023 udskrevet i alt 217.497 genoptræningsplaner, men kun 897 indenfor psykiatri-specialet. Det bør der rettes op på.

Vi vil her gerne henlede opmærksomheden på Sundhedsstyrelsens forslag om en specialuddannelse i psykiatrien for terapeuter, da en sådan uddannelse vil kunne styrke rekrutteringen af terapeuter og derved styrke kvaliteten indenfor psykiatrien. I den forbindelse er det relevant at minde om, at der årligt uddannes ca. 600 flere fysioterapeuter, end der forlader arbejdsmarkedet.

Anbefaling 5. Private aktører og patientrettigheder

Danske Fysioterapeuter finder det beklageligt, at kommissionen ikke bemærker, at de private fysioterapeutiske aktører er bredt forankret i hele landet. Denne geografiske spredning er derfor et vigtigt bud på et såvel fagligt som sundhedsøkonomisk alternativ, der kan til bidrage til et presset sundhedsvæsen.

Vi vil derfor anbefale, at der i det videre politiske arbejde findes løsninger på, hvordan private aktører i større grad kan medvirke til at aflaste sundhedsvæsenet, så borgerne ikke oplever ulighed i adgangen til sundhedsydelser.

Danske Fysioterapeuter anbefaler derfor, at regeringen generelt indtænker de private aktører i hele landet, herunder fysioterapeuter i praksis, når man skal udvikle fremtidens sundhedsvæsen.

* * *

Danske Fysioterapeuter ser frem til regeringens videre arbejde med kommissionens anbefalinger, og står meget gerne til rådighed i en dialog om udviklingen af sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

Jeanette Præstegaard
Formand for Danske Fysioterapeuter

Høringssvar fra Danske Handicaporganisationer til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

DH er positive overfor det store og grundige arbejde, som Sundhedsstrukturkommissionen har leveret, og ser det som en oplagt mulighed for at realisere ambitionerne om et mere sammenhængende og lige sundhedsvæsen for alle. DH opfordrer derfor til at udvise politisk mod og reformvilje, og beslutte de nødvendige ændringer, der skal til for at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen for borgerne.

I dag skaber det delte myndighedsansvar for sundhedsindsatser manglende sammenhæng for borgerne og øger risikoen for, at mennesker med sygdom og handicap, der har brug for behandling, falder mellem to stole.

Fælles for de patienter, som DH repræsenterer, er, at de har lange – ofte livslange – forløb i sundhedsvæsenet, og som udgangspunkt har behov for ydelser og behandling fra flere sektorer. Derudover har de ofte sammensatte og komplekse behov, som stiller store krav til overgange, faglighed og specialisering. Derfor er det helt afgørende, at der sikres større sammenhæng i organiseringen i en model, hvor ansvaret for drift og udvikling af sundheds-, social- og ældreområdet bliver samlet under en myndighed i et antal forvaltningsled, som er ledet af direkte folkevalgte med systematisk inddragelse af brugere og pårørende.

DH mener overordnet at:

- **Ansvaret for sundheds- og omsorgsindsatser skal samles under samme myndighed.** Det er helt afgørende, at en reform af den nuværende struktur gør op med nogle af de uhensigtsmæssige sektoropdelinger, der eksisterer i dag. DH bakker sammen med Danske Patienter og Ældresagen derfor op om Sundhedsstrukturkommissionens forslag om en stor opgavesamling, hvor ansvaret for alle sundheds- og omsorgsindsatser samles under samme myndighedsniveau. Dette inkluderer genoptræning, rehabilitering, hjælpemidler og personlig hjælp og pleje.
- **Fortsat behov for regionalt politisk myndighedsniveau i en ny forvaltningsstruktur.** Med den nuværende kommunemodell vil der også i en fremtidig struktur være behov for et regionalt politisk myndighedsniveau, der kan varetage velfærdsopgaver. Antallet af regionale myndigheder bør fastsættes ud fra et hensyn til faglig og organisatorisk bæredygtighed.
- **Styrkelse af det primære sundhedsvæsen må ikke være på bekostning af specialisering.** En styrkelse af det primære sundhedsvæsen må ikke ske på bekostning af den specialiserede behandling. For patienter med komplekse eller mere sjældne sygdomme og handicap er det helt afgørende, at de mødes af specialister med stor viden om og erfaring i den behandling, der er nødvendig samt at de henvises til rette faglighed, når det er nødvendigt.
- **Regionale sociale tilbud og specialundervisning må ikke decentraliseres.** DH advarer mod som et led i en ny sundhedsstruktur at overføre de nuværende regionale sociale tilbud til kommunerne, da dette vil føre til afspecialisering og tab af kvalitet.
- **Sammenhæng til socialområdet.** Det specialiserede socialområde bør samles med sundhedsområdet for at sikre bedre sammenhæng og kvalitet. Dette bør være afsæt for det kommende arbejde med en specialeplanlægning på socialområdet.
- **Brugere og pårørende skal inddrages.** Uanset hvilken forvaltningsmodel man vælger at gennemføre, skal brugere og pårørende inddrages systematisk og strukturelt i organiseringen.

I det følgende kommer vi med DHs bemærkninger til de konkrete anbefalinger og forslag til forvaltningsmodeller og opgavesamlinger på vegne af DHs 36 medlemsorganisationer, som repræsenterer ca. 400.000 mennesker med alle typer handicap.

Overordnede bemærkninger uddybet

Ansvar for hele kæden af sundheds- og omsorgsindsatser skal samles under samme myndighed

For DH er det afgørende, at der bliver skabt ét sammenhængende system for borgeren, hvor det ikke er afgørende for behandlingen og indsatsen, om det er den ene eller den anden kommune eller myndighed, der har ansvaret. Derfor støtter DH en forvaltningsmodel, hvor der sker en stor opgavesamling, og hele kæden af indsatser samles under en række demokratisk valgte organer.

Det afgørende er at sikre det nødvendige kompetenceniveau og en ensartet behandling i hele landet og for alle borgere.

Det er DH's vurdering, at den nuværende model, hvor kommuner skal løfte en lang række sundhedsopgaver, er utilstrækkelig – og i lighed med strukturkommissionen vurderer vi, at mange kommuner har svært ved at løfte opgaven. Det medfører, at patienter får meget forskellige indsatser af svingende kvalitet.

DH vil gerne understrege, at fælleskommunale samarbejder ikke er tilstrækkelige til hverken at sikre bæredygtighed i udbuddet eller til at skabe det rette incitament til, at borgerne får den rette indsats. Der er behov for en langt mere forpligtende organisering, hvor der er én myndighed, der har ansvaret for at levere behandlingen og indsatsen i hele forløbet.

Der er dermed et stort potentiale forbundet med nogle af de opgavesamlinger, som er fremlagt. Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler forskellige former for opgavesamling, hvor det i en stor eller mellemstor opgavesamling anbefales at flytte en lang række opgaver fra kommunerne til den samme myndighed, som også driver sygehus og praksissektoren. Det drejer sig om opgaver, som i dag er under både sundhedslov og servicelov. Det gælder bl.a. for hele genoptræningsområdet, vedligeholdelsestræning, praktisk hjælp og personlig pleje, vederlagsfri fysioterapi, hjælpemidler samt plejehjem og plejeboliger. Det er DH's vurdering, at flytning af en lang række af disse opgaver kan skabe en langt større sammenhæng mellem indsatser i sundheds- og socialsektoren og bidrage til at skabe den nødvendige infrastruktur på det specialiserede socialområde. De enkelte kommuner er for små til at løfte opgaven for borgere med komplekse problemstillinger og behov for specialiserede indsatser. En myndighed med ansvar for en større population og det øvrige sundhedsområde vil kunne varetage opgaven med større grad af faglig bæredygtighed.

DH bakker på den baggrund op om en stor opgavesamling, hvor ansvaret for borgerens forløb samles hos samme myndighed.

I en af de forvaltningsmodeller, der fremlægges, beskrives en model (variant B i model 2), hvor ydelser til borgere under 65 år ikke er med i en stor opgavesamling. En sådan model vil vi kraftigt advare imod, da det vil medføre endnu større snitflader end tilfældet er i dag overfor målgruppen, som får indsatser efter flere lovgivninger og forvaltningslag.

Det specialiserede socialområde skal være under samme myndighed som det øvrige sundhedsområde

DH må stærkt beklage, at strukturkommissionen ikke har forholdt sig til det specialiserede socialområde. Det specialiserede socialområde hænger i meget vid udstrækning sammen med indsatser, som foregår i både det primære og sekundære sundhedsvæsen. Med det sagt mener vi, at anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen, hvis man vælger en stor opgavesamling, kan være katalysator for, at der opnås større sammenhæng i borgernes forløb – også i forhold til indsatser, som hører under serviceloven og det specialiserede socialområde.

En stor opgavesamling, hvor man flytter væsentlige dele af kommunernes opgaver på sundhedsområdet, kan skabe den nødvendige infrastruktur.

De kommende specialfunktioner, som oprettes som led i en kommende specialeplan på det specialiserede socialområde, bør på den baggrund placeres under samme myndighed, som driver det øvrige sundhedsområde i en eventuel ny struktur.

Det regionale socialområde og specialundervisning skal forblive på regionalt niveau.

Kommissionen er kommet med en række bud på en fremtidig struktur, hvor der i alle tilfælde anbefales at sortere funktioner fra, som ikke er direkte relateret til sundhedsområdet.

Regionerne driver i dag en række tilbud på socialområdet. Det er primært tilbud, hvor fagligheden og specialiseringen er høj, hvor koblingen til sundhedsområdet er stor, og som er lands- eller landsdelsdækkende. Sundhedsstrukturkommissionen har opgjort det til 89 institutioner. Danske Regioner har opgjort det til 3.000 døgntilbudspladser og 1.500 dagtilbudspladser. Det er oftest tilbud og specialundervisning til borgere, hvor de enkelte kommuner, i forhold til en specifik målgruppe, ikke har befolkningsunderlaget og dermed hverken forudsætning for eller interesse i at drive det. Det drejer sig for eksempel om en række kommunikationscentre, Kofoedsminde, der er et sikret botilbud for domfældte med udviklingshæmning og en række længerevarende botilbud til voksne med fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse samt behandling, genoptræning og rehabilitering til mennesker med hjerneskade. Kommunerne har siden kommunalreformen i 2007 haft muligheden for at hjemtage tilbuddene, hvilket mange har gjort. Det har i stor grad ført til en afspecialisering, hvor målgruppen på tilbuddene er udvidet væsentligt, eller tilbud er lukket, fordi kommuner efterfølgende har trukket sig fra fælleskommunale samarbejder, og der ikke længere har været stabil finansiering til at opretholde tilbuddet for en lille målgruppe. Der er en stor risiko for yderligere afspecialisering af det højt specialiserede socialområde, hvis de sidste regionale tilbud, som kommunerne endnu ikke har overtaget driften af, nu alligevel skal overtages af kommunerne.

DH vil på det kraftigste advare imod, at man fjerner tilbud, som i dag ligger på regionalt niveau. Det vil være skadeligt for den sammenhæng og specialviden, som findes på området i dag – og vi frygter en yderligere afspecialisering samt tab af kvalitet og viden, hvis de eksisterende tilbud skal overtages af kommunerne, som der lægges op til.

Patienter og pårørende skal inddrages systematisk.

DH bemærker, at strukturkommissionen ikke eller i meget lille omfang forholder sig til patientinddragelse og inddragelse af pårørende. DH er derfor bekymret for, om patientinddragelse vil ske i tilstrækkeligt omfang i en ny struktur.

Uanset hvilken forvaltningsmodel der vælges, mener vi, det er afgørende, at patienterne stadig bliver inddraget organisatorisk og strukturelt.

Kommentarer til andre væsentlige opgaver i anbefalingerne

Hjælpe midler

Hjælpe middelområdet i dag er præget af afgrænsningsproblematikker, som tager unødigt tid fra det faglige personale, som burde bruge deres tid på at råde og vejlede borgerne. I dag oplever flere af vores medlemsorganisationer afgrænsningsproblematikker, hvor kommune og region ikke kan blive enige om, hvem der skal bevillige det konkrete hjælpemiddel eller behandlingsredskab. Dette er ikke kun til gene for medarbejderne, men især også for borgerne, som er dem, der falder mellem to stole. DH bakker derfor op om en samling af hjælpemiddelområdet under samme myndighed, som har ansvaret for det øvrige sundhedsområde.

DH mener, at det skal være en regional opgave at bevillige hjælpemidler. Udover afgrænsningsproblematikkerne, som kommissionen gør rede for, oplever vores medlemmer også et stort behov for en højere grad af specialisering. Eftersom en del af kommunerne er relativt små, kan det være svært for dem at opbygge specialiserede faglige miljøer på hjælpemiddelområdet inden for mindre handicapgrupper, da befolkningsgrundlaget er for småt. Det har den konsekvens, at sagsbehandlingen er af svingende kvalitet, og serviceniveauet er meget forskelligt afhængig af kommunen og den enkelte medarbejders viden og erfaringer. DH ser derfor et stort potentiale i at samle området i større enheder, som har mulighed for at opbygge de nødvendige og større faglige miljøer. Det er vores klare opfattelse, at det vil styrke sagsbehandlingen, bevillingen og opfølgningen på hjælpemiddelindsatsen.

I dag fungerer bevilling af hjælpemidler for personer over folkepensionsalderen, som har brug for et gængs hjælpemiddel, såsom rullator eller badebænk, rimelig uproblematisk. Hvorimod det for de borgere, som har et handicap og er under folkepensionsalderen, fungerer dårligt. DH vil derfor stærkt advare imod, at man undtager modtagere af hjælpemidler under folkepensionsalderen i en opgavesamling. Som nævnt ovenfor er der for gruppen af mennesker med komplekse og sjældne handicap brug for en opgavesam-

ling og større enheder, som kan forbedre kvaliteten af den støtte, de modtager. Denne opgavesamling vil også skabe en større sammenhæng til det specialiserede sundhedsvæsen, som denne målgruppe som oftest også er i kontakt med.

DH deler sundhedsstrukturkommissionens anbefaling til en afskaffelse af afgrænsningscirkulæret til fordel for nogle klare nationale retningslinjer for, hvornår noget er et hjælpemiddel og et behandlingsredskab. DH mener, at man ved en større opgavesamling kan overveje helt at fjerne opdelingen.

DH er også enig med sundhedsstrukturkommissionen i, at der er potentiale i at lave en national procedure indenfor udvalgte sygdomsområder, eller at der i forhold til specifikke produkter kan fastsættes et entydigt myndighedsansvar. Det gælder for eksempel for produkter, der både kan have et behandlende formål efter sundhedsloven og et afhjælpende formål efter serviceloven, for eksempel kompressionstrømper, ortoser, sensorbaserede glukosemålere med videre.

DH mener ikke, at det er nok kun at kigge på afgrænsningscirkulæret, hvis man vil forbedre hjælpemiddelområdet. Afgrænsningsproblematikken er relevant, og afgrænsningscirkulæret spiller en rolle heri, men den manglende kvalitet i den kommunale sagsbehandling er den klart største udfordring for DH's målgruppe. Vi opfordrer derfor til, at man for alvor får taget et livtag med området i forbindelse med sundhedsstrukturforhandlingerne samt sørger for at sammentænke det med de politiske initiativer, der lægges op til på hjælpemiddelområdet i regeringens rammeaftale for handicapområdet.

Træningsområdet – herunder genoptræning og rehabilitering

DH finder det afgørende, at det samlede træningsområde samles under samme myndighed. Det vil sige både genoptræning efter sundhedslov og servicelov. Opgavesamlingen bør gælde genoptræning på både specialiseret og avanceret niveau, vedligeholdelses-træning samt rehabilitering på både specialiseret niveau og mere generelt, som er tæt koblet til indsatser, som foregår i relation til sundhedsområdet, og derfor bør varetages af samme myndighed for at undgå, at borgere falder imellem flere stole.

Det er væsentligt at præcisere, at en del af rehabilitering og genoptræning ikke alene omfatter sundhedsydelser efter sundhedsloven og serviceloven, men også ydelser efter anden lovgivning. Det drejer sig eksempelvis om servicelovens handicapbestemmelser (fx socialpædagogisk træning, støtte og implementering af nye strategier, midlertidige botilbud, midlertidige hjælpemidler m.v.), lov om specialundervisning for voksne (bl.a. genoptræning af kommunikation og træning i brug af kompenserende strategier og hjælpemidler), beskæftigelseslovgivningen (bl.a. sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb, rehabiliteringsforløb, der foregår samtidig med genoptræningen og rehabiliteringen).

DH bakker i meget høj grad op om en stor opgavesamling, hvor alle dele af træningsområdet flytter til samme myndighed, som strukturkommissionen anbefaler. Det vil især skabe langt bedre forudsætninger for færre snitfladeproblematikker for dele af træningsområdet, som er direkte relateret til serviceloven og sundhedsloven, men vil også skabe bedre forudsætninger for større sammenhæng til de øvrige områder, som nævnt ovenfor.

Vederlagsfri fysioterapi

DH mener, at det vil være en væsentlig fordel at flytte vederlagsfri fysioterapi til samme myndighed, som driver det øvrige sundhedsvæsen – ligesom regionerne i dag har den almene fysioterapiordning.

Der er indgået en ny overenskomst på den vederlagsfrie fysioterapi, som har vist sig at være yderst problematisk. En stor del af DH's medlemsorganisationer beretter om tilfælde, hvor borgere er sat ned i behandling eller ikke kan finde en ledig fysioterapeut. Det går ud over deres funktionsniveau, som så belaster andre steder i sundhedsvæsenet. Fysioterapi må betragtes som en sundhedsbehandling – uagtet om den er vederlagsfri eller ej – på lige fod med andre behandlinger ifølge sundhedsloven, og bør derfor også organisatorisk være underlagt samme myndighed, som driver sygehus- og praksissektoren.

§79 hospitaler

DH bemærker, at de ikke-kommercielle specialsygehuse (§79) ikke behandles i kommissionens anbefalinger. DH mener dog, at der er et stort potentiale i at se dem som en større og mere integreret del af den samlede kapacitet. Dette medfører i noget omfang en kapacitetsudvidelse og ikke mindst en varig og mere sikker finansiering.

§79 hospitaler bør tænkes ind i en kommende infrastruktur omkring højt specialiseret genoptræning og rehabilitering, hvilket medfører yderligere behov for, at der er rette kapacitet samt sikker finansiering. Endvidere er det afgørende, at §79 hospitalerne indtænkes i den øvrige infrastruktur – for eksempel hvad angår øget digitalisering, så de ikke ender som digitale øer.

BPA – borgerstyret personlig assistance

BPA-ordningen (Borgerstyret Personlig Assistance) bør også inkluderes i en stor opgavesamling og organiseres under samme myndighed. BPA-ordningen giver patienter mulighed for et selvstændigt liv og en personlig tilrettelæggelse af hjælpen. At samle denne opgave under samme myndighed som sundhedsydelse vil sikre en mere ensartet og koordineret indsats, hvilket vil gavne de berørte borgere og deres pårørende. DH mener, at BPA bør være en specialfunktion i en kommende specialeplan. Og derfor bør BPA-ordningen organiseres under samme myndighed sammen med øvrige specialfunktioner.

Bemærkninger til de tværgående anbefalinger

DH mener at de tværgående anbefalinger er både positive og nødvendige for at skabe større sammenhæng og mindre ulighed – og er enig i at de tværgående anbefalinger bør gennemføres, uagtet valg af forvaltningsmodel og opgavesamling.

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

DH bakker op om en styrkelse af tilgængelighed og kvalitet i almen praksis. I den kontekst bakker DH i særdeleshed op om at arbejde med differentierede patienttal og honorarer, der tilgodeser klinikker med en stor andel sårbare borgere og borgere med multisygdom. Her understreger vi, at mange mennesker med handicap har komplekse og sammensatte behov, der gør at de er i målgruppen. DH bifalder i høj grad at der indføres større grad af omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov (forslag 4)

Derudover anser DH det for positivt med en udbredelse af netværksorientering både hvad angår organisering, tilgængelighed og tværfaglighed. DH bemærker i den kontekst at der er et sundhedsmæssigt potentiale i kompetenceudvikling, og at flere alment praktiserende læger får mulighed for at specialisere sig inden for bestemte målgrupper og/eller sygdomsområder. Det kan overvejes eksempelvis at muliggøre en model, hvor man kan tilknytte patienter med særlige diagnoser og problemstillinger til læger/klinikker, som har særlig viden om og interesse for målgruppen.

Derudover bemærker vi at tilgængelighed handler om andet end telefontider og geografisk afstand – og for eksempel også kan omhandle tilgængelige hjemmesider for synshandicappede, fysisk adgang for mennesker med bevægelseshandicap og adgang til tolkning, hvis man har et kommunikationshandicap.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

DH anser øget brug af data og øget digitalisering som en positiv udvikling, der har stort potentiale i forhold til at skabe mere lighed og større sammenhæng. Indførelse af digitale tilbud indebærer dog også betydeligt risiko for at øge uligheden og mindske tilgængeligheden til og udbyttet af sundhedsydelser for en række borgere, som på grund af handicap ikke kan modtage informationen digitalt.

For DH er det derfor helt afgørende at digitale tilbud først og fremmest er tilgængelige for de mennesker, som skal bruge det. Det vil sige, at når der tilbydes videokonsultation eller gives informationer digitalt, så skal det også være tilgængeligt og brugbart hvis man eksempelvis har et høretab, en synsnedsættelse eller er ordblind. På samme måde skal der i udvikling af apps eller andre digitale værktøjer tænkes i tilgængelighed for alle målgrupper. I forlængelse heraf er det helt afgørende, at digitale tilbud skal være frivillige – og at der altid skal være tilbud om at kunne få hjælp og vejledning på anden vis. Et tilbud om digitalisering i behandlingen skal være et individuelt tilbud, som gives, hvis det fagligt giver mening og borgeren har ønske om det.

Anbefaling 3: En national sundhedsplan

DH advarer mod at en prioritering af det primære sundhedsvæsen sker på bekostning af specialisering og kvalitet i det sekundære sundhedsvæsen. For patienter med komplekse eller mere sjældne sygdomme og handicap er det helt afgørende, at de mødes af specialister med stor viden om og erfaring i den behandling, der er nødvendig samt at de henvises til rette faglighed, når det er nødvendigt. Tilsvarende er der for en række af de større kronikergrupper behov for at sikre faglig kvalitet og et ensartet sammenhængende forløb fx ved indførelse af et grundpakkeforløb. Det er ikke alle opgaver, der varetages bedst i almen praksis. Derfor er det også helt afgørende, at der fortsat sker en prioritering af det specialiserede sygehusvæsen. Det specialiserede sundhedsvæsen er afgørende for de mest sundhedsudsatte borgere.

DH mener ikke altid at nærhed og mindre geografisk afstand er en fordel – og for vores målgrupper vægter kvalitet og specialisering ofte højere end at tilbuddet er tæt på. DHs medlemsorganisationer udtrykker på tværs af handicap og sygdom en bekymring for at indsatser og viden som eksisterer og fungerer godt i dag, rykkes fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen og herved mister kvalitet og specialisering.

Det er helt afgørende, at indsatser i det primære og det sekundære sundhedsvæsen hænger sammen og følges op. Derfor bakker DH op om en National Kvalitetsplan for kronisk sygdom. Herunder også at styrke patientrettigheder for mennesker med kroniske sygdomme.

Anbefaling 4: Ændret organisering og samarbejde på psykiatriområdet.

DH er som udgangspunkt positive over for at integrere psykiatrien med det øvrige sygehusvæsen. DH ser både et behov for at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser generelt og at sikre indsatsen for mennesker, som har både psykiske sygdom og somatiske sygdomme.

Derfor er vi også meget kede af at socialpsykiatrien samt hele botilbudsområdet ikke behandles yderligere i strukturkommissionens anbefalinger. Ligesom det specialiserede socialområde som helhed, anser DH socialpsykiatrien samt store dele af botilbudsområdet som værende tæt koblet til sundhedsområdet og mener, at behandling og indsatser her bør ligge under samme myndighed som det øvrige sundhedsområde.

DH støtter i den kontekst op om kommissionens forslag om at styrke de sundhedsfaglige indsatser på botilbud med krav om fast tilknyttede læger og tovholderfunktion samt centralt fastsatte kvalitetsstandarder. DH opfordrer til at de sundhedsfaglige indsatser styrkes og indtænkes i en ny organisering på tværs af hele botilbudsområdet og omfatter både socialpsykiatriske botilbud og botilbud, hvor der primært bør være borgere med fysiske funktionsnedsættelser.

DH mener at botilbud efter §107 og §108 i et vist omfang bør ligge under samme myndighed. Især bør botilbud, der fungerer som behandlingsinstitutioner for mennesker med psykiske handicap og sygdomme/lidelser organiseres i tæt kobling til det øvrige sundhedsvæsen og behandlingspsykiatrien.

DH vil samtidig gerne advare mod en risiko for afspecialisering og underprioritering af psykiatrien i en model, hvor området integreres fuldstændigt med somatikken – samtidig med at det ikke indgår i en større opgavesamling og altså prioriteres i andet regi. Rehabilitering, genoptræning og behandling, som sker i forbindelse med psykisk sygdom, bør være under samme myndighed som varetager behandling og indsatser i øvrigt.

Anbefaling 5: Tilpassede organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger

DH finder det positivt at kommissionen anbefaler at de praktiserende speciallæger i højere grad skal indgå i en nationale ramme, som bidrager til øget tilgængelighed for patienterne. For en lang række patienter med mere sjældne sygdomme er netop tilgængeligheden til privatpraktiserende speciallæger en udfordring. Derfor hilser vi det særdeles velkomment, hvis det i højere grad anses som værende en integreret del af det øvrige sundhedsvæsen.

Anbefaling 6: Et reformsekretariat og implementeringsplan

For DH er det afgørende, at man følger op på kommissionens anbefalinger om et reformsekretariat, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer. Det er vigtigt, at der opsættes nogle ambitiøse målsætninger om at sikre større sammenhæng og mindre ulighed geografisk, socialt og indenfor bestemte patientgrupper. Her mener vi det er afgørende at måle på patienternes oplevelse af sammenhæng mellem sygehus, praktiserende læge og det nære sundhedsvæsen – herunder indsatser som sker i relation hertil og som varetages af andre myndigheder.

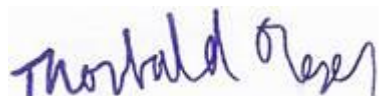
DH vil gerne understrege nødvendigheden af løbende og systematisk inddragelse af patient- og pårørendeorganisationer også i reformsekretariatets arbejde, hvis ambitionen om at skabe et sundhedsvæsen til gavn for patienterne i højere grad skal lykkes.

DH vil afslutningsvis gerne takke Sundhedsstrukturkommissionen for det meget grundige arbejde og for den inddragende proces, herunder det gode samarbejde i Følgegruppen.

Vi opfordrer til at anbefalingerne tages alvorligt – og at der politisk bliver lyttet til nødvendigheden af at gennemføre afgørende reformer, hvis vi fremover skal sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen med højere grad af lighed og sammenhæng for alle patienter.

Med venlig hilsen

Thorkild Olesen



Formand for Danske Handicaporganisationer

Talerør for handicaporganisationerne og repræsenterer ca. 400.000 mennesker med alle typer handicap.

Danske Handicaporganisationernes medlemmer er:

ADHD-foreningen, Astma-Allergi Danmark, Autismeforeningen, Colitis-Crohn Foreningen, CP-Danmark, Cystisk Fibrose Foreningen, Danmarks Bløderforening, Dansk Blindesamfund, Dansk Cøliaki Forening, Dansk Handicapforbund, Dansk Landsforening for Hals- og Mundhuleopererede, Danske Døves Landsforbund, Diabetesforeningen, DøvBlinde Danmark, Epilepsiforeningen, Fibromyalgi- & Smerteforeningen, Gigtforeningen, Hjernesagen, Hjerneskadeforeningen, Høreforeningen, Lev, Leverforeningen, Lungeforeningen, Muskelsvindfonden, Nyreforeningen, Ordblindeforeningen, Osteoporoseforeningen, Parkinsonforeningen, Polioforeningen, Psoriasisforeningen, SUMH – Sammenslutningen af Unge Med Handicap, Scleroseforeningen, SIND, Stammeforeningen i Danmark, Stofskifteforeningen, Stomiforeningen COPA, Ulykkespatientforeningen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sendt til: sum@sum.dk

Høringsvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Danske Patienter takker for muligheden for at give høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil indledningsvist takke kommissionen for et solidt og grundigt analysearbejde, som med al tydelighed viser, at patienter og pårørende oplever fragmenterede forløb med store konsekvenser til følge – både for den enkelte, for effektiv opgaveløsning og for samfundsøkonomien.

Kommissionen opstiller en række tværgående anbefalinger, forslag til opgavesamlinger og forslag til forvaltningsmodeller. De tværgående anbefalinger er i sig selv ambitiøse og har potentiale til at skabe store forbedringer i sundhedsvæsenet. De bør implementeres uanset hvad. Men de kan ikke stå alene.

Sammenhæng er den helt store udfordring i vores sundhedsvæsen. Gennem årene er der indført en række kompenserende tiltag, som skulle sikre det tværsektorielle samarbejde, men det har ikke vist sig tilstrækkeligt. Og efter at have snakket om problemet siden 1970'erne står vi nu med en enestående mulighed for – på et særdeles veloplyst grundlag – at tage fat om nældens rod.

Med kommissionens rapport er det én gang for alle slået fast, at der er behov for markante strukturelle ændringer, hvis man vil komme den nuværende kassetænkning til livs. Og kommissionen giver gode og gennemarbejdede forslag til, hvordan det kan gøres.

Danske Patienter har benyttet muligheden for at give input til kommissionens arbejde. Her præsenterede vi tre principper for fremtidens sundhedsvæsen:

- Fælles organisering på tværs af sundhedsvæsenets aktører
- Individuel tilrettelæggelse af alle patientforløb
- Entydigt ansvar for ethvert patientforløb.

Vi har læst kommissionens rapport igennem med disse tre principper som sigtelinje.

Dato:

6. august 2024

Danske Patienter
Kompagnistræde 22, 1. sal
1208 København K

Tlf.: 33 41 47 60

www.danskepatienter.dk

E-mail:

sr@danskepatienter.dk

Cvr-nr: 31812976

Side 1/14

Hovedpointer

Side 2/14

- Et opgør med de usammenhængende og ineffektive forløb kræver, at ansvaret for patientens forløb – fra start til slut – samles under samme myndighed. Vi mener derfor ikke, at det er relevant at arbejde videre med model 3 eller andre modeller, som på samme måde bevarer status quo. Danske Patienter foretrækker model 1 i en vægtning af de tre foreslåede modeller. Et samlet myndighedsansvar vil skabe klarhed over ledelse og finansiering og modvirke de nuværende u hensigtsmæssige økonomiske incitament er.
- Det er afgørende, at ansvaret for hele kæden af sundheds- og omsorgsindsatser samles under samme myndighed. Danske Patienter opfordrer derfor til, at ansvaret for drift og udvikling af sundheds- og ældreområdet, inkl. plejehjem, bliver samlet – det vil sige en stor opgavesamling. Vi vil opfordre til, at også det specialiserede socialområde og socialpsykiatrien tænkes ind i kædeansvaret.
- Danske Patienter mener, at de seks tværgående anbefalinger har potentiale til at skabe store fremskridt i sundhedsvæsenet, og ligesom Sundhedsstrukturkommissionen mener vi derfor, at disse bør implementeres uafhængigt af den fremtidige forvaltningsstruktur. Herunder:
 - o støtter Danske Patienter anbefalingen om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, som bl.a. skal skabe national retning og større beslutnings- og eksekveringskraft.
 - o bakker Danske Patienter op om anbefalingen om en ny organisering af det almenmedicinske tilbud, hvor vi mener, at alle ni forslag er væsentlige for at styrke tilgængelighed og kvalitet i almen praksis. Særligt forslaget om at adskille opgavebeskrivelsen fra aftalesystemet vil give helt nye muligheder for at udvikle det samlede sundhedsvæsen i en fælles retning.
 - o er Danske Patienter positive overfor forslaget om at sammenlægge somatik og psykiatri, da vi forventer, at det vil ændre på den skævvridning, der ses i dag i tildelingen af ressourcer og faglighed. Samtidig kan det være med til at afhjælpe den stigmatisering, det i dag medfører, at psykiske sygdomme opfattes anderledes end og særskilt fra andre sygdomme.
 - o er Danske Patienter positive overfor en national sundhedsplan og national planlægning af de praktiserende speciallægetilbud.
- Endelig vil Danske Patienter opfordre til et politisk fokus på en række emner, som Sundhedsstrukturkommissionens rapport ikke forholder sig tilstrækkeligt til, herunder behovet for forebyggelse.

Nedenfor følger vores mere detaljerede kommentarer til kommissionsrapporten.

Det sektoropdelte sundhedsvæsen – status og udfordringer

ViBIS (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet) faciliterede i sommeren 2023 to feedbackmøder for Sundhedsstrukturkommissionen. Møderne blev holdt med henblik på at give kommissionsmedlemmerne en dybere forståelse for patienter og pårørendes oplevelser af deres patientforløb.

Side 3/14

Konklusionen på møderne var klar: Patienterne og de pårørende møder i høj grad et fragmenteret sundhedsvæsen, hvor man selv skal sørge for at navigere viden og undersøgelser i sikker havn, og hvor der ikke er et klart og entydigt ansvar for patienterne og deres forløb.

Pointen om den manglende sammenhæng for patienter, der har forløb på tværs af sektorer, står beskrevet som én af tre hovedudfordringer for sundheds- og ældreområdet. Og i udfoldelsen af statusbilledet beskrives det, hvordan problemerne med sammenhæng og koordination ikke kun gør sig gældende for en lille andel af borgerne. I 2022 havde mere end halvdelen af dem, der havde kontakt med sundhedsvæsenet, kontakt med mindst to af de tre hovedsektorer (s. 95). Frem mod 2035 forventes det, at antallet af borgere med kontakt til alle dele af sundheds- og ældreområdet stiger med 26 pct. Desuden konkluderes det, at sektorovergangene udgør en risiko for tabt information, manglende sammenhæng, unødvendige undersøgelser og utilsigtede hændelser (s. 97).

På den baggrund er det væsentligt for Danske Patienter at fremhæve, at denne reform ikke må komme til at handle om, hvem der får ansvar for hvad – om nærhed overfor teknokrati. Det handler om at skabe det bedste sundhedsvæsen for dem, der har brug for det.

Spørgsmålet om fremtidens sundhedsvæsen kan heller ikke reduceres til at handle om sammenhængen inden for sektorerne, fx på tværs af specialer og over et livsforløb (overgangen fra barn, ung og voksen). Det er også et væsentligt problem, som der skal tages hånd om.

Men det sektoropdelte sundhedsvæsen er den mest massive stopklods for et velorganiseret og effektivt sundhedsvæsen. Både når det kommer til patienternes oplevelse af sammenhængende og sømløse forløb, men også relateret til omstillingen mod det nære sundhedsvæsen. Sektoropdelingen er i dag en hæmsko for, at mere behandling kan varetages tæt på og i patienternes hjem, fordi der er modstridende økonomiske incitament, juridiske barrierer og lokale logikker som gør, at regioner og kommuner ikke kan blive enige om, hvordan gode tværgående løsninger konkret skal implementeres.

Dette står utvetydigt hele vejen igennem kommissionens rapport – både i del 2, der handler om udfordringer ved den nuværende organisering af sundhedsvæsenet og i de modeller, der opstilles i del 4. Vi opfordrer politikerne til at holde sig dét forhold for øje, når anbefalingerne skal omsættes til politiske handlinger.

Pejlemærker og centrale hensyn

Danske Patienter bakker op om de tre pejlemærker (*sundhed for de mange, lige adgang til sundhed og differentierede indsatser*) og de seks centrale hensyn (*høj kvalitet, let adgang, stærk sammenhæng, effektiv udnyttelse af ressourcer, effektiv politisk styring og vurdering af implementeringsomkostninger*), der opstilles i rapportens del 1 og del 2. Vi er enige i, at det er helt centrale grundsten i en ny organisering af sundhedsvæsenet.

Side 4/14

Vi må dog gøre opmærksom på, at hensynet til implementeringsomkostninger nu og her ikke må stå i vejen for de langsigtede potentialer ved en ambitiøs omstilling af sundhedsvæsenet. Der bliver hverken ændret ved de opgaver der skal løses eller de institutioner og medarbejdere, der skal løse dem – kun ved den administrative og politiske ledelse bag. Som det også fremgår af rapportens kapitel 17 om økonomi og finansiering indebærer kommissionens forslag om en større samling af opgaver ”*et betydeligt potentiale for bedre brug af de samlede ressourcer på sundheds- og ældreområdet*” (s. 384), ligesom kvaliteten af patienternes kontakt med sundhedsvæsenet også forventes at blive forbedret heraf.

Strukturelle ændringer i store organisationer – som sundhedsvæsenet er – vil uægtelig give bølgegang i de berørte organisationer og miljøer. Derfor kan man med fordel tænke de relevante organisationer, herunder bl.a. patient- og pårørendeorganisationerne og de faglige organisationer, med ind i planlægningen af implementeringen. Patient- og pårørendeorganisationerne har som en del af civilsamfundet et tæt konneks til brugerne af sundhedsvæsenet og kan formidle synspunkter mellem politikere og brugere.

Opgavesamlinger og forvaltningsmodeller

Danske Patienter opfordrer til, at ansvaret for drift og udvikling af sundheds- og ældreområdet, inkl. plejehjem, bliver samlet – det vil sige en stor opgavesamling. Det skal kunne betale sig at investere i både borgerrettet og patientrettet forebyggelse, og der skal være incitament og kompetencer til at udrede og iværksætte indsatser langt tidligere. I Danske Patienter ønsker vi en større opgavesamling, hvor man også indtænker det specialiserede socialområde og socialpsykiatrien.

Det er afgørende, at ansvaret for hele kæden af sundheds- og omsorgsindsatser samles under samme myndighed. Herunder hører for eksempel ansvaret for specialiseret genoptræning, genoptræning uden sygehusindlæggelse, hjælpemidler, rehabilitering, hjemmepleje, samt praktisk hjælp og personlig pleje til mennesker, som på grund af handicap eller funktionsnedsættelser har brug for hjælp og pleje fra andre.

Vi vil fraråde en mellemstor opgavesamling, hvor man udelader plejehjem fra resten af sundhedsvæsenet. Beboere på plejehjem er mennesker, som er svækkede og syge, og som i særdeleshed har brug for sammenhængende forløb og adgang til kvalificeret sundhedsfaglig kompetence.

BPA-ordningen (Borgerstyret Personlig Assistance) bør også inkluderes i denne opgavesamling. BPA-ordningen giver patienter mulighed for et selvstændigt liv og en personlig tilrettelæggelse af hjælpen. At samle denne opgave under samme myndighed som sundhedsydelserne vil sikre en mere ensartet og koordineret indsats, hvilket vil gavne de berørte borgere og deres pårørende. Det er helt afgørende, at man ved en opgavesamling bibeholder BPA-ordningens fleksibilitet. En regional respirationsordning er betydeligt mindre helhedsorienteret og fleksibel.

Side 5/14

Det specialiserede socialområde og socialpsykiatrien er ikke en del af kommissionens forslag om en stor opgavesamling. Vi vil dog opfordre til, at disse områder også tænkes ind i kædeansvaret. En stor del af de mennesker, som er i kontakt med det specialiserede socialområde og socialpsykiatrien er i høj grad afhængige sundhedsydelser – og i mindre grad af de øvrige kommunale områder. Et myndighedsansvar, som også inkluderer disse områder, vil også kunne sikre den højt specialiserede faglige støtte som er nødvendig ved udskrivning fra et sygehusophold til sociale tilbud, herunder botilbud og udskrivning til eget hjem.

Samtidig med at vi er fortalere for den store opgavesamling, kan vi være bekymrede for den specialiserede behandling af de mere sjældne diagnoser – samt mere hyppige sygdomme, hvor der er behov for et fortsat højt specialiseringsniveau. Kommissionen skriver på s. 346-347, at *"en ny organisering af sygehussektoren med flere enheder medfører mindre faglig bæredygtighed i varetagelsen af sygehusopgaver og risiko for delvist tab af de senere års opnåede centraliserings- og specialiseringsgevinster"*. Et fortsat højt specialiseringsniveau er afgørende for patienterne. Det gælder ikke mindst patienter med sjældne sygdomme. Derfor er det væsentligt, at der også fremadrettet bliver forsket og behandlet på højt niveau i sygdomme, som ikke kun er store og hyppige. En styrkelse af det højt specialiserede niveau er en forudsætning for, at almen praksis kan spille en større rolle, når patienter tilhører en population, hvor de praktiserende læger har brug for at kunne indhente viden. Den højt specialiserede viden skal både tilvejebringes og være tilgængelig, og almen praksis skal være i stand til at række ud efter og modtage denne viden. Det kræver en oprustning i forhold til i dag. Hvis ikke det sker, er vi bekymrede for, at visse patientgrupper i endnu højere grad vil falde mellem to stole, fordi kommissionens forslag lægger op til, at det højt specialiserede niveau skal se færre patienter, samtidig med at der mangler viden og ressourcer til at håndtere patienterne i almen praksis.

Danske Patienter anbefaler variant A under den store opgavesamling – dvs. *uden* en fastsat aldersgrænse og *uden* fravalg af praktisk hjælp og madservice.

Vi anerkender, at der er risiko for nye u hensigtsmæssige snitflader til kommunerne. Disse bør afdækkes og håndteres. Vi anerkender også, at mennesker i dag tabes inden for eksisterende organisatoriske strukturer, fx mellem hospitalsafdelinger eller mellem kommunal træningsindsats, sygepleje, hjemmepleje eller plejehjem.

Sammenhængen i forløb er derfor ikke gjort med kædeansvar – selvom det er afgørende for mere sammenhæng. Der må også sikres en tydeligere koordination af forløb for de svageste patientgrupper.

Vi foreslår at dette ansvar defineres tydeligt som en del af det nære sundhedsvæsen uanset organiseringsform. Det kan fx være i form af krav om en forløbskoordinatorfunktion for sårbare patientgrupper.

Side 6/14

Forvaltningsmodeller

Det organisatoriske ophæng er ikke afgørende for patienter og pårørende. Hvis man oplever et sømløst forløb, er det underordnet, hvem der er leverandøren. Derfor er det heller ikke afgørende for Danske Patienter som sådan, hvilken forvaltningsmodel man arbejder videre med. Vi har dog nogle krav til, hvad forvaltningsmodellen skal kunne tilvejebringe.

Det væsentligste kriterie er sammenhæng, og vi er af den klare overbevisning, at dette bedst kan indfries under et samlet myndighedsansvar. Som logisk konsekvens heraf mener vi ikke, at det er relevant at arbejde videre med model 3 eller andre modeller, som på samme måde bevarer status quo.

Derudover er det væsentligt, at der fortsat er et decentralt demokratisk niveau, som har indsigt i lokale forhold om sundhed og omsorg og som vælgerne kan holde ansvarlige. Vi vurderer, at der med den foreslåede organisering med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner og nærhedsudvalg i model 1 er fundet en god balance i hensynet mellem nærhed, faglig bæredygtighed (for de nuværende kommunale opgaver) og fortsat høj specialisering (for de nuværende regionale opgaver).

På den baggrund foretrækker Danske Patienter model 1 i en vægtning af de tre foreslåede modeller.

Det er vigtigt, at der – som en konsekvens af et øget antal administrative organisationer – ikke må ske en suboptimering, som ligner den, der er i regionerne i dag. Ligeledes er det vigtigt at undgå et behov for administration, der alt i alt er tungere og dyrere end i dag. Men samler man myndighedsansvaret for patienters forløb og sikrer et decentralt demokratisk niveau, samtidig med at ansvaret for vigtige områder som data og digitalisering løftes nationalt, vurderer vi, at de potentielle ulemper opvejes af de potentielle fordele.

Samarbejde med brugere af sundhedsvæsenet

Hvis vi skal nå i mål med ambitionen om et sundhedsvæsen, som er indrettet efter patienter og pårørendes behov og ønsker, er det afgørende, at patient- og pårørendeperspektivet systematisk inddrages i beslutninger. Det gælder ikke kun i det enkelte behandlingsforløb, men også i beslutninger om udviklingen af sundhedsvæsenet. Danske Patienter har noteret sig, at organisatorisk inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet desværre ikke er indtænkt som en del af strukturen i de tre foreslåede forvaltningsmodeller.

I dag er den organisatoriske inddragelse af brugerperspektivet gjort obligatorisk i både regioner (med patientinddragelsesudvalgene), sundhedsklynger og kommuner (gennem ældreråd og handicapråd), men det er uvist, hvordan samarbejdet med brugerne af sundhedsvæsenet vil blive forankret i en ny forvaltningsstruktur.

Danske Patienter anbefaler, at der også i en ny struktur er et obligatorisk organ, som sikrer en tæt og løbende dialog med repræsentanter for brugerperspektivet.

Det vil i denne anledning være oplagt at sikre mere ambitiøse rammer for inddragelse af brugerperspektivet end det for eksempel var tilfældet med etableringen af sundhedsklyngerne. Der er ingen tvivl om potentialet i at inddrage brugernes perspektiver. Desværre er potentialet ofte uforløst, bl.a. på grund af udfordringer med rekruttering, facilitering og rammer for samarbejdet. Der er behov for at styrke hele processen omkring brugersamarbejdet, hvis det skal være relevant for både brugere og organisationer. Danske Patienter foreslår, at der oprettes et Nationalt Center for Brugersamarbejde, som bl.a. kan give en kommende sundhedsmyndighed adgang til konkret vejledning, facilitering og rekruttering for en bedre kvalitet i samarbejdet med brugere af sundhedsvæsenet.

Side 7/14

Tværgående anbefalinger og forslag

Danske Patienter mener, at de tværgående anbefalinger har potentiale til at skabe store fremskridt i sundhedsvæsenet. Danske Patienter er derfor enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at disse anbefalinger bør implementeres uafhængigt af den fremtidige forvaltningsstruktur.

Vi har en række kommentarer til de enkelte anbefalinger.

Anbefaling 1: Det almenmedicinske tilbud

Almen praksis er en nøgleaktør i sundhedsvæsenet, og for mange mennesker med kronisk og langvarig sygdom er den praktiserende læge en gennemgående aktør. Men der mangler kapacitet i almen praksis, og det har betydning for både tilgængeligheden og kvaliteten i mødet med lægen. Samtidig bliver udviklingen af praksissektoren i dag aftalt i et overenskomstrum, hvilket ikke skaber optimale betingelser for, at udviklingen tager udgangspunkt i det samlede sundhedsvæsens behov og imødekommer patienternes ønsker. Derfor bakker Danske Patienter op om kommissionens anbefaling om en ny organisering af det almenmedicinske tilbud, og vi mener, at alle ni forslag under anbefalingen er væsentlige for at styrke tilgængelighed og kvalitet i almen praksis. Særligt forslaget om at adskille opgavebeskrivelsen fra aftalesystemet vil give helt nye muligheder for at udvikle det samlede sundhedsvæsen i en fælles retning.

Det er væsentligt, at de alment praktiserende lægers kompetencer inden for en række kroniske lidelser styrkes – særligt når flere patienter forventes at blive hjemhørende i almen praksis. Det indebærer understøttelse fra specialister og sygehuse, og her kan det overvejes at oprette formaliserede rådgivningsenheder med specialister, der kan bistå den faglige udvikling i almen praksis. Derudover indebærer det en større tværfaglighed i almen praksis, som kan sikre, at opgaver om bl.a. sundhedsfremme og personcentreret omsorg, som i dag er forankret i kommunerne, fremover kan løftes i det almenmedicinske tilbud.

Ansættelse af andet sundhedsfagligt eller administrativt personale kan også understøtte de almenmedicinske tilbud med at holde overblik over patientens forløb og dermed styrke muligheden for at varetage tovholderfunktionen.

Side 8/14

I takt med opgaveoverdragelse fra sygehuse til almen praksis skal det nøje overvejes, hvor ansvaret for hvilke opgaver placeres. Det er vigtigt, at de praktiserende læger har fokus på tidlig opsporing, diagnose og dermed korrekt behandling efter guidelines fremfor symptombehandling. Der skal være klare anbefalinger for, hvilke symptomer og manglende sygdomskontrol som skal udløse tilbud om videre undersøgelser og behandling i speciallægeregi hos enten privatpraktiserende speciallæger eller i hospitalsregi. Ligeledes skal det klarlægges, hvorvidt det er mest fordelagtigt, at visse patienter med komplekse forløb fortsat skal udredes og behandles i specialiseret regi. Dette for at sikre ens henvisningspraksis og mindske uligheden i behandlingen.

Danske Patienter støtter forslaget om at give den ansvarlige myndighed mulighed for at benytte forskellige klinikformer, hvor det skønnes relevant. Det kan gøre specialet mere attraktivt for flere yngre læger, ligesom det vil være mere attraktivt at være ansat i fx en regionsklinik, når denne ikke anses som en midlertidig nødløsning. Vi ved, at særligt mennesker med kronisk sygdom, langvarig sygdom og sårbare patientgrupper vægter kontinuitet over tilgængelighed i almen praksis. Derfor bør der være opmærksomhed på, hvordan kontinuiteten kan fastholdes i de nye organiseringsformer særligt for denne gruppe – og på, hvordan alle patienter sikres adgang til det almenmedicinske tilbud, som bedst imødekommer den enkeltes præferencer. I forlængelse heraf bør tovholderfunktionen, som nævnes på side 192 i kommissionens rapport, udvides til også at omfatte patienter, der vurderes sårbare, eller som har et særligt behov.

Anbefaling 2: Digitalisering og data

Noget af det, der tærer mest på trivslen i et liv med sygdom, er at stå med ansvaret for at skulle viderebringe informationer til de rette fagpersoner.

Patienterne vil gerne dele data om helbred og behandling med sundhedsvæsenet for at sikre, at personalet har adgang til den rigtige information om sygdomsforløbet og de bedste forudsætninger for at kunne behandle. Patienterne ønsker også adgang til deres egne data, så de kan følge med i deres sygdom og forløb, og så deres pårørende kan støtte dem på bedst mulig vis. Dertil ved vi, at mange patienter er interesserede i, at en større del af deres behandling understøttes af digitale redskaber, som bl.a. kan muliggøre hjemmebehandling mv.

Datadeling og digitalisering er en forudsætning for god og sammenhængende behandling, ligesom det er en forudsætning for, at patienter og evt. deres pårørende kan tage mere aktivt del i behandlingen. Derfor er det et problem, at mange data ikke bliver delt i sundhedsvæsenet i dag, og at gode digitale løsninger ikke udbredes og skaleres. På den baggrund støtter Danske Patienter anbefalingen om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, som bl.a. skal skabe national retning og større beslutnings- og eksekveringskraft.

Vi opfordrer til, at alle aktører i sundhedsvæsenet – herunder praksissektoren (fx praktiserende speciallæger, fysioterapeuter og psykologer), privathospitaler og de foreningsdrevne § 79-hospitaler – tænkes med ind i de nationale strategier om datadeling. På samme måde er det afgørende, at patienterne får bedre og mere overskuelig adgang til deres egne data, herunder bl.a. journaldata fra almen praksis.

Vi skal pointere, at det ikke er alle patienter, der har ønsket om eller ressourcerne til at benytte digitale redskaber i kontakten med sundhedsvæsenet. Flere undersøgelser viser, at interessen for digital kontakt med sundhedsvæsenet går på tværs af alder og diagnoser, og den enkelte patients individuelle præference kan dermed ikke forudsiges eller defineres på forhånd. Derfor er det en forudsætning for udviklingen af det digitaliserede sundhedsvæsen, at patienterne inddrages i valget af behandlingsmetoden.

Endelig har vi noteret os, at brugen af Real World Data ikke bliver nævnt i kommissionens rapport. Real World Data kan understøtte patientforløb og følge effekten af nye behandlinger, ikke mindst til små diagnosegrupper, og derfor bør en kommende national strategi for data og digitalisering kigge til øget opsamling og anvendelse heraf.

Anbefaling 3: Fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet (national sundhedsplan)

Danske Patienter støtter forslaget om en national sundhedsplan, som kan skabe den nødvendige balance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, som kan sikre en bedre geografisk fordeling af læger og som kan styrke styringen af den lægelige videreuddannelse. Det er væsentlige tiltag i kampen mod den geografiske ulighed i sundhed.

Vi er således enige i ambitionen om at styrke og udvikle det nære sundhedsvæsen – og er i naturlig forlængelse heraf enige i, at der bør investeres i det primære sundhedsvæsen. Vi er dog ikke enige i, at denne investering skal ske på baggrund af en reduceret vækst for det specialiserede sundhedsvæsen.

De seneste årtier er kvaliteten i sygehusvæsenet hævet markant på væsentlige parametre, og den udvikling sættes over styr, hvis der ikke fastholdes et fokus på og en økonomisk prioritering af det specialiserede sygehusvæsen. Det højt specialiserede sundhedsvæsen er fuldstændig afgørende for de mest sundhedsudsatte borgere. Det gør sig også gældende i fremtiden, hvor den samlede patientpopulation med komplekse sygdomme ikke ser ud til at falde, og hvor nye – og ofte dyre – innovative behandlingsformer og -teknologier vinder frem. Fremtidens nye behandlinger fordrer et stærkt, højt specialiseret niveau, hvis de skal tages i anvendelse. Det er der ikke – og det bør der næppe være – ekspertise til uden for de højt specialiserede miljøer. Desuden har højt specialiseret faglighed betydning for livskvalitet og livslængde hos patienter med kronisk sygdom og kompleks komorbiditet. Derfor må vi på det kraftigste pointere, at investeringer i primær- og sekundærsektoren ikke må blive et nulsumsspil. Der er fortsat behov for investeringer i både det nære og det specialiserede sundhedsvæsen, hvis kvaliteten for patienter skal oppebæres.

Kvalitetsstandarder

Patienter oplever i dag stor variation i kvaliteten af indsatserne afhængig af, hvor i landet de får udredning og behandling, og der er generelt behov for et løft af kvaliteten i primærsektoren, bl.a. på rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Danske Patienter bakker derfor ubetinget op om forslaget om kvalitetsstandarder, der går på tværs af sektorer og som stiller krav til indsatserne i det nære sundhedsvæsen.

Side 10/14

Det er dog helt afgørende, at disse bliver tydelige, ambitiøse og reelt forpligtende. De to kvalitetsstandarder, der er revideret/udarbejdet af Sundhedsstyrelsen på opdrag fra Sundhedsaftalen 2022, er ikke forpligtende i tilstrækkelig grad og har derfor ikke den fornødne effekt i forhold til at mindske geografisk ulighed og sikre borgerne lige rettigheder.

Det er også væsentligt, at kvalitetsstandarderne tager afsæt i patientens forløb og ikke i den aktuelle organisering. Det er fx tilfældet med kvalitetsstandarderne for patientrettet forebyggelse, som fokuserer ensidigt på kommunernes forpligtelser og ikke på øvrige aktører. I forlængelse heraf bør udviklingen af kvalitetsstandarderne ske med større fokus på patienter og pårørendes behov og ønsker.

Anbefaling 4: Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Danske Patienter er positive overfor forslaget om at sammenlægge somatik og psykiatri, da vi forventer, at det vil ændre på den skævvridning, der ses i dag i tildelingen af ressourcer og faglighed. Det kan samtidig være med til at afhjælpe den stigmatisering, det i dag medfører, at psykiske sygdomme opfattes anderledes end og særskilt fra andre sygdomme. Vi forventer også, at en organisatorisk samling kan sikre, at der fremover vil være et større fokus på fysisk sygdom i psykiatrien – og omvendt. Alvorlige kroniske sygdomme kan medføre psykiske udfordringer som bl.a. angst og depression, og det er væsentligt, at der tages hånd om disse tidligt i forløbet.

Vi støtter ligeledes forslaget om at styrke de sundhedsfaglige indsatser på botilbud, bl.a. med krav om fast tilknyttede læger, tovholderfunktion og kvalitetsstandarder. Vi finder det dog uklart, om anbefalingerne alene er tiltænkt socialpsykiatriske botilbud, eller om de også påtænkes at omfatte somatiske botilbud, hvor der bor mennesker med udviklingshandicap. Danske Patienter anbefaler, at man styrker de sundhedsfaglige indsatser på de somatiske botilbud, da der i høj grad er behov for kvalitetssikring af sundhedsindsatser og vidensniveauet på disse enheder. I forlængelse heraf vil vi anbefale, at den skitserede rådgivning fra sygehusene til primærsektoren (forslag 3.1) også omfatter personale på botilbud.

Civilsamfundets bidrag bør indtænkes som en fast og integreret del af arbejdet med at løfte indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Det kan fx være i form af navigatorordninger, hvor en frivillig navigator hjælper patienten med at skabe overblik over aftaler, undersøgelser og behandlinger i forløbet.

Derudover bør der etableres multidisciplinære teams til at understøtte mere sammenhængende forløb for patienter, der har samtidig psykisk og somatisk sygdom.

Side 11/14

Anbefaling 5: Praktiserende speciallæger

Mange mennesker med kroniske og langvarige sygdomme behandles og går til kontroller hos privatpraktiserende speciallæger. Der er imidlertid mangel på speciallæger inden for en lang række specialer – og dem, der er, er geografisk skævt fordelt. Det resulterer i lange ventetider for patienter, som har brug for behandling.

Derfor finder vi det positivt, at kommissionen foreslår at styrke den nationale planlægning af de praktiserende speciallægetilbud. Ud over flere og geografisk bedre fordelte ydernumre er der behov for en målrettet plan for uddannelse af speciallæger inden for de specialer, hvor der er stor mangel på kapacitet. I den forbindelse bør praktiserende speciallæger tage ansvar i uddannelsen af nye læger.

Ligeledes bakker vi op om kommissionens forslag om at styrke det lovmæssige grundlag for, at den ansvarlige myndighed kan specificere krav til samarbejdet mellem speciallægetilbuddet og det øvrige sundhedsvæsen samt have et øget ledelsesmæssigt fokus på samarbejde med og kvalitetsudvikling i sektoren.

Styringsmodellen for de praktiserende speciallæger har mange ligheder med den, der er for alment praktiserende læger, og vi ser god grund til, at man også på området for praktiserende speciallæger adskiller opgavebeskrivelsen fra aftalesystemet. Gør man ikke det, vil det være vanskeligt at implementere en national plan for praktiserende speciallæger samt anvende rettigheder og garantier for udredning og behandling inden for området. Vi finder, at bilagsrapportens bilag 15, *Speciallægepraksis, som en del af et moderne sundhedsvæsen. Et idépapir til Sundhedsstrukturkommissionen* indeholder en række analytiske betragtninger, som understøtter behovet for en ændret styringsmodel på området.

Patientrettigheder

Patientrettighederne har været med til at højne kvaliteten i udredning og behandling, og udrednings- og behandlingsgarantien gør for mange patienter en mærkbar forskel. Derfor er Danske Patienter glade for, at kommissionen betoner patientrettighedernes positive effekt. Patientrettighederne skal også være en del af fremtidens sundhedsvæsen, og de kan med fordel bruges til at indfri nogle af de ambitioner, der opstilles med kommissionens rapport.

Det kan bl.a. afsøges, hvordan udrednings- og behandlingsgarantien kan udvides til også at gælde patienter, der behandles hos de praktiserende speciallæger. Dette kan medvirke til at skabe den ønskede bevægelse mod det primære sundhedsvæsen.

Det samme kan en rettighed til en individuel og behovsstyret behandlingsplan, som kan implementeres sammen med grundpakkeforløb for kroniske sygdomme.

Grundpakkeforløbene skal sikre en systematisk og tidlig indsats for mennesker med en kronisk sygdom – med henblik på at øge kvalitet og effekt samt patienternes mulighed for sygdomsmestring og egenmonitorering. Retten til en personlig behandlingsplan skal sikre, at forløbene differentieres efter den enkeltes ressourcer, behov og ønsker. Når behandlingen tilpasses til den enkelte og tager højde for bl.a. sygdommens sværhedsgrad, multisygdom, sundhedskompetencer, sårbarhed, netværk mm., kan man sikre en højere grad af compliance og dermed imødekomme og forebygge ulighedsfaktorer og forværring i sundhedstilstanden. Dette er i øvrigt i tråd med kommissionens pejlemærker om lighed i sundhed og differentierede indsatser.

Anbefaling 6: Reformsekretariat

Danske Patienter støtter, at der sættes fokus på implementering med et reformsekretariat.

Vi anbefaler, at der opsættes nogle ambitiøse mål som monitoreres for at sikre, at reformen leverer på de opsatte politiske målsætninger – fx om bedre sammenhængende forløb og reduktion af social og geografisk ulighed i sundhed. Målene bør tage udgangspunkt i patienternes oplevelse af kvalitet i det samlede forløb, så der kan styres herefter. I dag måler både sygehuse, almen praksis og kommuner på patientoplevelse af kvalitet, men ingen af målingerne har øje for indsatsen på tværs af sektorer, selvom denne er afgørende for den samlede behandlingskvalitet.

Øvrige kommentarer

Forebyggelse

Forebyggelse har en meget nedtonet rolle i kommissionens rapport. Vi er enige i kommissionens grundantagelse om, at der alt andet lige vil være større incitament for at sætte ind med ambitiøse borger- og patientrettede forebyggelsestiltag, hvis der indføres et kædeansvar, hvor den udførende part også får glæde af gevinsterne.

Vi mener imidlertid, at der er behov for en mere målrettet tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme, hvis målet om et bæredygtigt sundhedsvæsen skal indfries. Derfor opfordrer vi til, at denne dagsorden får et større fokus i den politiske udmøntning.

Forebyggelse bør være en prioriteret del af den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, og der bør etableres en økonomisk incitamentsstruktur, der understøtter forebyggende indsatser i alle dele af sundhedsvæsenet. Forebyggelse bør derfor være en tværgående indsats på linje med de øvrige tværgående anbefalinger, der bør implementeres uagtet hvilken forvaltningsmodel, man vælger politisk. Foruden ændringer i organiseringen af sundhedsvæsenet bør der vedtages en ambitiøs national forebyggelsesplan, som blandt andet sætter nationale forpligtende mål for forebyggelse og sundhedsfremme samt sikrer, at der udarbejdes en folkesundhedslov, der sætter klare rammer og forpligtelser for arbejdet.

Pårørende

Pårørende spiller en afgørende rolle i patienternes forløb. De støtter, hjælper, plejer, kører og koordinerer for deres nærtstående, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. På den måde har de pårørende også en afgørende rolle i, at sundhedsvæsenet kan levere. Inddragelse af pårørende har nemlig positiv betydning for bl.a. behandlingsresultater. Inddragelse af pårørende bliver ikke mindre relevant med omstillingen mod mere hjemmebehandling og differentierede indsatser, hvor netværkets ressourcer, behov og ønsker spiller en afgørende rolle.

Side 13/14

Derfor undrer det os, at pårørendes roller og rettigheder ikke er nævnt i rapporten. Vi opfordrer til, at man politisk hæver ambitionerne vedrørende pårørende og sikrer dem bedre rettigheder, bl.a. lovfæstet ret til støtte og inddragelse.

Udbredelse af systematisk patient- og pårørendeinddragelse

Vi vil opfordre til at der, som led i konkretiseringen af pejlemærket om differentiering, tages ambitiøse skridt for udbredelsen af systematisk patient- og pårørendeinddragelse, så det bliver en fast del af beslutningsgrundlaget i hele sundhedsvæsenet. Det kan være ved metoden fælles beslutningstagning, som mange hospitaler allerede har stiftet positivt bekendtskab med.

Man kan med fordel kigge på muligheden for at opdatere sundhedsloven, så den afspejler en mere tidssvarende forståelse af samarbejdet mellem patient, pårørende og sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets tilbud bør også gøres mere tilgængelige, fx ved at forenkle de nugældende regler for befordring, som kan være vanskelige at gennemskue og ofte vil gå særligt ud over socialt udsatte patienter.

Civilsamfundets rolle

Civilsamfundets bidrag til sundhedsvæsenet indgår ikke som en central del af Sundhedsstrukturkommissionens rapport til trods for, at der er et stort uudnyttet potentiale i at styrke samarbejdet mellem det offentlige sundhedsvæsen og civilsamfundet. Et samarbejde, der kan understøtte ambitionen om et sammenhængende sundhedsvæsen og det stigende behov for hjælp til særligt sårbare patienter. Vi vil derfor opfordre regeringen til at tænke civilsamfundets rolle og opgaver ind som en integreret del af den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet – uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges politisk.

§ 79-hospitaler

Rapporten nævner ikke de foreningsdrevne specialsygehuse efter Sundhedslovens § 79, stk. 2. Specialhospitalerne udfører højt specialiseret udredning og behandling, og det er afgørende for patienterne inden for de aktuelle specialer, at hospitalerne er velfungerende og opererer inden for bæredygtige rammer.

Styrket forskning i det nære sundhedsvæsen

Det er væsentligt at fremme forskningen i det primære sundhedsvæsen, og det er positivt, at kommissionens rapport lægger op til et større fokus på forskning hos andre faggrupper end læger. Danske Patienter er enige i, at sundhedstjenesteforskning i det primære sundhedsvæsen skal prioriteres, men vi bemærker, at det ikke må være på bekostning af (sundhedstjeneste)forskning i det sekundære sundhedsvæsen, for det er der fortsat behov for.

Side 14/14

Med venlig hilsen



Morten Freil
Direktør



DANSKE
REGIONER

Hørings svar

Sundhedsstruktur-
kommissionens
afrapportering

Høringssvar

Indledning

Danske Regioner takker regeringen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne rose regeringen for at have nedsat kommissionen og for at invitere til en fordomsfri debat om, hvordan vi styrker det samlede sundhedsvæsen og skaber bedre sammenhæng for patienterne.

Vi har budt ind med vores forslag om at samle ansvaret for sundhedsvæsenet og værdsætter, at meget er afspejlet i rapporten, herunder især det store fokus på vigtigheden af en samling af opgaver hos samme myndighed med et øget kædeansvar samt en reform af almen praksis.

Vi er i Danske Regioner helt enige i, at der skal reformer til, hvis vi skal lykkes med at styrke det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen har et stærkt fokus på behovet for at udvikle det primære sundhedsvæsen. Vi er enige. Med reformen fra 2007 fik regionerne et klart ansvar for udviklingen af hospitalerne. Siden da er det lykkedes at omstille sygehusvæsenet, specialisere sygehusstrukturen, så vi i dag kan behandle langt flere patienter, behandle dem hurtigere og med en kvalitet og en effektivitet, der kan måle sig med de bedste hospitaler i verden. Den udvikling ønsker ingen at sætte over styr.

Men udviklingen i det nære sundhedsvæsen er ikke fulgt med. Hvert år kommer tusindvis af borgere på hospitalet med tilstande, der kunne have været forebygget, behandlet hjemme eller tæt på, hvor de bor. Og hver dag er der ca. 100 færdigbehandlede patienter, som ikke kan udskrives fra hospitalet, fordi der mangler et tilbud til dem i det nære sundhedsvæsen.

Regionerne har de senere år prioriteret en markant del af væksten i sundhedsvæsenet til praktiserende læger og udgående funktioner fra sygehusene, der løfter kvaliteten i det nære. Men vi må erkende, at det som hovedregel kun lader sig gøre i det omfang, at ansvar og finansiering er klart placeret i regionerne. Udviklingen af de nære sundhedsindsatser begrænses således af de strukturelle rammer, der opdeler ansvaret og finansieringen af sundhedsindsatsen i forskellige sektorer og lovgivninger. Hver sektor fokuserer på sin del af kæden, ikke på helheden.

Derfor mener Danske Regioner, at der er behov for en reform af sundhedsvæsenet, der bryder med silotænkning og samler ansvaret og økonomien for alle sundhedsindsatser. Dét vil skabe et stærkt incitament til at investere massivt i forebyggende indsatser, som kan gøre borgerne mere selvhjulpne og raske, så flere kan leve bedre liv, og færre får behov for at komme på hospitalet.

Rapportens forslag til forskellige forvaltningsmodeller indeholder mange positive elementer. Men ingen af modellerne leverer i sig selv en løsning, der både skaber sammenhæng, høj kvalitet og mest mulig sundhed for pengene *uden* unødvendige transaktionsomkostninger og *uden* at gamble med kvaliteten på hospitalerne.

Danske Regioner foreslår derfor i dette høringssvar en retning for *en fjerde model*. En model, der samler ansvaret for sundhedsopgaverne i de nuværende fem regioner.

Sundhedsvæsenet drives bedst i en geografi, der ikke er for langt væk til at levere løsninger tæt på borgerne, men hvor kapaciteten og kompetencerne samtidig er tilstrækkelige, også til at modvirke

den strukturelle ulighed i sundhed. Derfor mener vi, at ansvaret er bedst placeret på det regionale niveau. Med flere regioner risikerer vi, at de mange års udvikling og specialisering af sygehusene siden sidste reform går tabt, og at danskerne får en mere ulige adgang til sundhedsvæsenet. Færre regioner og et mere centraliseret sundhedsvæsen vil omvendt skabe unødigt afstand til de lokale forhold og svække den politiske opmærksomhed på landdistrikterne. En stor forskel i størrelsen mellem regioner vil desuden skabe en u hensigtsmæssig ubalance på tværs af landet. Derfor mener Danske Regioner, at de nuværende fem regioner udgør den bedste struktur for et samlet sundhedsvæsen med et samlet ansvar.

Som det fremgår af kommissionens rapport, kan der være forskellige modeller for, hvor langt det samlede ansvar - eller kædeansvaret - skal række. Men det er vores vurdering, at med et samlet ansvar for den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser, herunder akutpladser, akutteams og de dele af den kommunale sygepleje, der er beskrevet i den mindre opgavesamling, kan regionerne sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet - uden nødvendigvis at udføre alle opgaver selv.

Kommissionen foreslår nye stående nærudvalg, som på vegne af regionen får til opgave udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund. Det vil løse behovet for at styrke nærheden i en model med fem regioner med et samlet kædeansvar.

Forslaget uddybes i afsnittet "Model 4: De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger".

Danske Regioner vil til gengæld på det kraftigste advare mod kommissionens anbefaling om, at regionerne skal overgå til at være rene sundhedsregioner. Det er uforståeligt og i modstrid med kommissionens grundige og fagligt funderede arbejde på sundhedsområdet, at *sundhedseksperterne* i kommissionen - helt uden nærmere analyse - kommer med så vidtgående forslag om både socialområdet, miljø, klima, transport og uddannelse.

Læsevejledning

I det følgende uddyber vi ved først at kommentere de tværgående anbefalinger og dernæst de tre foreslåede forvaltningsmodeller. Afslutningsvis foreslår vi at kombinere elementer fra de tre modeller i en model 4, som vi mener, ville kunne levere den største effekt for borgerne, mest mulig sundhed for pengene og med lavest mulige transaktionsomkostninger.

Der er desuden udarbejdet to bilag vedrørende det regionale ansvar uden for sundhedsområdet.

Kommentarer til de tværgående anbefalinger

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Danske Regioner bakker op om, at det er nødvendigt at styrke det almenmedicinske tilbud bl.a. ved at sikre investeringer i flere almenmedicinske læger til almen praksis, og at almen praksis dermed rustes til at løfte endnu flere opgaver. Det er vigtigt, at væksten i antallet af praktiserende læger i første omgang sker i de områder, hvor der i dag mangler læger, eller hvor de enkelte læger har en stor arbejdsbyrde, fordi patienterne har mange sygdomme og problemstillinger, som den praktiserende læge skal håndtere. Danske Regioner er enige med kommissionen i, at der skal indføres differentierede patientnormer, så læger i områder med stor sygdomsbyrde skal have færre borgere tilknyttet, mens læger i områder med lavere sygdomsbyrde skal have flere tilknyttet. Honorarsystemet skal samtidig tage højde for de differentierede patienttal, så indtjeningen er mindst den samme i områder med lavere normtal og mere syge patienter.

En forudsætning for yderligere investeringer i almen praksis er, at der opnås sikkerhed for, at investeret økonomi går til de ønskede formål og til de patientmålgrupper, som får mest gavn af almenmedicinsk udredning, behandling og opfølgning tæt på egen bopæl. Derfor bakker Danske Regioner op om kommissionens anbefalinger om en ændret organisering af det almenmedicinske tilbud. Herunder et mere smidigt aftalesystem, bedre faglig ledelse, bedre muligheder for at allokere ressourcer efter sundhedsbehov og bedre muligheder for, at den lokale myndighed kan varetage sine forpligtelser til at levere almenmedicinske tilbud til alle borgere.

Danske Regioner bakker overordnet set op om alle de ni forslag. Hvis forslagene implementeres, vil det bane vejen for et fagligt styrket og mere koordineret almenmedicinsk tilbud. Dog mener vi, at man bør være opmærksom på følgende ved implementeringen af forslagene.

Kommissionen foreslår at lægge flere planlægningskompetencer i Sundhedsstyrelsen, herunder også i forhold til tilgængelighed mv. Det er vigtigt, at beskrivelsen af de opgaver, det almenmedicinske tilbud skal varetage, og eventuelt det serviceniveau, der skal tilbydes, er afstemt med de ressourcer, der er til rådighed såvel økonomisk som kapacitetsmæssigt. Danske Regioner finder det relevant, at en række faglige afklaringer sker i Sundhedsstyrelsen, men det vurderes generelt mest hensigtsmæssigt, at det er den direkte ansvarlige myndighed, som får adgang til at fastlægge krav til fx tilgængelighed. Det skyldes, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud fortsat bør være tæt afstemt med den faglige dialog og ledelse lokalt.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for en ny honorarstruktur, som kan rumme, at opgaverne udvikler sig over tid, og hvor det er muligt, at honorarstrukturen motiverer til at tage nye fx digitale løsninger i brug og dermed omlægge arbejdsopgaverne, uden at det skal afvente en økonomisk forhandling.

Bedre muligheder for faglig ledelse og allokering af ressourcer efter sundhedsbehov kræver, at de relevante myndigheder har bedre forudsætninger for at tilgå kvalitetsdata og øvrige data, end de har i dag. Det er afgørende, at der ikke lovgivningsmæssigt er begrænsninger på brug af kvalitetsdata, da det ofte blokerer muligheden for at anvende disse data til faglig ledelse og dialog samt planlægning, styring og det tværsektorielle arbejde. Det skal derudover være helt tydeligt i lovgivningen, at fx ordinationsdata, henvisningsdata og diagnosekoder på individniveau kan anvendes til kontrol- og planlægningsformål på klinik- og yderniveau.

Danske Regioner er positive over for at ændre aftalemodellen som foreslået af kommissionen, men opfordrer til, at et nyt system tilrettelægges så ubureaukratisk som muligt for den ansvarlige myndighed, så processen omkring tilbagebetalingskrav og sanktioner ikke bliver mere besværligt end i dag. Der bør desuden i langt højere grad være mulighed for at følge op over for praktiserende læger og i sidste ende udelukke læger fra at praktisere, hvis der ikke leveres et tilbud til patienten, der lever op til de faglige forventninger eller systematisk ikke ligger inden for fagligt anerkendte standarder.

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at digitalisering er helt centralt i den fortsatte udvikling af det danske sundhedsvæsen. Det er en væsentlig forudsætning for at løse udfordringer med mangel på arbejdskraft og for at sikre mere effektive og sammenhængende patientforløb på tværs af hospitaler, kommuner og praksissektor. Danske Regioner bakker derfor op om, at der udarbejdes én fælles digital strategi for sundhedsvæsenet. Ligesom vi mener, at det er fornuftigt at styrke den fælles planlægningskompetence på området, herunder muligheden for at stille bindende krav til regioner, kommuner og praksissektor.

Danske Regioner støtter, at der etableres en national organisation, Digital Sundhed Danmark, for hele sundhedsvæsenet. En fælles national organisation vil kunne spille en vigtig rolle i at drive og videreudvikle den fælles nationale it-infrastruktur, der går på tværs af sektorer, som f.eks. den fælles telemedicinske infrastruktur (FUT), den fælles meddelelseskommunikation (MedCom), Sundhedsjournalen, Det Fælles Medicin Kort (FMK) og den Nationale Service Platform (NSP). Ansvar for de nationale borgerrettede løsninger som sundhed.dk, MinSundhed app'en og MinLæge app'en kan ligeledes tilknyttes den fælles service- og leveranceorganisation. Det er vigtigt, at denne nye organisation ejes og drives i fællesskab mellem stat, regioner og kommuner for at sikre et tydeligt ejerskab hos alle tre myndigheder.

Vi vil derimod stærkt advare imod forslaget om, at Digital Sundhed Danmark også skal drive og udvikle lokale og regionale løsninger som f.eks. de elektroniske patientjournaler (EPJ) og kommunernes elektroniske omsorgssystemer (EOJ). Det danske sundhedsvæsen er et af de mest digitaliserede i verden med flere tusinde fagsystemer, som spiller sammen med bl.a. EPJ-systemerne, og den position er bl.a. kommet gennem en tæt dialog mellem fagfolk og de it- og driftsansvarlige. Det må vi ikke sætte over styr med en centralisering, der distancerer udvikling og drift af disse systemer fra den kliniske hverdag på sygehuse og i kommuner. Der er efter vores opfattelse ingen gevinster – hverken fagligt eller økonomisk - i at opbygge en meget stor centraliseret driftsorganisation uden kobling til den kliniske hverdag.

Der er et stort behov for at lette og udvide sundhedspersonalets adgang til og brug af sundhedsdata på tværs af sektorer. Det vil styrke behandlingen af den enkelte patient og lette arbejdsgangene for de sundhedsfaglige. Danske Regioner har foreslået, at det kan ske ved, at der etableres en fællesoffentlig sundhedscloud. Den opgave bør også placeres i Digital Sundhed Danmark.

Kommissionens forslag er, at Digital Sundhed Danmark også skal understøtte skalering og implementering af lovende sundhedsinnovation. Det er imidlertid en misforståelse, at der er en tæt sammenhæng mellem fælles it- og datainfrastruktur på den ene side og innovation af behandlingsformer, der skal frigøre tid og arbejdskraft i klinikken, på den anden side. Placeringen af opgaven med at skalere innovative sundhedsløsninger i en it-organisation vil ikke fremme udvikling og skalering af nye løsninger i sundhedsvæsenet – tværtimod, da det vil kræve helt andre kompetencer og arbejdsprocesser.

Danske Regioner har tidligere foreslået et Nationalt Center for Sundhedsinnovation, som skal sikre investering i og udbredelse af innovative arbejdskraftsbesparende løsninger. Danske Regioner vil derfor stærkt anbefale, at der – uafhængigt af kommissionens anbefalinger på it- og dataområdet - arbejdes videre med at etablere et Nationalt Center for Sundhedsinnovation med fokus på skalering af innovative sundhedsløsninger.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Danske Regioner er helt enige i, at det er afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen, at der er et balanceret ressourceforbrug på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde og på tværs af landet. Danske Regioner bakker derfor op om anbefalingen om en national sundhedsplan, der understøtter en fordeling af ressourcerne, som afspejler befolkningens behov på tværs af sektorer og geografi.

Den nationale sundhedsplan har et højt ambitionsniveau og indeholder mange relevante udviklingstiltag, herunder etablering af sundhedscentre, strategisk styring og dimensionering af den lægelige grund- og videreuddannelse, mere balanceret specialeplanlægning mv. Det er vores opfattelse, at der bør udarbejdes en række klare pejlemærker for sundhedsplanen, herunder at planen ikke skal medføre øget bureaukrati, at der skal sikres muligheder for at tage lokale hensyn i planlægningen og at inddrage socioøkonomiske forhold, hensyn til lokal mulighed for rekruttering mv. Der er brug for, at en sådan plan udarbejdes i et meget tæt samarbejde med regionerne og Danske Regioner.

På trods af de mange positive takter i anbefalingen om en national sundhedsplan er det samtidig Danske Regioners vurdering, at flere af kommissionens forslag ikke vil have den ønskede effekt og risikerer at føre til en svækkelse af de seneste årtiers landvindinger for patienterne på sygehusene. Ligesom der mangler opmærksomhed på, at der fortsat vil være brug for at robustgøre og styrke den specialiserede indsats, så vi også fremover kan tilbyde fx kræft- og hjertebehandling af høj kvalitet samt udbygge grundlaget for forskning, sundhedsinnovation og vækst inden for life science-industrien.

Det gælder især kommissionens forslag om, at det årlige løft af regionernes økonomi på 750 mio. kr. til at dække det demografiske træk frem mod 2030 fremadrettet målrettes almenmedicinske tilbud og nationale kvalitetsstandarder i kommunerne.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for et løft af investeringerne i sundhedstilbud uden for hospitalerne, herunder i almen praksis. Men Danske Regioner finder, at kommissionen har for snævert fokus på opgaveflytning til almen praksis og kommunerne. En reel omstilling til et mere nært sundhedsvæsen handler i lige så høj grad om, at sygehusene i fremtiden skal have en endnu mere udadvendt rolle, herunder fx telemedicinske løsninger, udadvendte sygehusfunktioner, akutte udgående funktioner, specialistrådgivning af almen praksis, speciallægepraksis og den præhospital indsats med udgående paramedicinere, som også er en vigtig del af det nære sundhedsvæsen og forebyggelsen af sygehusindlæggelser.

Samtidig finder vi, at forslaget indeholder elementer, som giver anledning til alvorlig bekymring:

Kommissionen foreslår, at de regionale demografimidler skal anvendes på opgaver i kommunerne og i almen praksis. Demografimidlerne finansierer i dag den stigende efterspørgsel efter sygehusbehandling i takt med, at vi bliver flere ældre, og flere danskere dermed fx får kræft og hjertesygdom, som kræver specialiseret behandling på sygehusene. Forslaget betyder dermed reelt, at man tager pengene fra behandling af patienter med fx kræft og hjertesygdom for bl.a. at finansiere

kvalitetsstandarder i kommunerne, som erfaringsmæssigt har meget begrænset effekt for aflastningen af sygehusene. Det risikerer at svække den behandling af alvorlig sygdom, som er opbygget de seneste 15-20 år.

Kvalitetsstandarder kan være et vigtigt redskab til at løfte kvaliteten i det nære. Men hvis vi for alvor skal skabe kvalitet i det nære, kræver det et samlet kædeansvar, som sikrer de rette incitamenter til udvikling og innovation i det nære. Erfaringerne viser, at udbygningen af kvalitetsstandarder for kommunerne går meget langsomt og for ofte ender med ikke-bindende standarder, fordi der skal forhandles DUT for hver enkelt opgave. Derfor har det vist sig svært at sikre en ensartet høj kvalitet og tilgængelighed i de forebyggende og nære tilbud. En udbygning af det nære sundhedsvæsen efter modellen med kvalitetsstandarder vil derfor betyde en voldsom vækst i de samlede sundhedsudgifter og mindre sundhed for pengene end i dag. Samler man derimod finansieringen af flere opgaver i samme budget og samme myndighed, vil investeringer i at forebygge indlæggelser, drive akutpladser med de rette kompetencer m.v. være en investering i at forebygge endnu dyrere indlæggelser. Det vil føre til et helt andet tempo og ambitionsniveau i udviklingen af sundhedsvæsenet uden for sygehusene.

Danske Regioner anerkender, at det har været en forudsætning for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde at komme med udgiftsneutrale anbefalinger. Men Danske Regioner understreger, at der er behov for fortsat at investere i sundhedsvæsenet – også udover hvad en snæver demografiberegning tilsiger - og noterer sig bl.a. at regeringen har afsat 5 mia. kroner frem mod 2030 til at løfte sundheden. Danske Regioner er enige i, at en del af væksten i det samlede sundhedsvæsen skridt for skridt skal flyttes ud i det nære, i takt med at virkningsfulde forebyggende indsatser aflaster sygehusene. Det vil gå ud over patienterne, hvis der skæres ned på sygehusene, før der er etableret reelle løsninger i det nære, som aflaster sygehusene. Det er vigtigt, at væksten i det nære ikke sker på bekostning af landvindingerne for patienter med behov for specialiseret behandling på sygehusene. Derfor er det stærkt bekymrende, at kommissionen ikke har vurderet konsekvenserne af den manglende finansiering af sygehusbehandlingen – ikke mindst i en situation, hvor udgiftspresset allerede i dag er meget stort.

Kommissionens forslag tager heller ikke højde for, at indsatser i det nære ikke nødvendigvis kan omsættes til gevinster på hospitalerne på kort sigt, men i bedste fald kan påvirke efterspørgslen på længere sigt. Danske Regioner vil i den forbindelse påpege, at Sundhedsstyrelsen overvurderer omfanget af unødvendig behandling, da deres vurdering indirekte bygger på primært amerikanske tal, som ikke kan overføres til danske forhold. Den omstilling, der skal ske, må derfor forudsætte, at der først opbygges kapacitet i det nære sundhedsvæsen, før der fjernes finansiering fra hospitalerne. Ellers risikerer vi at stå med hospitaler, der ikke kan udføre deres opgave og må gennemføre uhensigtsmæssige spareplaner, uden at patienterne har et alternativ i det nære.

Danske Regioner undrer sig også over, at kommissionen ikke medtænker, at demografimidlerne til ældre- og sundhedsområdet i kommunerne vil kunne øge kapacitet og kompetence i det nære sundhedsvæsen. Frem mod 2030 har regeringen afsat 11,25 mia. kr. til at dække den demografiske vækst, heraf er den markant største del (6,75 mia. kr.) afsat til kommunerne. Vi vil anbefale, at der skabes sikkerhed for, at midlerne anvendes på sundheds- og ældreområdet, og at de målrettes indsatser, der har en aflastende effekt for det samlede sundhedsvæsen.

Afslutningsvist vil Danske Regioner fremhæve, at rapportens konklusion om, at en større del af sundhedsudgifterne i Danmark går til den mest specialiserede del af sundhedsvæsenet sammenlignet med andre lande, bygger på forkerte forudsætninger. Mens den opgørelse, som rapporten henviser til, rummer alle de danske hospitalsudgifter, så er der for Holland, Norge, Storbritannien og Sverige en betydelig andel af landenes sundhedsudgifter, som foregår på et hospital, men ikke tæller som hospitalsudgifter. Sammenligner man fx Danmark og Sverige via OECD's faktiske hospitalsafgrænsning samt korrigerer for effekten af sygehusmedicin og langsigtet pleje til mennesker med handicap, falder forskellen i sygehustyngde fra 13 procent til 2,6 procent.

Anbefaling 4: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Danske Regioner er meget enige i, at der er behov for et løft af psykiatrien, så behandlingen af mennesker med psykisk sygdom ligestilles med behandlingen af mennesker med fysiske sygdomme. Ligesom vi fuldt ud deler ambitionen om, at samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken skal styrkes, så mennesker med psykisk sygdom i højere grad end i dag også sikres rettidig udredning og behandling for deres fysiske sygdom. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør i dag i snit 7-10 år tidligere end den øvrige befolkning. Overdødeligheden skyldes forskellige forhold, herunder øget forekomst af risikofaktorer for udvikling af fysiske sygdomme, underdiagnosticering og mindre effektiv behandling af både psykisk lidelse og somatisk sygdom. Den ulighed skal vi gøre op med.

Et bredt flertal i Folketinget har i 2022 besluttet en ambitiøs 10-års plan for psykiatrien, hvor vi med langsigtede investeringer vil udbygge kapaciteten, styrke forebyggelsen og skabe bedre sammenhæng for mennesker med psykisk sygdom. For Danske Regioner er det afgørende, at implementeringen af 10-årsplanen ikke mister det nødvendige politiske og ledelsesmæssige fokus. Med kommissionens forslag om en samorganisering af psykiatrien og somatikken risikerer vi, at ressourcerne vil gå til administrative ændringer fremfor fokus på patienterne. En samling af somatik og psykiatri risikerer at afspecialisere den psykiatri, som gennem mange år har fokuseret på at opbygge stærke kompetencer. Vi er desuden bekymrede over, at et forslag, som vil ændre så grundlæggende på den måde, vi i dag har organiseret vores psykiatri, hverken er klart beskrevet eller grundigt underbygget i rapporten. Det er fx ikke helt klart, om kommissionens anbefalinger om fælles organisering af psykiatrien og somatikken også indebærer en samlokation. Danske Regioner mener ikke, at en egentlig samlokation er realistisk, da det vil kræve massive investeringer i nyt sygehusbyggeri de mange steder, hvor psykiatri og somatik i dag er adskilt.

Danske Regioner mener ikke, at der er evidens for forslagetets præmis om, at overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser vil blive reduceret ved en samorganisering af psykiatrien og somatikken. Der er således intet, der tyder på, at lande, hvor psykiatrien og somatikken er samorganiseret, har lavere overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom, end lande, hvor psykiatrien har selvstændig ledelse og organisering. Samtidig risikerer man at sætte udviklingen markant tilbage, hvis man splitter de nuværende fem psykiatrier op i flere mindre enheder i tilknytning til de somatiske hospitaler. Dette gælder ikke mindst i en model med 8-10 regioner.

Danske Regioner er enige i, at der er behov for at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken om patienter med både psykisk og fysisk sygdom. Regionerne er allerede i dag i fuld gang med at styrke og integrere samarbejdet om den somatiske indsats for mennesker med psykisk sygdom, og den indsats skal fortsættes og udbygges. Det gælder fx ordningen med botilbudslæger på psykiatriske botilbud, socialsygeplejersker på somatiske sygehuse og indførelse af såkaldt 'liaisonsomatik', hvor det somatiske personale gennemfører somatiske udredninger og behandling i psykiatrien i et tæt klinisk samarbejde med det psykiatriske personale. I alle regioner arbejdes der med at systematisere og udbrede konkrete indsatser til integration af psykiatri og somatik for at sikre, at det implementeres i alle regioner.

Danske Regioner mener, at løsningen på den alvorlige overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom også handler om at sikre en bedre sammenhæng og integration mellem den specialiserede socialpsykiatri og behandlingspsykiatrien, herunder bedre forebyggelse af indlæggelse og bedre opfølgning efter indlæggelse i psykiatrien for borgere med svær psykisk sygdom. Derfor foreslår vi at samle ansvaret for bosteder for de sværest psykisk syge og ansvaret for psykiatrien under én aktør, så der skabes et større incitament til at udbygge de forebyggende og udgående indsatser og sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Dette gælder fx botilbudsteams, hvor sundhedsfagligt personale fra psykiatrien jævnligt følger op på borgere, der bor på psykiatrisk botilbud og udgående akutindsatser, der kan handle umiddelbart ved borgerens behov for hjælp.

Danske Regioner er helt enige i, at udbredelse og bedre udnyttelse af digitale og teknologiske løsninger kan være med til at skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp på rette niveau. I regionernes udspil "Let og hurtig psykisk hjælp" er det beskrevet, hvordan digitale tilbud kan hjælpe mennesker med psykiske lidelser i en "stepped care model". Dertil har Regionernes Taskforce for Digital Psykiatri peget på en række tilbud, der bør videreudvikles systematisk med henblik på landsdækkende udbredelse. Det foreslås også i dette udspil, at regionerne skal have lov til at etablere og drive egne klinikker med psykologbehandling med tilskud for voksne eller vederlagsfrit for 18-24-årige med angst eller depression i områder, hvor der er lange ventelister. Disse forslag vil bidrage til at mindske det aktuelle pres på psykiatrien.

Anbefaling 5: **Private aktører og rettigheder**

Danske Regioner ser generelt positivt på de forslag, som kommissionen har fremsat for de praktiserende speciallæger. Der er brug for at udnytte ressourcerne bedst muligt og sikre en geografisk spredning af speciallægerne, så der er et reelt og lige tilbud om specialiseret behandling i alle dele af landet. Det er også fornuftigt at få skabt mere ledelseskraft og styrket organisatorisk fokus ift. praktiserende speciallæger.

Det er positivt, hvis der skabes klare rammer og gennemsigtighed omkring, hvilke ydelser der skal udføres i speciallægepraksis, samtidig med at man lokalt fortsat kan tilrettelægge det konkrete tilbud ud fra de behov, der måtte være. Pga. forskellige regionale forhold, fx i forhold til rekruttering, er arbejdsdelingen mellem hospitaler og speciallægepraksis forskellig rundt om i landet. Danske Regioner har selv foreslået, at flere ydelser skal flyttes fra hospitalerne og ud i speciallægepraksis og foreslået en række tiltag, der kan understøtte denne udvikling.

Danske Regioner ser positivt på en udvikling, hvor der skabes en bedre fordeling af speciallægeressourcerne geografisk. Det vil være vanskeligt at flytte de eksisterende pga. aftalemæssige bindinger. Men Danske Regioner bakker op om flere specialiserede funktioner i form af praktiserende speciallæger ude i praksis. Ved seneste overenskomst blev der indført en bestemmelse om satellitpraksis, som kan bidrage til en bedre geografisk fordeling til en vis grad.

Speciallægepraksis er generelt langt fremme i arbejdet med kvalitet og deling af data mv. Det er vigtigt, at en ny organisatorisk struktur ikke bremser denne udvikling.

Danske Regioner vil i øvrigt bemærke, at der er for lidt fokus på den øvrige praksissektor i rapporten – herunder på andre faggrupper end læger. Den øvrige praksissektor varetager også en væsentlig del af sundhedsvæsenets opgaver, og mange patienter oplever også udfordringer i forhold til sammenhæng med denne del af sundhedsvæsenet.

Anbefaling 6: **Reformsekretariat**

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at det er vigtigt med et fokus på implementering og ledelseskraft i en kommende sundhedsreform. Men Danske Regioner advarer imod opbygningen af et større bureaukрати og opfordrer til, at der til gengæld kommer større fokus på behovet for ressourcer i forbindelse med den konkrete implementering i sektorerne.

Danske Regioner vil opfordre til, at implementeringen decentralt er i centrum, og at der eventuelt etableres et fælles sekretariat, som har fokus på at fjerne barrierer, afklare regler og rammer og bidrage til at løse de problemer, som de decentrale myndigheder måtte møde i forbindelse med implementeringen af reformen.

Kommentarer til de tre forvaltningsmodeller

Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

Danske Regioner er enige i, at der er behov for at samle budget- og opgaveansvaret for hospitaler og nære sundhedsindsatser, så vi får en sundhedsstruktur, der bidrager til mere sammenhængende forløb for patienterne, og hvor ansvaret ikke er spredt ud på flere forskellige sektorer. Det vil skabe stærke økonomiske incitamenter til at løse mere i det nære og investere i forebyggende indsatser, hvor det er bedst for borgeren, omkostningseffektivt og arbejdskraftbesparende. Dermed vil incitamenterne vende rigtigt: Sundhedsvæsenet vil have en fælles interesse med borgerne i at udbygge kapaciteten, kvaliteten og rettidigheden i de nære og digitale sundhedstilbud, så flest muligt undgår en unødvendig indlæggelse.

Ligeledes gælder det på lovgivningsområdet, hvor opdelingen i forskellige lovkomplekser og administrative sektorer skaber barrierer for de ansatte, som ikke kan dele data, økonomi eller ansvar. Derfor mener Danske Regioner, at der er behov for at samle alle sundhedsopgaver og *de facto* sundhedsopgaver i sundhedsloven. Man bør kunne forvente samme tilgang til kvalitet i sundhed uden for som inden for hospitalernes mure.

I dag er sundhedsområdet opdelt i en sundhedslov, en psykiatrilov og en servicelov. Men særligt opdelingen mellem sundhedslov og servicelov er problematisk. Logikken i serviceloven passer ikke til et moderne sundhedsvæsen, og opdelingen i to forskellige logikker, to lovkomplekser og to administrative sektorer skaber barrierer for samarbejdet mellem ansatte, der burde have hensynet til borgeren som det fælles mål. De kan ikke dele data, økonomi eller ansvar, og de kan ikke levere en sammenhæng for de borgere, som har forløb, der går på tværs af sektorgrænserne. Det rammer især ældre borgere, borgere med kronisk sygdom og borgere med psykisk sygdom – og det rammer ofte nogle af de mest ressourcetsvage borgere ekstra hårdt.

Danske Regioner mener ikke, at en samling af opgaver kræver oprettelse af flere og nye regioner. De eksisterende regioner har en størrelse, så de kan håndtere flere opgaver, end de gør i dag. Se særskilt afsnit om regionernes øvrige opgaver.

En opsplitning i flere regioner risikerer til gengæld at sætte en velfungerende styring af det specialiserede sundhedsvæsen over styr og dermed svække behandlingen af alvorlige og livstruende sygdomme. Samtidig risikerer man en væsentlig grad af suboptimering inden for det specialiserede område.

Udfordringerne i sundhedsvæsenet bliver ikke løst med hverken flere eller færre regioner. Til gengæld vil der være store transaktionsomkostninger forbundet med ændringer i regionsstrukturen, og man risikerer at gamble med den hospitalsstruktur, der har været afgørende for, at vi bl.a. har rykket kræftbehandlingen op i en helt anden liga end i amternes tid.

Danske Regioner anbefaler, at man sparer de transaktionsomkostninger, der vil være forbundet hermed. I en struktur med fem regioner ville de nærudvalg, som kommissionen foreslår, kunne sikre den ønskede nærhed i mindre geografiske områder. Danske Regioner bakker således op om, at der ved en større samling af sundhedsvæsenet i regionerne også skabes en regional styreform, som giver bedre mulighed for at understøtte, at tilrettelæggelsen af opgaver tilpasses lokale behov. Herunder at udvalgene kan varetage dialogen med bl.a. kommuner, praksisaktører og erhvervsliv.

Yderligere bemærkninger til nærudvalg gives under afsnittet "De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger".

Samlingen af sundhedsopgaverne hos én myndighed og i én lovgivning er efter Danske Regioners opfattelse helt afgørende for et bæredygtigt sundhedsvæsen. Til gengæld ser Danske Regioner ikke behov for, at det samlede ansvar skal omfatte hele ældreområdet, herunder plejehjem og praktisk hjælp m.v. I en model med fem regioner vil det være tilstrækkeligt at samle den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser, akutpladser, akutteams og dele af den kommunale sygepleje (jf. den mindre opgavesamling i rapporten) hos regionerne.

At samle det politiske og økonomiske ansvar er ikke det samme som, at regionerne skal udføre opgaverne. Således vil kommuner af en vis størrelse fortsat kunne drive en integreret ældre- og sundhedsindsats efter aftale med regionen, ligesom en regional indsats i mindre kommuner ikke altid vil indebære, at regionale medarbejdere skal udføre indsatsen. Et eksempel på denne type samarbejde i dag er plejehjemslæger, som er et vigtigt redskab til at forebygge unødvendige indlæggelser og genindlæggelser. Denne ordning er i dag aftalt mellem regionerne og PLO og finansieret af regionerne, men det betyder ikke, at regionale medarbejdere er involveret i det daglige samarbejde mellem lægen og plejehjemmet. På tilsvarende vis vil et regionalt politisk og økonomisk ansvar for sundhedsindsatserne i det nære ikke nødvendigvis indebære regional udførelse af opgaverne.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Det er Danske Regioners vurdering, at udviklingen af sundhedsvæsenet sikres bedst i en decentral struktur med en direkte folkevalgt ledelse, der har kendskab til de særlige forhold, som kendetegner de enkelte landsdele. Danske Regioner vil derfor advare mod den centralisering, som denne model foreslår, og som går i den modsatte retning af et mere nært sundhedsvæsen. De decentralt folkevalgte er borgernes stemme ind i et ofte stort og tungt system, der kan være svært at ændre, og det er erfaringsmæssigt politikerne, der er i stand til at stille krav til systemet og prioritere opgaver, geografi og ressourcer på en måde, som er afstemt med borgerne i de enkelte dele af landet.

Sundhedsområdet er det største enkeltstående velfærdsområde. Derfor må det aldrig blive uklart, hvem borgerne kan stille til ansvar for de sundhedspolitiske beslutninger. For det betyder noget, om man lokalt har indflydelse. Ligesom det har en stor værdi i sig selv, at det i dag er folkevalgte fra f.eks. Kalundborg, Slagelse og Nakskov, der er med til at afgøre lokale sundhedspolitiske beslutninger i Region Sjælland.

Danske Regioner er enige med kommissionen i, at forslaget vil medføre manglende politisk kapacitet med risiko for, at for mange enkeltsager vil udfordre en hensigtsmæssig prioritering. Ligeledes er Danske Regioner enige med kommissionen i, at denne model vil give væsentlige styringsudfordringer og i øvrigt indebærer betydelige transaktionsomkostninger med konsekvenser for både økonomi og medarbejdere. Danske Regioner bemærker også, at der ikke i øvrigt er erfaring med, at statslig styring giver større ensartethed eller bedre service.

Model 3: Sundhedsregioner

Danske Regioner ser med stor bekymring på kommissionens forslag om færre regioner. Vi ser to meget grundlæggende problemer med denne model, da man 1) risikerer at skabe større ulighed i sundhedsvæsenet og 2) ikke løser problemerne med sektoropdeling og mangel på sammenhæng. Modellen løser således ikke sundhedsvæsenets mest centrale udfordringer.

Større regioner vil føre til større geografisk ulighed frem for at mindske den – og dermed resultere i det stik modsatte af de politiske intentioner. En sådan model vil være en centralisering af sundhedsvæsenet og vil svække borgernes demokratiske indflydelse.

Det vil især være til ugunst for befolkningen i yderområderne, idet man i tyndtbefolkede områder vil have færre lokale repræsentanter i regionsrådet end borgerne i tætbefolkede områder. Derfor vil det på ingen måde være givet, at det politiske flertal vil tale udkantens sag. Danske Regioner noterer sig, at kommissionen selv peger på, at færre regioner vil medføre stordriftsulemper og vil have store implementeringsomkostninger.

Det er Danske Regioners vurdering – i tråd med kommissionens – at fx en stor østregion vil medføre en geografisk skævvridning på tværs af landet, hvor én stor region vil have en væsentlig fordel op imod tre vstdanske regioner. Det giver risiko for en uhensigtsmæssig fordeling af ressourcer på tværs. Samtidig kan det have en væsentlig demokratisk slagside, idet borgernes kendskab og opbakning til det regionale demokrati vil blive forringet, fordi afstanden til indflydelse opleves at være for stor. Dette kan betyde en lavere stemmeprocent ved regionalvalg samt medføre, at færre borgere vil engagere sig i regionalpolitik og stille op til regionalvalg, fordi den regionale identitet går tabt, og det bliver vanskeligt at spejle et lokalt engagement i en storregion.

Det samlede regionale ansvar giver allerede med fem regioner mulighed for at koble sygehuse sammen under samme ledelse for at sikre en bedre fordeling af personaleressourcer. Dette ses f.eks. i Region Sjælland, hvor Nykøbing Falster sygehuse er fusioneret med Sjællands Universitetshospital. Det samme gælder for den tværgående anbefaling om national styring af almenmedicinske tilbud eller om øget koordinering inden for IT-området. Disse greb bliver ikke mere effektive ved tre regioner.

Ligeledes har det betydning for patienterne, at behandlingen foregår tættere på borgeren. Ved færre regioner vil der være risiko for, at der ikke i samme grad blive prioriteret at have sundhedstilbud i yderområder. Dertil kommer, at regionerne allerede i dag har en forholdsvis høj selvforsyningsgrad for sygehusbehandling. Region Sjælland, som har den laveste selvforsyningsgrad, ligger på omkring 80 pct, mens Region Nordjylland ligger på over 90 pct.

Det er et afgørende problem for modellen, at den reelt ikke løser de store udfordringer, som kommissionen selv tegner op med manglende kædeansvar i den nuværende struktur. Strukturkommissionen foreslår under denne model at fastholde den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet, hvilket gør Danske Regioner alvorligt bekymret for, at man med denne model er alt for uambitiøs og ikke tager hånd om de problemer, sundhedsvæsenet står i. Som tidligere nævnt er det Danske Regioners opfattelse, at de nuværende regioner vil kunne håndtere langt flere opgaver end i dag, og vi vurderer, at rapporten mangler klarhed omkring, hvorfor der ikke lægges op hertil. Dette set i lyset af, at kommissionen selv vurderer, at det samlede opgave- og budgetansvar er af afgørende betydning.

Strukturkommissionen peger selv på en række kompenserende tiltag som fx kvalitetsstandarder, jf. Danske Regioners kommentarer til anbefaling 3, men den fortsatte sektoropdeling vil fortsat skabe markante barrierer, som forhindrer den nødvendige udbygning af det nære sundhedsvæsen og gøre det umuligt at skabe den sammenhæng, som borgerne med rette forventer. Dermed vil der heller ikke ske en tilstrækkelig udvikling af det samlede sundhedsvæsen. Det er således vurderingen, at de kompenserende tiltag, der foreslås, i alt for lille grad håndterer de udfordringer, der er.

Med denne model opnår man desværre heller ikke den gevinst, der er ved at samle ansvaret for sundhedsopgaven og den tilknyttede økonomi, idet der ikke skabes et incitament til at investere massivt i de forebyggende indsatser og nære tilbud, som kan medvirke til at forebygge indlæggelser og aflaste hospitalerne. Udviklingen af endnu et resultatafhængigt tilskud i forlængelse af de dårlige erfaringer med den kommunale medfinansiering, vurderer Danske Regioner ikke vil give de nødvendige incitamenter.

Endelig forekommer det helt uforståeligt, at der i en model med 3-5 regioner skulle være behov for at fjerne regionernes opgaver ud over sundhedsopgaven. Der er tværtimod på en række områder som det specialiserede socialområde samt miljø- og klimaområdet et stort potentiale for at udvide regionernes opgaver, da den regionale geografi er velegnet til at løse samfundsmæssige udfordringer omkring klimatilpasning, miljøtilsyn med virksomheder og fagligt bæredygtige indsatser på det højt specialiserede socialområde.

Model 4: De vigtigste forbedringer af sundhedsvæsenet med få transaktionsomkostninger

Kommissionens modeller indeholder hver for sig mange gode elementer og forslag. I det følgende beskrives et forslag til en kombinationsmodel, der imødekommer behovet for sammenhæng, nærhed og ensartet kvalitet i hele sundhedsvæsenet – og gør det med lavest mulige transaktionsomkostninger. Modellen skal ses i sammenhæng med Danske Regioners kommentarer og ønsker til de tværgående anbefalinger.

Organisering, styring og finansiering

Den nødvendige opgavesamling og sammenhæng, som understreges i model 1, kan gennemføres uden at eksperimentere med alt det, der i dag fungerer godt i det specialiserede sundhedsvæsen, og med væsentligt færre transaktionsomkostninger. Det kan det i en model, hvor ansvaret for det samlede sundhedsvæsen placeres i de eksisterende fem regionsråd, og hvor den umiddelbare forvaltning og udvikling af sundhedstilbuddene inden for et afgrænset geografisk område placeres hos et antal nærudvalg under regionsrådet.

Disse stående udvalg med geografisk ophæng vil have en væsentlig rolle i på vegne af regionen at udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund. Det gælder blandt andet samspillet mellem praksissektoren og sygehusene, når flere opgaver skal løses uden for sygehusene, og det kan handle om udviklingen af forebyggende tiltag, der reducerer (gen)indlæggelser som fx Kom Trygt Hjem. Graden af delegation til nærudvalgene skal ske under hensyntagen til behovet for ensartet, høj kvalitet, som borgerne med rette bør kunne forvente under et samlet ansvar. Der vil fortsat være et stort behov for at se på tværs af regionen, og det vil fx være regionsrådets ansvar at sikre sygehusplanlægning, akutberedskab og et geografisk balanceret budget på tværs af disse nærområder samt stille krav til kvalitet og serviceniveau. På den måde kan vi sikre både nærheden, tilpasningen til lokale forhold og den geografiske lighed i fremtidens sundhedsvæsen.

I denne model er et regionalt ansvar ikke ensbetydende med, at regionen skal udføre alle opgaver selv eller, at den fysiske placering af sundhedstilbud, der drives af kommunerne, nødvendigvis skal ændres. Regionen får et tydeligt ansvar for at sikre en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af landet. Nogle kommuner kan levere meget selv. Det vil de fortsat kunne i et samlet sundhedsvæsen, hvor der bør være en mangfoldighed af leverandører – men under et samlet regionalt myndigheds- og budgetansvar.

Med et samlet budget optimeres incitamenterne til at investere i de nære og forebyggende tilbud, og der kan ske en prioritering og omstilling på tværs af sundhedsvæsenet. Det ville kunne ske i et effektivt, men forsvarligt tempo, der ikke kompromitterer de store landvindinger, der er sket på hospitalsområdet.

De tværgående anbefalinger vedrørende kapacitet og lægedækning vil give et stærkt udgangspunkt for bedre geografisk balance i de eksisterende fem regioner og uden at skabe øget centralisering. Sammen med en revision af de eksisterende bloktilskudskriterier vil det understøtte en bedre geografisk balance i ressourcefordelingen.

Regionale opgaver

I denne model driver regionerne fortsat sygehusene og har ansvaret for at sikre et alment medicinsk tilbud med udgangspunkt i de ændringer, der fremgår under de tværgående anbefalinger i høringssvaret.

Danske Regioner foreslår, at man i denne model samler ansvaret for de nære sundhedsydelser i lighed med den lille opgavesammenlægning, som kommissionen foreslår. Det gælder den patientrettede forebyggelse og rehabilitering, de midlertidige pladser og akutpladser, akutteams og dele af den kommunale sygepleje (komplicerede, subakutte og akutte forløb, jf. den mindre opgavesamling i rapporten). Det er ikke Danske Regioners vurdering, at det er nødvendigt at inkludere hele ældreområdet, herunder plejehjem, personlig pleje og praktisk hjælp i en sundhedsreform for at opnå synergieffekter. Regionerne leverer allerede i dag gennem aftaler med PLO faste læger på kommunalt drevne plejehjem – det foregår, uden at regionen behøver være yderligere involveret i selve udførelsen eller i de lokale aftaler mellem læge og plejehjem.

Regionerne har i sin nuværende form den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, som kræver nærhed til hospitalsvæsenet. I denne model placeres ansvaret for det højt specialiserede socialområde derfor i regionerne.

Der er heller ikke noget fagligt argument for at flytte de øvrige regionale opgaver i forbindelse med en sundhedsreform. Fastholdes de fem regioner, er det tværtimod oplagt også at bruge det regionale niveau til at løse flere af de opgaver, hvor kommunerne bliver for små, og staten er for langt væk. Danske Regioner anbefaler derfor også, at regionerne i denne model får et større myndighedsansvar både på det specialiserede socialområde og på miljø- og klimaområdet.

Danske Regioners position på socialområdet og de øvrige regionale områder uddybes og begrundes nedenfor.

Kommissionens behandling af øvrige regionale områder

Danske Regioner finder det useriøst og meget problematisk, at kommissionens sundhedsekspertter kommer med vidtgående forslag, der fjerner det specialiserede socialområde, miljø, klima, transport og uddannelse fra det regionale niveau – uden i øvrigt at kunne pege på, hvor disse opgaver løses bedre. Der ligger ingen analyse bag Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling, og der er intet, der begrundes, at regionale politikere som det eneste politiske niveau i Danmark ikke skulle kunne have ansvar for mere end ét område. Har vi et regionalt niveau, skal det selvfølgelig anvendes i alle de sammenhænge, hvor staten er for langt væk til at sikre lokalt tilpassede løsninger. Og hvor kommunerne er for små, og hvor området fylder for lidt i hver kommune til, at man kan opretholde den nødvendige ekspertise. Her er en statslig styrelse heller ikke svaret – der skal være politikere for bordenden, som repræsenterer de mennesker, der ude lokalt skal leve med konsekvenserne af beslutninger.

Danske Regioner er således stærkt bekymrede for, hvis man med denne reform kommer til at gen-tage nogle af de samme fejl fra seneste strukturreform. Vi har brug for stærk ekspertise og faglig kapacitet på de her områder – ikke mindre.

Det specialiserede socialområde

Kommissionen skaber stor usikkerhed om, hvor de regionale opgaver på socialområdet skal løses fremover. Det sker helt uden fagligt begrundede argumenter. Vi vil advare stærkt imod, at man begår samme fejl som ved sidste strukturreform, hvor man flyttede opgaver og tilbud på det specialiserede socialområde fra amterne til kommunerne uden at skele til faglighed, kapacitet og målgruppernes volumen på området. Resultatet blev, som flere af organisationerne på området har påpeget, at der er sket et tab af specialistkompetencer og en afspecialisering af området, hvor der er blevet færre højt specialiserede tilbud, selvom der ikke er færre borgere, der har brug for dem.

I de regionale specialiserede sociale tilbud er der skabt faglige synergier og specialiseret viden på tværs af kommunegrænser til gavn for de borgere, som anvender tilbuddene. Det gælder for eksempel på døvblindeområdet og i socialpsykiatrien. Det må vi ikke sætte over styr ved at flytte opgaverne uden at skele til faglighed og kapacitet. Vi er derfor dybt bekymrede for konsekvenserne for mennesker med svært psykiske lidelser eller handicap ved at flytte de regionale tilbud på det specialiserede socialområde væk fra regionerne.

Nogle opgaver er så specialiserede, at den rette indsats kræver et stort befolkningsgrundlag og kobling til sundhedsfaglig ekspertise. Det gælder fx på områder som rehabilitering efter en hjerneskade, synsområdet og svær autisme. I dag mangler en overordnet koordinerende funktion til at beslutte hvilke indsatser og tilbud, der skal oprettes, og hvor de skal oprettes. Regionerne har jf. serviceloven § 5 pligt til at levere tilbud efter aftale med kommunerne. Udbuddet af indsatser og tilbud er derfor bestemt af de enkelte kommuners prioriteringer i skarp konkurrence med andre velfærdsområder. I en velfungerende organisering af det specialiserede socialområde skal ansvar og opgaver placeres der, hvor der er de bedste forudsætninger for at løse dem. Mindre enheder (fx kommuner) kan ikke tilbyde højt specialiseret hjælp til alle behov, da specialiseringen og vidensniveauet om den enkelte borger bliver for småt. Det kræver derfor en større volumen og geografi for at sikre et fagligt og økonomisk bæredygtigt udbud af specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov.

Danske Regioner gør desuden opmærksom på, at regeringens ekspertudvalg på det specialiserede socialområde (Tranæs-udvalget) netop har peget på den udfordring, at kommunerne enkeltvis mangler incitament til at investere i tilbud, hvor de selv kun anvender en lille del af pladserne. Det gælder særligt tilbud, der er målrettet de mest specialiserede behov, hvor målgruppen typisk er meget lille på landsplan. Det skaber ifølge ekspertudvalget et 'kollektivt handlingsproblem', hvor alle venter på hinanden, og ingen løber den økonomiske risiko på fællesskabet vegne. Konsekvensen er, at der ikke bliver etableret den nødvendige specialiserede kapacitet, og det er med til at drive den voldsomme udgiftsstigning, vi ser på området.

På den samlede baggrund anbefaler Danske Regioner, at regeringen og Folketinget med inspiration fra sundhedsområdet indfører en national specialeplan på det specialiserede socialområde, som fastlægger krav til faglighed, kompetencer og målgruppernes volumen. Danske Regioner mener, at en ændring af ansvarsfordelingen på det specialiserede socialområde bør ske på grundlag af et grundigt forarbejde i form af en national specialeplan.

Danske Regioner mener, at der er opgaver, der i dag er placeret på det kommunale niveau, som med fordel kan flyttes til regionerne til gavn for mennesker med handicap eller psykiske lidelser med behov for højt specialiseret hjælp. Regionerne har den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov, der ofte også har en sundhedsdimension, der kræver nærhed til hospitalsvæsenet.

Et regionalt ansvar skal være for målgrupper, der er små, og hvor der er begrænset underlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden. Dertil kommer målgrupper, der ofte behandles i sundhedsvæsenet, og hvor det giver mening at samle en større del eller hele deres behandlings- og rehabiliteringsforløb i regionalt regi.

Danske Regioner anbefaler derfor, at regionerne får et større myndighedsansvar på det højt specialiserede socialområde. Det gælder fx følgende områder:

- Børn og unge med komplekse behov, der ofte skyldes kombinationer af funktionsnedsættelser
- Rehabilitering efter hjerneskade
- Synsområdet
- Svær autisme
- Svær spiseforstyrrelse
- Hjælpemiddelområdet, som bør samles under regionalt ansvar (se Danske Regioners udspil: [Hurtig og ensartet adgang til hjælpemidler](#))

Danske Regioners forslag til organiseringen af det fremtidige højt specialiserede socialområde uddybes i bilag 1.

Miljø og klima

Danske Regioner vil advare stærkt imod, at man flytter opgaver på miljøområdet uden at skele til faglighed og kapacitet. Miljø- og klimaopgaver må ikke behandles som et restprodukt af en sundhedsreform.

Regionerne har ansvaret for at kortlægge, undersøge og oprense forureninger, der kan udgøre en risiko for grundvand og dermed drikkevand, overfladevand og boliger, samt opgaven med via regionale råstofplaner og tilladelser at sikre forsyning af råstoffer.

Regionerne har store og veletablerede faglige miljøer med stærke kompetencer og erfarne medarbejdere, der kan løfte vanskelige opgaver på jordforureningsområdet. Det er regionerne, der driver udvikling og implementering af ny teknologi og opbygning af viden om jordforurening, som kvalificerer og effektiviserer opgaveløsningen. Og regionerne har overblik over udfordringerne på regionalt niveau og understøtter de decentrale myndigheder og forsyningerne, når det gælder grundvandsforurening og opsporing af forureningskilder.

Indvindingen af drikkevand er udfordret af stadig mere omfattende forurening i grundvandet. Opgaven med beskyttelse og udnyttelse af grundvandet er fragmenteret, og kommunerne har svært ved at løfte opgaven, når både forurening og ressourcer går på tværs af kommunegrænserne. Her vil det være oplagt at lade regionerne fungere som tværgående myndighed, hvor der er mulighed for synergi med de stærke faglige kompetencer inden for jord- og grundvandsforurening.

I 2014 overtog regionerne kompetencen til at udstede tilladelser til at indvinde råstoffer fra kommunerne. Ifølge Sundhedsstrukturkommissionens baggrundsrapport var baggrunden for at flytte opgaven, at der var for få årlige ansøgninger om indvinding i de enkelte kommuner, og at kommunerne derfor ikke havde mulighed for at opbygge og sikre tilstrækkelige kompetencer.

Det samme gælder på en række andre områder. Et aktuelt eksempel er miljøgodkendelser og -tilsyn, hvor der har vist sig tydelige svagheder i den nuværende model med en manglende armslængde mellem en virksomhed og kommunen, og hvor regionerne med fordel vil kunne overtage opgaven. I forlængelse heraf kan også henvises til sagerne om Miljøstyrelsens miljøgodkendelser af spildevandsudledninger til havmiljøet fra store virksomheder, hvor regionerne ville kunne imødegå den eksisterende u hensigtsmæssige dobbeltfunktion, når staten både fastsætter miljøkrav/-lovgivning og giver miljøtilladelser til de større virksomheder.

Danske Regioner anbefaler derfor, at regionerne får et større myndighedsansvar på miljø- og klimaområdet. Det gælder især følgende områder med stor betydning for borgerne:

- Grundvand og drikkevand
- Klimatilpasning – effektiv beskyttelse af vandløb og kyster
- Miljøtilsyn – forsvarlig administration med armslængde til lokale virksomhedsinteresser
- Omstilling til vedvarende energi
- Arealanvendelse

Uddannelse

Regionerne har ansvaret for, at der er nærhed til ungdomsuddannelserne i alle dele af landet. Med deres erfaring og lokalkendskab er regionerne i gang med at håndtere udfordringerne i den kommende tid med 37.000 færre unge frem mod 2032. Der er brug for folkevalgte med lokal indsigt og kendskab til behov og muligheder, når der skal træffes beslutninger om placering af uddannelsesudbud til de unge. Regionerne understøtter bl.a. etablering af campus flere steder og andre former for samarbejde på tværs af uddannelsesinstitutioner.

De seneste erfaringer på ungdomsuddannelsesområdet og det fejlslagne statslige forsøg på at fordele elever til gymnasierne ud fra forældreindkomst demonstrerer, at der i langt højere grad er brug for en model, hvor regionerne har ansvaret for at fordele elever ud fra de unges ønsker og regionernes lokalkendskab ift. en god uddannelsesdækning i alle dele af regionen.

Kollektiv transport og mobilitet

Regionerne har ansvaret for regionale busser og lokalbaner, der binder by og land sammen. Regionerne udvikler den kollektive trafik og gør den grønnere og mere attraktiv med afsæt i deres viden om borgernes og virksomhedernes transport- og mobilitetsbehov. Regionerne sikrer hurtig kollektiv transport til og fra uddannelsesinstitutioner, arbejdspladser og de større byer dér, hvor der i dag og i fremtiden vil være behov for et samlet geografisk ansvar på tværs kommuner. På den måde løser regionerne udfordringer i den regionale geografi, der har en dimension og karakter, hvor kommunerne hver for sig er for små, og staten er for langt væk til at løse dem. Dette ville gå tabt i en struktur for den offentlige sektor, hvor regionerne udelukkende skulle varetage sundhedsopgaver.

Regeringen har nedsat et ekspertudvalg for kollektiv mobilitet, der til årsskiftet vil komme med anbefalinger til den fremtidige organisering på området. Danske Regioner anbefaler en regional organisering, der yderligere kan løfte og udvikle det hovednet af busser og tog, som sikrer hurtig kollektiv transport på tværs af kommuner og til og fra uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser, samt binder by og land sammen.

Regionernes øvrige opgaver uden for sundheds- og socialområdet uddybes i bilag 2.

Tid til at samle sundhedsvæsenet

Sidst strukturerne på sundhedsområdet blev lavet om, fik regionerne en klar opgave; nemlig at rette op på et hospitalsvæsen, der ikke var fulgt med udviklingen. Sammen med høje krav, investeringer og faglig udvikling sikrede reformen et markant løft af kvaliteten på hospitalerne og meget mere sundhed for pengene. En ny strukturreform skal sikre, at den samme systematiske udvikling også sker i det nære sundhedsvæsen. Samtidig med at vi fastholder og udbygger landvindingerne for patienterne i det specialiserede sundhedsvæsen. Så man som patient får pleje og behandling i verdensklasse, uanset hvor man møder sundhedsvæsenet – om det er hos egen læge, på hospitalet eller i det nære.

Med reformen fra 2007 blev sundhedsvæsenet splittet op. Reformen skabte dermed nye snitflader, hvor borgerne kunne falde mellem to stole. Ligesom den svækkede incitamentet til at investere i det nære og tænke sammenhæng på tværs. Fordi den, der har udgiften til investeringen i de forebyggende indsatser (kommunen), ikke er den, der høster gevinsten (regionen). Det bør en ny reform rette op på.

Det er Danske Regioners håb, at en ny strukturreform bliver reformen, der samler sundhedsvæsenet. Der er mere end nogensinde brug for et sundhedsvæsen, der tager et samlet ansvar til gavn for borgerne. Et samlet sundhedsvæsen, der ikke skelner mellem, om borgernes behov opstår før eller efter en hospitalsindlæggelse. Men som ser på, hvad der er bedst for borgerne. Og som skaber et mere bæredygtigt sundhedsvæsen, der er rustet til fremtidens udfordringer.

Det forudsætter et samlet ansvar og budget for hele sundhedsvæsenet.

Forslag til organiseringen af det højt specialiserede socialområde

Danske Regioner ser med stor bekymring på Sundhedsstrukturkommissionens forslag om at fjerne det specialiserede socialområde fra regionerne. Dansk Regioner er tværtimod af den opfattelse, at faglighed og robustheden på området bør styrkes ved at give regionerne et klart myndighedsansvar på det højt specialiserede område for de mindste og mest komplekse målgrupper og fastholde muligheden for at levere ydelser til andre handicapgrupper.

I dag driver regionerne pga. forsyningspligten specialiserede sociale tilbud til børn og voksne for i alt 4,1 mia. kr. fordelt på godt 3.000 døgntilbudspladser og knap 1.500 dagtilbudspladser (2023). Det er oftest tilbud og specialundervisning til borgere, hvor de enkelte kommuner, i forhold en specifik målgruppe, ikke har borgergrundlaget – og dermed forudsætning for eller interesse i at drive tilbuddet.

Dette tydeliggøres af, at mere end fire ud af fem borgere (80,8 pct. i 2023) indskrevet på tilbud i det regionale socialområde organiseret i eksempelvis Region Nordjylland kommer fra andre kommuner end tilbuddets beliggenhedskommune. For halvdelen af tilbuddene er det under 10 pct., som kommer fra beliggenhedskommunen – og på flere tilbud er der ingen borgere fra beliggenhedskommunen.

Det kræver således en større volumen og geografi end det borgergrundlag en enkelt kommune kan tilvejebringe for at sikre et fagligt og økonomisk bæredygtigt udbud af specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov. Regionerne har i den nuværende organisering volumen og geografisk udstrækning til at opsamle behov fra kommunerne ift. efterspørgslen af højt specialiserede tilbud med henblik på at sikre et tilstrækkeligt udbud. Der er også i fremtiden behov for en aktør, som minimum har denne rolle - både i forhold til drift men også i udviklingen af nye specialiserede tilbud.

Små enheder har svært ved at opnå en tilstrækkelig faglig bæredygtighed alene. De er nødt til at være del af et større fagligt miljø med rette understøttende ressourcer og specialkompetencer. I de regionale socialområder er der skabt faglige synergier og specialiseret viden om målgrupper omkring det enkelte tilbud samt på tværs af tilbud og kommunegrænser til gavn for de borgere, som anvender tilbuddene. Det gælder for eksempel inden for døvblindeområdet, domfældte udviklingshæmmede, autismeområdet og socialpsykiatrien. De regionale socialområder er desuden

udpeget som VISO-leverandører og bistår derigennem kommuner, borgere og kommunale, regionale og private tilbud med viden og vejledende specialrådgivning i de mest specialiserede og komplicerede enkeltsager om hjælp og støtte på det sociale område og specialundervisningsområdet. Det vil være helt ødelæggende for tilbuddene til borgere med særlige og behov og de eksisterende vidensmiljøer, hvis området brydes op og overgår til kommunerne.

I Danske Regioner mener vi, at der er et aktuelt behov for at løfte kvaliteten på det specialiserede socialområde, særligt for de komplekse målgrupper, hvor kritikken over årene har været stor. Vores holdning er, at etablering og drift af de højt specialiserede tilbud med udgangspunkt i en specialeplan bør være et regionalt ansvar. Nogle opgaver er så specialiserede, at de kræver et stort befolkningsunderlag, som kun regionerne kan levere. Volumen og kobling til sundhedsfaglig ekspertise giver de rette forudsætninger og kompetencer. Det gælder fx på områder som rehabilitering efter en hjerneskade, synsområdet, svær autisme og dobbeltdiagnose-problematikker.

Behov for en ny organisering af det specialiserede socialområde

Danske Regioner mener, at en ny organisering skal placere et klart regionalt ansvar for at drive og udvikle specialiserede indsatser til små målgrupper med komplekse behov og målgrupper, der ofte behandles i sundhedsvæsenet.

En ny velfungerende organisering af det specialiserede socialområde kræver, at ansvar og opgaveløsning placeres der, hvor de bedste forudsætninger for at løfte ansvaret og opgaverne eksisterer. En strukturel reform af området kan sikre udvikling i fremtiden. Der er brug for at organisere og finansiere sociale indsatser med udgangspunkt i borgernes behov. Nogle målgrupper er tilpas store og hører naturligt til i kommunerne, mens andre er så små, at de passer til en større geografi.

Socialområdet bør med inspiration fra sundhedsområdet tilrettelægges med afsæt i en national specialeplanlægning. Samtidig bør princippet om, at "øvelse gør mester" sætte rammen for opgavernes fordeling. Kun på den måde sikrer vi den rette kvalitet i indsatserne til borgerne.

Danske Regioner mener, at en ny organisering skal placere et klart regionalt ansvar for at drive og udvikle indsatser på det højt specialiserede socialområde. Regionerne har den rette geografi og volumen til at levere specialiserede indsatser samt en nærhed til hospitalsvæsenet og psykiatrien. Begge dele vil komme borgerne til gavn og modarbejde ulighed i sundhed blandt de mest sårbare og komplekse målgrupper på det specialiserede socialområde.

Regionerne kan overtage ansvaret i takt med, at specialeplanlægningen udrulles for de enkelte målgrupper. Et regionalt ansvar skal for det første være for målgrupper, der er små, og hvor der er begrænset underlag til at opbygge specialiseret viden, eller hvor en given problemstillings kompleksitet kræver faglig specialviden.

Danske Regioner foreslår:

- At socialområdet tilrettelægges med afsæt i en national specialeplan
- At visitationen gøres forpligtende og baseres på rette faglige viden
- At der udvikles stærke vidensmiljøer
- At der laves en ny finansieringsmodel, som skaber de rette incitamenter

Dernæst drejer det sig om målgrupper, der ofte behandles i sundhedsvæsenet og psykiatrien, og hvor det giver mening at samle en større del eller hele deres behandlings- og rehabiliteringsforløb i regionalt regi for at sikre nærhed og sammenhæng.

Et gradvist regionalt ansvar kan passende begynde med de målgrupper, som specialeplanlægning har været pilotafprøvet på, dvs. autisme, erhvervet hjerneskade og synsnedsettelse.

Drift og planlægning af det højt specialiserede socialområde skal ske i tæt koordination med kommunerne indenfor de fem rammeaftaler. For de øvrige tilbud på det specialiserede socialområde er det mest fordelagtigt, at ansvaret fortsat ligger i kommunerne, med mulighed for at de kan bede regionerne om at varetage tilbud til konkrete målgrupper, ligesom det er tilfældet i dag.

Regionalt ansvar for udvalgte målgrupper

- Børn, unge og voksne med komplekse behov, der ofte skyldes kombinationer af funktionsnedsettelse (fysiske, kognitive, psykiske, sensoriske mv.), diagnoser (autisme, ADHD mv.), og som desuden kan optræde i sammenhæng med sociale problemer (ensomhed, hjemløshed, misbrug mv.).
- Indsatsen for personer med erhvervet hjerneskade, svær spiseforstyrrelse eller kommunikationshandicaps.

Forudsætninger for etablering af et højt specialiseret niveau

Der er bred enighed om, at der er brug for specialeplanlægning på det specialiserede socialområde efter inspiration fra sundhedsområdet. Danske Regioner mener, at der er visse forudsætninger, som er de første nødvendige – men ikke tilstrækkelige – skridt, for at kunne etablere et højt specialiseret niveau gennem specialeplanlægning.

Forudsætninger for et højt specialiseret socialområde

- Visitation baseret på faglig rådgivning
- Økonomiske incitamenter til at indhente og bruge faglig rådgivning
- Separat økonomi til vidensopbygning
- Stop for kommunale overtagelser af regionale tilbud
- Tilbudsportalen udvides med matrikelløse indsatser

Visitation baseret på faglig rådgivning

Visitation skal understøtte, at der træffes de rigtige beslutninger for den enkelte borger på det rigtige grundlag. I dag kan kommunerne trække på den centrale funktion VISO, hvis de selv vurderer, at de har brug for rådgivning. I Regeringens udspil vil det være rådgivningsfunktionen, som kommunerne kan trække på. Men det er frivilligt, om rådgivningen indhentes eller følges. Konsekvensen er, at specialistviden ikke inddrages i tilstrækkelig grad.

Danske Regioner foreslår derfor en ny visitationsmodel, som skal sikre, at brug af specialiseret viden i visitationen er hovedreglen, og ikke undtagelsen, på det højt specialiserede område

og i de tilfælde, hvor man er i tvivl om borgerens behov. Det foreslås, at specialiseret viden og rådgivning skal være bredt funderet i tilbudsstrukturen, og ansvaret for drift og udvikling kan med fordel forankres i regi af de fem rammeaftaler. Det sikrer en tæt kobling til de politisk ansvarlige og de relevante kommunale, regionale og private leverandører indenfor en geografi, der er økonomisk og befolkningsmæssigt bæredygtig.

De specialistkompetencer, som skal være en del af visitationen findes allerede i dag i mange højt specialiserede tilbud. I takt med specialeplanlægningens udrulning vil de tilbud, som godkendes som rådgivningsfunktion, også naturligt kunne varetage rådgivningen i visitationssager.

Enkelte opgaver og målgrupper, f.eks. på syns- og høreområdet, vil fortsat være så små, at de kræver landsdækkende samarbejde og koordinering. Det kan enten ske i regi af Socialstyrelsen eller i et forpligtende samarbejde mellem de fem rammeaftaler kombineret med et statsligt tilsyn.

Incitamenter til faglig rådgivning

Det er vigtigt, at de økonomiske incitamenter på socialområdet understøtter brugen af relevant faglig viden på rette specialniveau. Danske Regioner foreslår derfor, at der skabes en kobling mellem den statslige refusion af kommunernes udgifter til dyre enkeltsager på socialområdet og brugen af relevant faglig rådgivning i den konkrete sag. Det vil tilskynde kommunerne til at bruge specialrådgivning, fremfor at lade kortsigtede økonomiske hensyn styre, ligesom det vil tilskynde kommunerne til i fællesskab at prioritere udvikling og opbygning af videns- og specialrådgivningsmiljøer af høj kvalitet. Samtidig vil det flytte fokus fra kortsigtede økonomiske hensyn til de langsigtede økonomiske perspektiver og borgerens behov. Og for staten vil det indebære en garanti for, at refusion ydes med afsæt i visitationer, hvor bedste eksisterende faglighed har været bragt i spil.

Økonomi til vidensopbygning og etablering af nye tilbud

Det kræver en stabil økonomi med varig finansiering at vidensopbygge og kompetenceudvikle. Det er erfaringen fra bl.a. sundhedsområdet. Socialområdet er derimod for nuværende præget af kortvarige leverandørkontrakter, som kun afregner efter konkrete rådgivningsydelse. Det er svært at opretholde vidensfunktioner og -forpligtelser, endsige udvikle dem, hvis der alene afregnes efter forbrug.

Danske Regioner foreslår derfor, at der med tildelingen af opgaven som rådgivningsfunktion, og tilhørende forpligtelse til at yde specialrådgivning i visitationssager, følger økonomi. Økonomien kan f.eks. fastlægges som et overhead på tilbuddets takster eller tilbuddets samlede ramme. Hvilken type finansiering, der er mest egnet, vil afhænge af tilbudstypen.

Finansiering af vidensfunktioner kan ikke stå alene. En udbredt erfaring med den nuværende struktur og rammeaftaler er, at behovsanalyser i regi af rammeaftalerne meget sjældent resulterer i etablering af nye højt specialiserede tilbud. Det bør der laves om på, og derfor er der brug for at skabe adgang til 'risikovillig' kapital. Resultatet er, at man på det specialiserede socialområde ofte taler om at 'holde hånden under' specialiserede tilbud og vidensmiljøer, men man taler aldrig om at udvikle nye tilbud og ny viden. Det bør der laves om på.

Stop for kommunal overtagelse af regionale tilbud

En væsentlig medvirkende årsag til afspecialisering af socialområdet er kommunernes adgang til at overtage regionale sociale tilbud i henhold til servicelovens § 186. Regionale tilbud er karakteriseret ved at have en stor geografi for øje og ved at opfylde regionens forsyningspligt efter SEL § 5. Kommunernes overtagelse er derimod begrundet i et snævert fokus på egne tilbud og økonomi. Det medfører, at nogle af landets allermost udsatte og sårbare borgere afskæres fra tilbud, der var tiltænkt netop dem. Adgangen til specialiseret socialfaglig indsats bliver i stedet afhængig af geografi.

Når kommunalt overtagne tilbud tilmed ofte nedlægges eller snævres ind til målgrupper bestående af kommunens egne borgere, forskydes det faglige fokus. Komplexiteten i brugergruppens funktionsnedsættelser bliver mindre, og det samme gør sig dermed gældende for indholdet af de ydelser, som det pågældende tilbud skal levere. I den proces går specialviden og vidensmiljøer tabt, og de tabte specialkompetencer kan ikke genskabes, når miljøet er forsvundet.

Tilsyn med matrikelløse indsatser

Matrikelløse indsatser på socialområdet falder i dag imellem flere tilsyn, og der er derfor ikke én instans, som har det samlede ansvar. De matrikelløse indsatser er ikke omfattet af Tilbudsportalen, hvorfor Socialtilsynet ikke er involveret. Nogle indsatser er omfattet af tilsynet for specialundervisning, men det er langt fra alle. Konsekvensen er, at den tilgængelige viden er begrænset.

Danske Regioner foreslår, at matrikelløse indsatser fremadrettet skal være deklarerede og en del af tilbudsportalen under den matrikel, som indsatserne udgår fra. Dermed bliver det Socialtilsynets ansvar at følge og føre tilsyn med udviklingen i de matrikelløse indsatser og tilbud.

Det regionale ansvar uden for social- og sundhedsområdet

Baggrund

Sundhedsreformkommissionen har til opgave at opstille forskellige modeller for organisering af sundhedsvæsenet. Ved modeller, som involverer ændringer i antallet af forvaltningsniveauer, skal kommissionen også beskrive de afledte konsekvenser for andre opgaveområder.

Her følger en beskrivelse af det ansvar, regionerne har på områderne **uddannelse, kollektiv transport og mobilitet, miljø, råstofplanlægning og klima**.

Regionerne bidrager på disse områder til målet i regeringsgrundlaget om et sammenhængende Danmark, hvor der er en stærk infrastruktur, en bred adgang til velfærdstilbud og adgang til uddannelse, der sikrer gode muligheder for at arbejde og bo i hele landet. På miljøområdet bidrager regionerne til regeringens målsætning om at sikre rent drikkevand, beskytte grundvandet og håndtere generationsforureninger.

Et bæredygtigt og sammenhængende Danmark

Med afsæt i de forskellige regionale vilkår løser regionerne udfordringer i den regionale geografi, der har en dimension og karakter, hvor kommunerne hver for sig er for små og staten for langt væk til at løse dem. På disse områder bruger regionerne deres politiske udviklingskraft, faglige kapacitet, samt geografiske overblik og indsigt, til at sikre udviklingen af attraktive levevilkår for borgerne i alle dele af landet og et bæredygtigt Danmark, der hænger sammen.

Regionerne løser i dag en række vigtige opgaver på sundhedsområdet og inden for regional udvikling, men har størrelsen, kapaciteten og geografien til at påtage sig et større ansvar. Det kan fx være ift. miljøgodkendelser og -tilsyn eller en helhedsorienteret og robust beredskabsplanlægning. Det kan også være i forhold til håndteringen af det stigende pres på arealanvendelsen i Danmark som følge af mål for omstilling til vedvarende energikilder, øget biodiversitet, klimatilpasning m.v.

Allerede i dag samler regionerne kommuner, uddannelser, borgere, civilsamfund, virksomheder m.fl. i partnerskaber på områder, hvor de enkelte aktører hver især ikke kan løse vigtige samfundsmæssige udfordringer. Et eksempel er Coast to Coast Climate Challenge, hvor Region Midtjylland har samlet alle kommuner m.fl. i en indsats for klimatilpasning. Et andet eksempel er strategisk energiplanlægning, hvor region, kommuner og forsyningskaber arbejder sammen om en grøn, fleksibel og effektiv omstilling af energisystemer.

Også på områder, hvor regionerne har myndighedsansvaret, inviterer regionerne aktørerne i geografien til at bidrage til at finde gode løsninger. De centrale udfordringer, som regionerne arbejder med regionale løsninger på, er at:

- Sikre at unge i alle dele af landet har nærhed og valgfrihed til en ungdomsuddannelse af høj kvalitet. Læs mere på side 3.
- Sikre borgerne adgang til effektiv og grøn mobilitet og kollektiv transport. Læs mere på side 5.
- Beskytte grundvandet og menneskers sundhed mod jordforurening. Læs mere på side 8.
- Skabe en bedre og mere sammenhængende beskyttelse af drikkevandet. Læs mere på side 10.
- Sikre forsyning af råstoffer til det nationale behov og et mere bæredygtigt råstofforbrug. Læs mere på side 12.
- Styrke klimatilpasningen i Danmark gennem helhedsløsninger i samlede vandoplande og kyststrækninger. Læs mere på side 13.
- Nedbringe klimaaftrykket regionalt. I regi af Klimaalliancen, som er et partnerskab mellem de fem regioner og alle 98 kommuner, Realdania og Concito arbejdes der for lokal og regional klimaomstilling og klimahandling, der bidrager til, at Danmark kan leve op til Paris-aftalens mål.

Gode uddannelsesmuligheder til alle

Opgavens karakter

Regionerne har ansvaret for at sikre, at der er gode muligheder for at tage en ungdomsuddannelse, uanset hvor i landet man bor. Regionsrådene tager stilling til, om der er erhvervsskoler og gymnasier der, hvor der er behov og elever til det.

Der kommer betydeligt færre unge frem mod 2032. Det gør opgaven endnu mere vigtig, da uddannelsesmuligheder i yderområderne risikerer at forsvinde.

Som en del af arbejdet med at sikre gode uddannelsesmuligheder, fordeler regionerne elever til gymnasierne. Regionerne står for at fordele ca. 55.000 elever hvert år. Ca. 5.000 af dem bliver fordelt manuelt og enkeltvis af regionerne i dialog med gymnasierne.

Derudover investerer regionerne i kvalitetsudvikling af ungdomsuddannelserne, fx i forhold til projekter på skoler for at forbedre trivsel for eleverne og naturfagsundervisningen.

Regionen er desuden en vigtig samarbejdspartner for ungdomsuddannelserne, fx i forhold til at arbejde sammen på tværs af uddannelser eller samle sig i campus for at muliggøre flere uddannelsesmuligheder lokalt på trods af færre elever.

Opgavens regionale karakter

Gymnasier og erhvervsskoler er spredt over hele landet. Der er ikke nødvendigvis én i hver en by eller kommune. Der er politisk enighed om, at der skal sikres gode uddannelsesmuligheder for alle unge i hele landet. Det kræver, at der træffes beslutninger om behovet for uddannelser ud fra en større geografisk skala end for hver enkelt erhvervsskole, gymnasie, by eller kommune.

Samtidig udfordrer de faldende ungdomsårgange også landets erhvervsskoler og gymnasier. 24 pct. af erhvervsskolerne og 19 pct. af gymnasierne risikerer at måtte lukke en eller flere uddannelser inden 2032 på pga. for få elever ud fra de nuværende økonomiske rammer. Beslutninger om fremtidens uddannelsesmuligheder skal ske tværgående ud fra kendskabet til konkrete lokale forhold, så uddannelsesmuligheder bevares, der hvor der er elever til det eller for langt til andre muligheder. Danske Regioner er kommet med forslag til en række konkrete værktøjer, der kan tages i brug for at sikre gode uddannelsesmuligheder til alle unge i de forskellige dele af landet.

Kortet på næste side viser, hvor erhvervsskoler og gymnasier frem mod 2032 potentielt er i risiko for at lukke en eller flere uddannelser pga. for få elever.



Kortet viser med røde markeringer, hvor erhvervsskoler og gymnasier frem mod 2032 potentielt er i risiko for at lukke en eller flere uddannelser pga. for få elever. De blå markeringer viser byer, der har erhvervsskoler og gymnasier, der ikke er risiko for at lukke pga. for få elever.

- **Regionerne arbejder for en god og tilstrækkelig uddannelsesdækning.** I den forbindelse bidrager regionerne med analyser om demografi, behov og uddannelsesmuligheder, der bl.a. kan danne grundlag for erhvervsskole og gymnasiers planlægning af samarbejder og samplacering i campus. Læs mere i [Danske Regioners campusudspil](#).
- **Regionerne planlægger regional kollektiv transport og uddannelsesruter.** Regionerne tager initiativ til at samarbejde med kommunen, skolerne og trafikselskabet om at sikre god adgang til uddannelserne for eleverne ved at optimere bussers ruter og køretider.

Derfor er opgaven regional

I en situation med 37.000 færre unge frem mod 2032 er der behov for ændringer i uddannelseslandskabet, hvis der fortsat skal være gode uddannelsesmuligheder til de unge i hele landet. Beslutninger om placering af ungdomsuddannelser og fordeling af elever til gymnasier skal foregå på tværs af større geografiske områder. Samtidig skal geografien være afgrænset nok til, at der er lokal indsigt og kendskab, så der bliver taget højde for de udfordringer, der er i både byerne og i yderområderne.

De folkevalgte i regionsrådene sikrer, at beslutninger om, hvor erhvervsskoler og gymnasier skal ligge, og at fordelingen af elever til gymnasierne, er demokratisk forankrede. Der er en tæt og vigtig dialog på politisk niveau med erhvervsskoler, gymnasier og borgere. Regionerne er uafhængige af institutionsinteresser og kan samarbejde om at finde løsninger i dialog med de forskellige erhvervsskoler og gymnasier til gavn for eleverne.

Regionerne har mange års erfaring og analytisk grundlag i forhold til planlægning af udbuddet af uddannelser og fordeling af elever til gymnasierne. Det er en nødvendighed for at kunne træffe fagligt velfunderede afgørelser og planlægning af uddannelsesudbuddet.

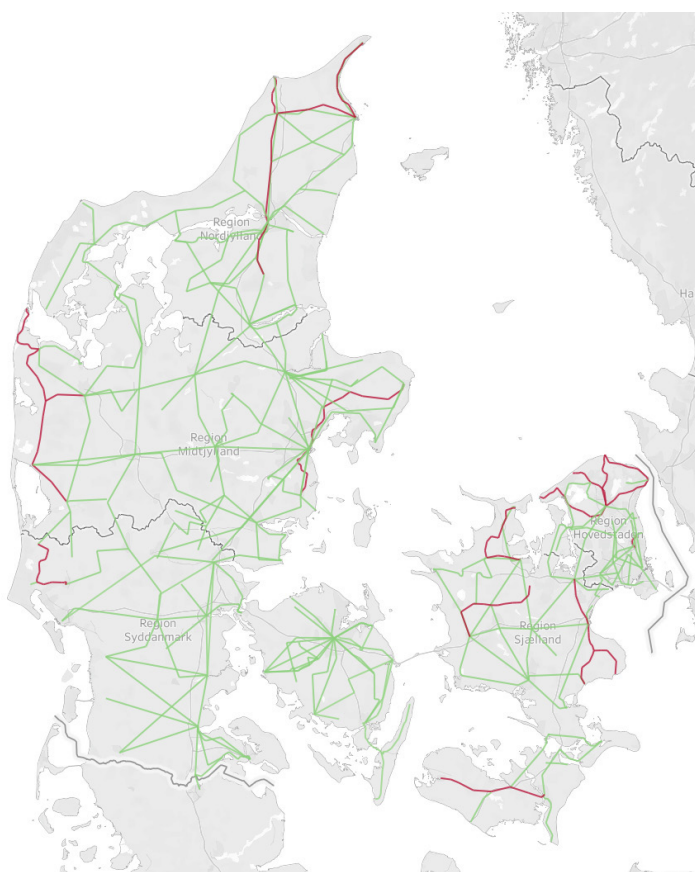
Regionerne kan desuden tænke ungdomsuddannelserne sammen med den kollektive trafik, så der er gode transporttilbud til eleverne.

Regional kollektiv transport og mobilitet

Opgavens karakter

Regionerne har ansvaret for regionale busser og lokalbaner. Desuden har de ansvaret for patientbefordring. Budgettet til regionale busser og lokalbaner er ca. 1,7 mia. kr./år. Hertil kommer udviklingsprojekter og patientbefordring. Trods eftervirkninger fra Corona-pandemien benyttede 55,8 mio. passagerer de regionale busser i 2022, og de regionale tog havde 18,4 mio. passagerer. Samlet 74,2 mio. passagerer. Til sammenligning havde DSBs fjerntog 76,4 mio. passagerer i 2022.

Regionale hovednet af busser og tog er rygraden, der forbinder de større byer på tværs af kommuner – og sikrer mobilitet, hvor der ikke er statslig jernbane. Passagerne sætter pris på, at regionerne samler kræfterne om regionale hovednet. De er vendt tilbage i de regionale busser og tog, mens det modsatte er tilfældet i busserne i byerne og på landet.



Regionale busser (grøn) og tog (rød).

Opgavens regionale karakter

Regional organisering af kollektiv mobilitet gør det muligt at planlægge og tilpasse løsninger på tværs af kommunegrænser og transportformer, samtidig med at der bliver taget hensyn til decentrale behov og muligheder.

Regionerne prioriterer effektive transportmuligheder for de borgere, der pendler til og fra arbejde på tværs af kommunegrænser. Desuden prioriteres de unges transport til uddannelse samt muligheden for at bo i hele landet uden egen bil. Omstillingen til klimaneutrale drivmidler er samtidig højt prioriteret.

Regionerne arbejder strategisk med mobilitet og grøn omstilling – fx via regionale mobilitetsstrategier, der samtænker forskellige transportformer og understøtter, at brugerne oplever sammenhængende transport på tværs af kommunegrænser til job og uddannelse. Regionerne varetager endvidere tværgående hensyn, der er bredere end traditionel kollektiv trafik – fx fremme af aktiv mobilitet, cyklisme og sundhed.

Regionerne har viden og kompetencer, der er med til at løfte den kollektive trafik. Fx ift. den grønne omstilling, hvor man som det første sted i Danmark indsætter batteritog i Vestjylland i 2024. Købet skal danne grundlag for udrulningen af batteritogsdrift på andre regionale strækninger og er dermed et vigtigt skridt på vejen frem mod målet om CO2-neutral togtrafik i hele Danmark.

Hurtige busser på Sjælland og i Hovedstaden:

R-busser har faste minuttal og sikrer forbindelser til de øvrige busser og tog. R-bussen har så direkte linjeføring som muligt mellem større byer, halvtimedrift om dagen og timedrift aften og weekend. S-busserne understøtter pendling i kombination med S-tog, A-busser og Metro og er en del af rygraden i kollektiv trafik i Storkøbenhavn. Samlet skabes et højfrekvent kollektivt transportnet målrettet pendlere. S-bussen har direkte linjeføring, få stop og god fremkommelighed via signalprioritering og busbaner.

Regionerne udbreder nye mobilitetsløsninger:

Hillerød har over 5.000 studiepladser, og mange studerende pendler langt i bil. Det giver trængsel på vejene og ved p-pladser ved uddannelserne. Region Hovedstaden, Movia, Hillerød Kommune og FDM tilbyder de studerende samkørsel via app'en Ta'Med, der understøtter og udvider det kollektive trafiktilbud. Studerende kan bruge Ungdomskort eller Pendlerkort som betaling for samkørslen.

Derfor er opgaven regional

Regional organisering sikrer prioritering af tværgående løsninger. Dansk PersonTransport peger i Altinget på regionernes tværgående rolle i kollektiv mobilitet: "71 % af alle kommunerne vurderer samtidig, at det fælleskommunale samarbejde indenfor transport og mobilitet med fordel kan styrkes. Alt dette kalder på en styrket rolle til regionerne i forhold til planlægning, regional udvikling og klima."

Hensynet til regionale forskelle i bl.a. geografi gør det muligt at skabe bedre tilbud til borgerne. En ændring af trafikselskabsloven gav i 2017 Region Nordjylland mulighed for en succesfuld overtagelse af statens togdrift i Nordjylland via Nordjyske Jernbaner. At samtænke lokal- og regionalbaner har medført et mere attraktivt togtilbud til nordjyderne med flere afgang, kortere rejsetider og flere direkte tog med samme finansiering. Det er nu muligt at køre fra Skagen til Aalborg uden skift. Både antal passagerer og passagerkilometer er steget. I Region Sjælland er der sket en tilsvarende succesfuld overtagelse af strækningen Roskilde-Køge.

Der er et stort potentiale ved at lære af vores nabolande, der har gode erfaringer med regional forankring af lokal og regional kollektiv trafik. Region Skåne har bl.a. sat sig i førersædet for en succesfuld udvikling af den regionale og lokale kollektive transport, der har øget passager-tallene.

Med en politisk forankring i regionsrådet bliver kollektiv transport og mobilitet en integreret del af udviklingen af en attraktiv region. De regionale hovednet planlægges i forhold til arbejdsmarkedets behov, sammenhæng land-by, nærhed til uddannelse, den grønne omstilling mm.

Derfor har Danske Regioner sendt et indspil til regeringens ekspertudvalg for om kollektiv mobilitet i hele Danmark, der kommer med nye forslag til bedre og mere sammenhængende mobilitet for borgerne ved at styrke de regionale hovednet, samt gennem samkørsel, cyklisme og cykelinfrastruktur busfremkommelighed og BRT, knudepunkter samt parkér- og rejs-løsninger. For at få flere brugere i den kollektive transport bør der indføres en ny ungerabat og nye løsninger til virksomheder, der ønsker at tilskynde medarbejdere til at bruge cykel, samkørsel og optimere deres transport.

[Læs mere i Danske Regioners indspil til regeringens ekspertudvalg om kollektiv mobilitet.](#)

Jordforurening

Opgavens karakter

Regionsrådene har ansvaret for kortlægning og administration af p.t. ca. 40.000 forurenede lokaliteter i Danmark samt for den offentlige indsats, som skal sikre drikkevandet, overfladevand og borgernes sundhed mod farlige stoffer fra jordforureninger. Opgaven koster ca. 500 mio. kroner om året.

Hver region udarbejder en årlig indsatsplan, som beskriver hvilke grunde, der skal undersøges og oprensnes i det kommende år. Regionerne prioriterer ud fra hensynet til rent grundvand og beboere på forurenede grunde. Opgaven i forhold til overfladevand skal bidrage til opfyldelse af vandrammedirektivet.

Regionerne driver p.t. 222 aktive anlæg, der beskytter drikkevand svarende til ca. 25% af den almene vandforsyning. I 2022 undersøgte regionerne mere end 2.200 grunde, og oprensede over 100 grunde. Regionen behandler desuden frivillige forureningsundersøgelser, oprensninger og byggeri på forurenede grunde.

Opgavens regionale karakter

Opgaven kræver opbygning af faglig kompetence og et budgetmæssigt volumen. Det er dog også en meget borgernær opgave, der handler om en fare i folks boliger. Regionerne behandlede i 2022 mere end 15.000 borgerhenvendelser inkl. aktindsigter. Samtidig blev der af borgere trukket 146.000 jordforureningsattester fra regionernes database.

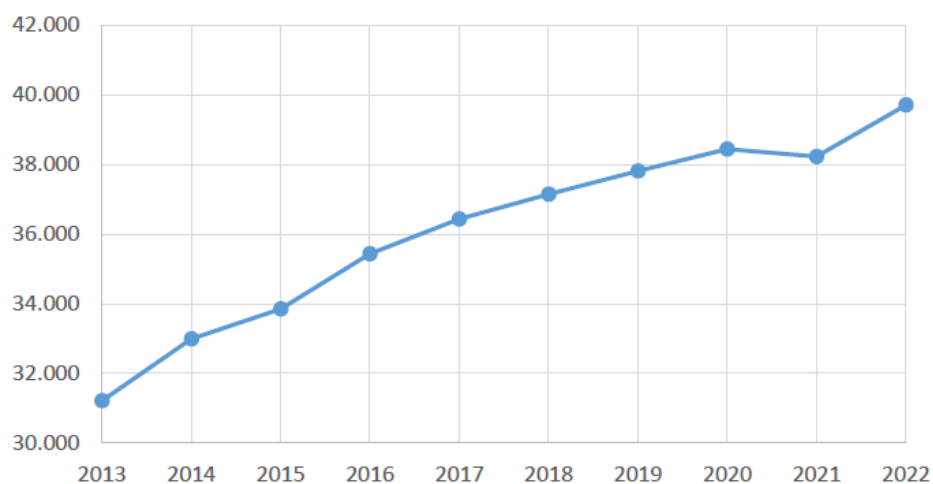
Der er desuden behov for en høj grad af koordinering med kommunerne som bygge- og vandindvindingsmyndighed samt med vandforsyningerne, hvis grundvand beskyttes. Der er langt flere forurenede grunde, end der er midler til at håndtere. Derfor må regionsrådene hvert år foretage en hård prioritering mellem grundvand, sundhed og vandmiljø.

På jordforureningsområdet har regionerne store og veletablerede faglige miljøer med stærke kompetencer og erfarne medarbejdere, der kan løfte vanskelige opgaver på jordforureningsområdet. Regionerne har derfor kræfterne til at løse store og komplekse opgaver som de store generationsforureninger, der truer natur og drikkevand flere steder i landet.

Derfor er opgaven regional

Kommunerne har ikke en kritisk masse til at løse opgaven. Staten har ikke nærheden til borgerne, bygherren, kommunerne eller vandforsyningerne, der påvirkes af forureningerne. Svære valg og prioriteringer venter forude. 15.000 grunde kan være forurenede med PFAS, og vi skal prioritere de forureninger, der truer vandmiljø, over for hensynet til grundvand og boliger. Ti store, komplekse generationsforureninger skal løses, og flere kan komme til. Der findes stadig flere miljøfarlige stoffer i drikkevandsboringer, og der bygges stadig på forurenede ejendomme.

Antal grunde kortlagt for jordforurening



Hvis ikke regionerne skal løse denne opgave, så skal der placeres et alternativt politisk ansvar for den prioritering, der træffes, herunder også nødvendige fravalg af indsatser. Det vil desuden være nødvendigt at etablere enheder med nær kontakt til kommuner, vandforsyninger og borgere i hele landet. En omstrukturering vil klippe den sammenhæng og kontinuitet, der er oparbejdet siden regionerne samlede opgaven fra 16 amtslige enheder, over og gå ud over fremdriften.

Drikkevand

Opgavens karakter

Opgaven med at beskytte vores drikkevand er fordelt mellem kommuner, stat og regioner. Staten (Miljøstyrelsen) kortlægger grundvandsressourcerne, udpeger drikkevandsressourcer og overvåger grundvandets kvalitet generelt. Regionerne kortlægger, undersøger og oprenser forureninger, som kan udgøre en risiko for forurening af grundvandet. Kommunerne udarbejder vandforsyningsplaner, giver tilladelse til vandindvinding, udarbejder og gennemfører forebyggende indsats og fører tilsyn med såvel vandværker som virksomheder. Ingen myndighed har opgaven med at koordinere, skabe overblik og planlægge indvindingen fremadrettet.

Den væsentligste del af regionernes jordforureningsindsats er rettet mod at sikre drikkevandet. I 2022 brugte regionerne i alt 240 mio. kr. på den grundvandsrettede indsats. Denne inkluderer drift af aktive anlæg, der friholder hvad der svarer til 25 % af den danske vandforsyning fra forurening og sikrer rent drikkevand til ca. 1 mio. borgere.

Opgavens regionale karakter

Kommunerne er ressourcemyndighed, men grundvandsressourcerne går på tværs af kommunerne, og hverken forureninger eller indvindingsområder respekterer kommunegrænser.

Grundvandsressourcerne er fra naturens hånd regionale. Den store spredning af opgaverne gør det vanskeligt at opbygge de nødvendige faglige miljøer og opbygge den nødvendige erfaring i kommunerne, med undtagelse af de største. Regionerne har stærke faglige miljøer, som løser opgaver med jord- og grundvandsforurening, som også omfatter kompetencer på grundvandsområdet. Regionerne har overblik over udfordringerne på regionalt niveau og understøtter allerede i dag de decentrale myndigheder og forsyningerne, når det gælder grundvandsforurening og opsporing af forureningskilder.

Miljøstyrelsens grundvandskortlægning omfatter ikke ressourceopgørelser som en del af grundvandskortlægningen, som amterne gjorde, hvorfor styrelsen ikke har grundlag for at justere væsentligt i de af amterne udpegede Områder med Særlige Drikkevandsinteresser (OSD).

Regionen har den nødvendige kompetencekoncentration og politiske overbygning til at håndtere jordforureningsopgaven. Regionerne har dermed også geografien såvel som kompetencerne til at skabe den nødvendige fremdrift i hele grundvandsbeskyttelsen.

Derfor er opgaven regional

Opgaven som vandressourcemyndighed er i dag placeret hos kommunerne, men kan ikke løses på det niveau – kommunerne har fået en umulig opgave. Indsatsen for at beskytte grundvandet er ifølge en rapport udarbejdet for Miljøstyrelsen utilstrækkelig:

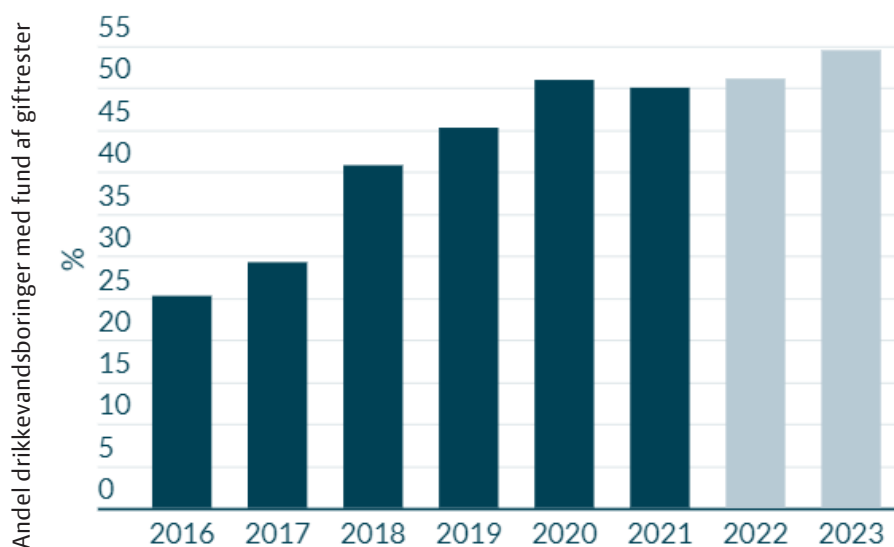
- Kun halvdelen af kommunerne har en lovpligtig indsatsplan for grundvand, der dækker alle de udpegede indsatsområder.
- 20 kommuner har slet ikke en indsatsplan.

- Kun seks af de 78 adspurgte kommuner har efter eget udsagn en indsatsplan, der er tilstrækkelig til at opnå den nødvendige grundvandsbeskyttelse.
- Kommunerne oplever store udfordringer ved gennemførelse af indsatsplanerne. Kommunerne oplever disse barrierer:
- Manglende ressourcer – medarbejdere og finansiering: 65%
- Andre opgaver prioriteres højere: 56%
- Udfordring med at få finansieret indsatser: 42%
- Modstand fra interessenter: 31%

Kilde: Den målrettede drikkevandsbeskyttelse i Danmark, Pluss for Miljøstyrelsen, 2023.

Alternativet til regionerne vil være placering af opgaven hos Miljøstyrelsen, hvor afstanden til borgerne er stor. Lokale konflikter om grundvandsbeskyttelse vil enten skulle løses af embedspersoner i styrelsen eller lande på ministerens bord.

Giftrester i drikkevandsboringer



*Data for 2016-2021 stammer fra GEUS' årsrapporter. Data for 2022 stammer fra GEUS' foreløbige kvartalsopgørelse. Data for 2023 stammer fra DN's udtræk fra databasen Jupiter og dækker årets første fire måneder (1/1-30/4 2023).

Råstofindvinding

Opgavens karakter

Regionerne er myndighed for råstofplanlægning og tilladelser til råstofindvinding på land, jf. råstofloven. Hver region udarbejder en råstofplan, hvor der udpeges interesse- og graveområder for råstofindvinding for en mindst 12-årig periode. Planen baseres på den forventede efterspørgsel regionalt, og koordineres med andre regioner, så den samlede indenlandske efterspørgsel kan imødekommes. Desuden baseres planen på indmeldinger fra branchen vedr. behovet for råstoffer. Både råstofplaner og tilladelser miljøvurderes.

Råstofplanen er derfor også et produkt af en samlet afvejning af en lang række hensyn, blandt andet erhverv, natur og miljø, vandforsyning, byudvikling, energianlæg og landbrug. Ved udarbejdelsen inddrages virksomheder, borgere, interesseorganisationer og kommuner.

De konkrete gravetilladelser udarbejdes under hensyn til natur, miljø, kultur, drikkevand, naboer mm. med vilkår for indvindingen og efterbehandling af råstofgraven. I den forbindelse samordnes tilladelser med kommunerne, som har ansvar for anden lovgivning, hvorefter der kræves tilladelse. Regionen fører tilsyn med at råstofvirksomheden følger vilkårene.

Opgavens regionale karakter

Råstofplanlægningen kræver et regionalt planlægningsperspektiv, fordi råstoffer fra naturens hånd ikke er ligeligt fordelt og ikke nødvendigvis findes der, hvor de skal bruges. Materialerne er tunge, og transporten både klimabelastende og kostbar, hvorfor transporten bør minimeres mest muligt, dog under hensyntagen til, at råstofferne anvendes efter deres kvalitet. Samtidig taler afvejningen af hensyn i forbindelse med planlægningen og de mulige konflikter i den forbindelse for et politisk ansvar for denne vanskelige opgave.

Opgaven kræver desuden en vis kapacitet. Gravetilladelser og tilsyn er en specialiseret opgave, som kræver en betydelig faglighed, som ikke realistisk kan opbygges mere decentralt.

Derfor er opgaven regional

Planlægningen kan ikke løses mere decentralt, og en statslig styrelse vil ikke kunne foretage de politiske afvejninger, som er nødvendige. Tilladelsesopgaven lå efter strukturreformen i 2007 hos kommunerne, men blev i 2014 flyttet til regionerne, fordi den ikke blev løftet tilfredsstillende hos kommunerne. En stabil og tilstrækkelig råstofforsyning er afgørende for samfundsmæssigt vigtige aktiviteter som byggeri, infrastruktur og energianlæg.

Hvis råstofopgaven placeres centralt, øges afstanden mellem beslutningstager og de påvirkede lokalområder, og lokale konflikter vil lande på ministerens bord. Råstofplanlægningen med udlægning af råstofinteresse- og graveområder vil desuden miste lokalpolitisk legitimitet, når beslutningerne tages af embedsmænd langt borte. Det kan føre til et øget konfliktniveau.

Kommunerne kan ikke løfte råstofplanopgaven, da indvinding og forbrug ikke sker samme sted. Det er tidligere vist, at kommunerne ikke kan løfte tilladelsesopgaven, og en flytning til kommunerne kan medføre, at arbejdet med tilladelser forsinkes, og forsyningen med råstoffer til byggeri og anlæg bliver et problem.

Klimatilpasning

Opgavens karakter

Klimatilpasning er en kan-opgave for regionerne, og løftes inden for rammerne af den regionale udviklingsplan. Regionerne faciliterer på projektbasis tilvejebringelse af fælles strategier for klimatilpasning og løsninger, der går på tværs af kommunegrænser. Regionerne understøtter kommunernes arbejde med klimatilpasning, vidensopbygning, fælles læring og partnerskaber på tværs af myndigheder, forsyningsselskaber, virksomheder og organisationer. Det sker blandt andet igennem Klimaalliancen og et antal projekter med EU-finansiering og en større samlet projektøkonomi. Da regionerne kun kan arbejde projektbaseret, må de trække sig ud af projekterne, når de skal i drift. Dette har medført, at flere tværkommunale projekter er faldet fra hinanden – bl.a. en samlet plan for Gudenåen og Kystsikringen på Sjællands Nordkyst (Nordkystens fremtid).

Der er ikke nogen anden myndighed, der har denne opgave i dag.

Opgavens regionale karakter

Klimatilpasning handler om håndtering af vand i vandløbsoplande og sikring af kyststrækninger. Vandets naturgivne geografi er grundlæggende regional: de fleste vandløbsoplande og kyststrækninger deles mellem flere kommuner, mens der er et ganske stort sammenfald mellem de sammenhængende kyststrækninger og hovedvandoplande og regionsgrænserne.

Ofte skal en del af løsningen på et oversvømmelsesproblem findes et andet sted i vandløbsoplandet, som meget vel kan ligge i en anden kommune. Vandet skal holdes tilbage i vandoplandet, så det ikke oversvømmer byer nedstrøms ved ekstrem nedbør, og så landet ikke tørrer ud ved tørke. Ved tværkommunale projekter er det et problem for kommunerne at fastsætte en finansieringsnøgle, hvis indsatsen primært skal udføres i den ene kommune, men effekten kommer en anden kommunes grundejere til gode.

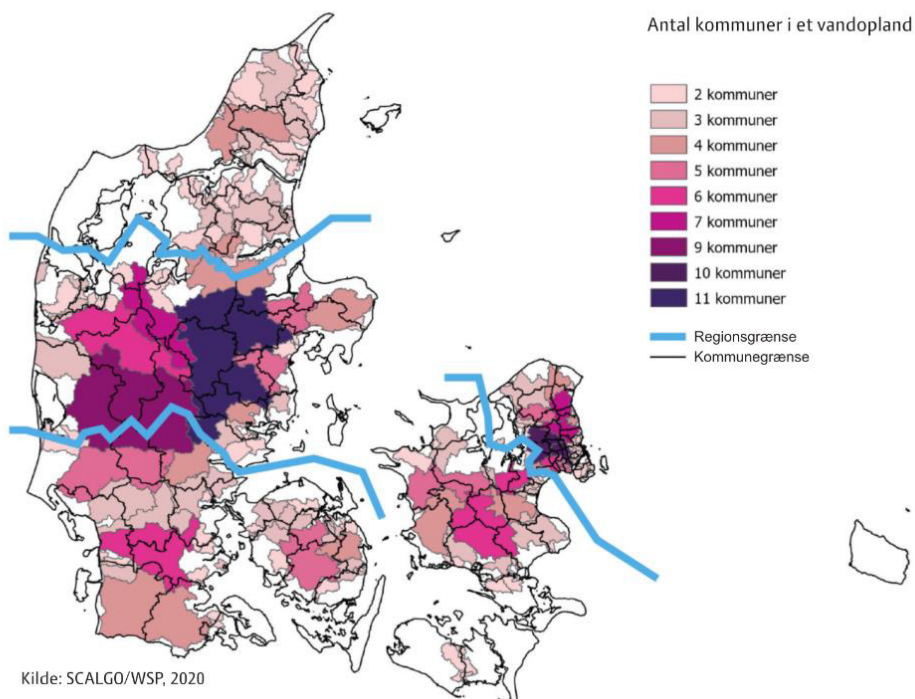
Kommune- og lokalplanerne skal forholde sig til kysterne – ikke kun som de er i dag – men også som de bliver i fremtiden. Ingen har i dag ansvaret for en overordnet planlægning af kystsikring og kystsikring på tværs af kommunegrænsen.

På det statslige niveau er klimatilpasning splittet op i mange lovgivninger og fordelt mellem på mange forskellige ministerier og styrelser.

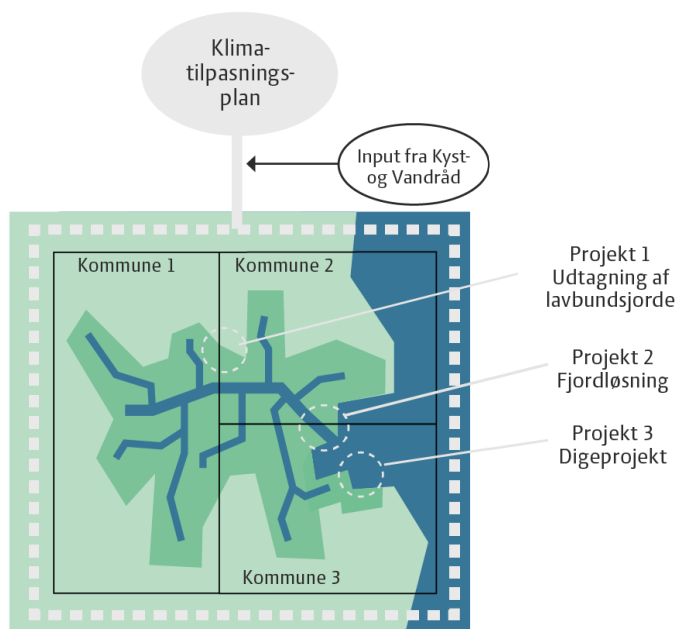
Regionerne kan sikre anvendelsen af en ensartet klimamodel og sikringsniveau for hele oplandet på tværs af mange kommuner. Regionale tilpasningsplaner kan forsimple kommune- og lokalplanlægningen ved at erstatte de talrige lovgivninger med en regional rammeplan. De kan desuden erstatte den parallelle sagsbehandling for alle tværgående initiativer i de involverede kommuner og koncentrere kompetencerne omkring den komplicerede sagsbehandling for klimatilpasning i natura 2000 og fredede områder, der udgør 60% af den danske kyst. Regionen kan tage ansvaret for de upopulære beslutninger om borgernes bidragsfordeling, og en regional myndighed kan samle kræfterne i forhold til medfinansiering fra EU, en statslig fond og større naturprojekter.

Læs mere i Danske Regioners udspil: [VANDET KOMMER](#).

Fysiske vandoplande sammenholdt med administrative grænser



Sådan kan en løsning se ud:



Derfor er opgaven regional

Alternativet til en regional myndighedsopgave er kommunale fællesskaber eller direkte statslig styring.

Kommunale fællesskaber vil være en tung konstruktion at arbejde med, da f.eks. et kommunalt ejet kystsikringselskab stadig ville være underkastet den enkelte kommunes myndighed. Erfaringerne med tværkommunale projekter er ikke overbevisende, og de steder, hvor tværkommunale projekter er lykkedes, har det oftest været fordi en anden aktør har stået for fremdrift og koordinering. Siden kommunerne fik myndigheden for kystbeskyttelse fra Kystdirektoratet i 2018 og frem til marts 2023, er ikke gennemført fællesprojekter på tværs af flere kommuner. Der er kun gennemført 14 fællesprojekter med deltagelse af to eller flere lodsejere. Dette skal sammenlignes med 279 projekter med enkeltansøgere. Det setup vi har, tilgodeser ikke de større, sammenhængende løsninger.

En direkte statslig styring ville betyde, at ministeren og Folketinget ville blive draget ind i en række lokalpolitiske anliggender og prioriteringer.



VI HJÆLPER HINANDEN

Danske Seniorer
Griffenfeldsgade 58
2200 København N
Tlf.: 35 37 24 22
CVR: 10 78 87 14

Arbejdernes Landsbank
Konto-nr.: 5301 0273256

info@danske-seniorer.dk
www.danske-seniorer.dk

Medlemsservice:
Tlf.: 75 34 12 17
medlemsservice@danske-seniorer.dk

København 5. august 2024

Høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissions rapport

Danske Seniorer takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. Strukturkommissionens rapport om et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Vi mener, at det er en grundig og faglig stærk rapport, der afdækker de nuværende udfordringer i sundhedsvæsenet og sammenhængen med ældreplejen i kommunerne.

Betragtninger om timing og kommunestørrelse

Det er åbenlyst, at sammenhæng er en af sundhedsvæsenet store udfordringer, og derfor er det også ærgerligt, at regeringen ikke havde tænkt rapporten ind i sin reform af ældreplejen i kommunerne. Nu har vi en situation, hvor ældreplejen er i gang med en større omlægning samtidig med at det debatteres, hvem der overhovedet skal have myndighedsansvaret for den og hvordan sammenhængen til sundhedsvæsenet skal være. Det er absolut ikke optimalt og medfører usikkerhed og spildt momentum for både personale, myndigheder eller borgere.

Vi undrer os også over, at kommissoriet har begrænset kommissionens mulighed for at se på kommunestørrelser som en del af løsningen på problemerne med sammenhæng og faglighed i kommunerne. Måske havde man fået et bedre beslutningsgrundlag for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, hvis kommissionen også havde kunnet vurdere konsekvenserne af kommunesammenlægninger som en del af løsningen.

Værdier for fremtidens sundhedsvæsen – de seks centrale hensyn

Danske Seniorer er enige i de seks centrale hensyn for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen, som kommissionen peger på. Vi savner dog, at der er en større diskussion af værdier for sundhedsvæsenet, der ikke direkte handler om organisering, men som alligevel har betydning for, hvordan behandling og pleje kommer til at foregå i praksis.

Sundhedsvæsenet bør være båret af værdier som menneskelighed, værdighed, tillid, faglighed og selvbestemmelse, og det bør gennemsyre alle beslutninger truffet omkring en patient, men også organisatoriske beslutninger.

Når vi i Danske Seniorer læser rapporten, ser vi borgerne beskrevet som patienter. Det er de også set med sundhedsvæsenets øjne, men de er også mennesker med et helt almindeligt hverdagsliv, der ikke har noget med sundhedsvæsenet at gøre. Når politikerne skal drøfte sammenhæng, herunder om opgaver, der i dag ligger tæt på borgernes hverdagsliv i kommunerne, skal ligge under samme myndighed som sygehusene, er det vigtigt, at de ikke glemmer, at også svækkede ældre – og i øvrigt alle andre borgere – ikke kun er patienter. De er mennesker med et hverdagsliv med venner, familie, motion, foreningsliv, oplevelser og individuelle ønsker og behov.

Vi er bekymrede for, om der på baggrund af denne rapport træffes beslutninger, der udelukkende ser borgerne gennem sundhedsvæsenets øjne og ikke har blik for deres hverdagsliv uden for sundhedsvæsenet. Det gælder især i debatten om sammenhæng og organiseringen af "hverdagsplejen" for ældre, der i dag er en kommunal opgave. Vi er bekymrede for, om beslutninger om de enkelte ældres hverdagsliv kommer meget langt væk fra deres lokalmiljø, og at fokus udelukkende bliver på borgeren som patient eller potentiel patient, og uden sammenhæng til netop deres familieliv, venner, foreningsliv og de fysiske rammer, borgeren færdes i til hverdag.

Tværgående anbefalinger og forslag

Danske Seniorer bakker op om de seks tværgående anbefalinger. Især forslaget om kapacitetsudvidelser i det nære sundhedsvæsen og en reform af almen praksis ser vi som en nødvendig forudsætning for et godt sundhedsvæsen.

Vi forventer os også meget af anbefaling 3 om en national sundhedsplan. Det er i vores øjne absolut nødvendigt at stille flere kvalitetskrav til det nære sundhedsvæsen, uanset hvilken forvaltningsmodel, regeringen vælger.

En del af de nuværende udfordringer i sundhedsvæsenet kunne have været løst, hvis man allerede nu havde flere, præcise krav fra centralt hold. Det har eksempelvis taget alt for lang tid at få nationale krav til akutsygepleje, og vi er ikke i mål på plejehjemslæger endnu. Dertil kommer, at der for længst burde have været indført centrale skal-bestemmelser på fx IVF-behandling i hjemmet samt kvalitetsstandarder for de midlertidige pladser i kommunerne.

Man kan - uanset forvaltningsmodel - overveje minimumskrav til ældreplejen, ligesom der findes på andre områder som daginstitutioner, for på tværs af velfærdsområder er tendensen at kun skrappe, centrale krav som f.eks. behandlingsgaranti eller minimumsnormeringer kan sikre et område mod at ressourcerne flyttes andre steder hen.

Forvaltningsmodeller

Danske Seniorer har ikke en klar anbefaling af, hvilken af de tre forvaltningsmodeller (eller deres undermodeller), der er den bedste for det danske sundhedsvæsen. Vi har dog nogle principper for organiseringen, som vi mener bør tænkes ind – uanset den valgte model – og vi

lægger ikke skjul på, at vi mener, at der er meget store udfordringer med model 2, som vi mener har demokratiske udfordringer og hvor vi generelt er bekymrede for, om staten reelt formår at lede en så kompleks størrelse som sundhedsvæsenet og ældreplejen, når man tænker på, hvordan staten ellers klarer sig som driftsherre af lokale enheder.

Uanset hvilken model, regeringen og folketinget vælger at implementere, bør de indtænke og uddybe følgende overordnede principper:

- Lokaldemokratisk forankring: Der bør være direkte valg til den lokale ledelse af det danske sundhedsvæsen og ældre pleje.
- Ældrepleje og lokal sundhed skal tænkes sammen: Det er et svigt i ældrereformen, at sundhedsydelse ikke er tænkt ind i denne reform. Det giver ingen mening at adskille hjemmesygepleje og hjemmehjælp organisatorisk eller lade dem være under to forskellige lovgivninger.
- Ingen aldersdiskrimination: Ældre må ikke stilles værre eller for den sags skyld bedre end yngre, når det handler om behandling, sundhed, pleje og omsorg.
- Centralisering går hårdt ud over udkanten: Erfaringerne fra f.eks. kommunalreform, politireform og retsreform har vist, at når beslutninger centraliseres går det ud over servicen i lokalområder i periferien. Lokalsamfund og opretholdelsen af service i yderområder bør skrives eksplicit ind i lovgivningen. Vi gør opmærksom på, at de nuværende regioner ikke har kunnet løse den mest decentrale opgave, nemlig lægedækningen i yderområder, og vi er bekymrede for hvad konsekvenserne af en evt. yderligere centralisering vil blive.
- Forebyggende indsats: Forebyggelse er både den patientrettede forebyggelse, men også forebyggende tiltag på områder der ikke er sundhed eller ældrepleje, f.eks. trafikplanlægning, foreningsliv og motionstilbud i lokalmiljøet og de større nationale spørgsmål som eksempelvis afgifter på tobak og alkohol.

Den ældre medicinske patient

Når sammenhæng er så stort et problem for især ældre patienter i dag, skyldes det ikke kun manglende sammenhæng mellem regionalt og kommunalt niveau. Vi har også en oplevelse af, at geriatrien og den ældre medicinske patient ikke har fået helt samme bevågenhed som de store folkesygdomme eller det kirurgiske område, hvor det er nemmere at opsætte objektive mål og garantier.

Vi foreslår derfor, at indsatsen for og forbedringer af geriatrien som speciale også behandles i forbindelse med den politiske og faglige behandling af strukturkommissionens rapport. Også palliation og retten til en værdig død i eget hjem bør indtænkes i en ny organisering af sundhedsvæsenet, hvor der er brug for mere viden og flere ressourcer lokalt fremfor på sygehuse og hospice.

Plejehjem

Plejehjem er ikke minisygehuse, men derimod rammen om svækkede ældres hjem. Uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges, er det vores anbefaling, at plejehjem organisatorisk placeres sammen med den del af ældreplejen, der foregår i folks eget hjem.

Det er også vores anbefaling, at lovgivning og regler vedrørende plejehjem generelt genovervejes. Plejehjem er sin egen boform, og bør have sin egen plads i lovgivningen i stedet for at være delt mellem servicelov, sundhedslov, kommende ældrelov og lov om almene boliger. Det er på tide med en gentænkning af det samlede lovkompleks for plejehjem, herunder også hele ældreboligområdet.

De midlertidige pladser

Der er brug for en samlet plan for de midlertidige pladser/akutpladser i kommunerne. Uanset hvor ansvaret for dem skal placeres i fremtiden, er der brug for kvalitetsstandarder for pladserne, retningslinjer for lægedækning samt ikke mindst entydighed omkring økonomi og ikke mindst brugerbetaling.

Det er uklart for borgerne, hvornår der er brugerbetaling for pladserne og principielt mener Danske Seniorer, at pladserne er en del af sundhedsvæsenet og bør være gratis ligesom hjemmesygepleje, lægehjælp og hospitalsophold.

Hjælpe midler

Hjælpermidelområdet har i meget høj grad har lidt under delt ansvar mellem regioner og kommuner, men området har også andre lovgivningsmæssige og organisatoriske udfordringer. Det betyder dårligere hjælp til borgeren, og kan i værste fald forringe et behandlingsforløb eller sinke rehabilitering. Uanset forvaltningsmodel bør reglerne for hjælpemidler gennemgås og fornys. Emnet er behandlet i afrapporteringen om ældreplejen ("Per Okkels rapporten"), og vi anbefaler, at der tages udgangspunkt i de rejste problemstillinger, så de kan løses.

Pårørende

Pårørende spiller en vigtig rolle for patienter i et konkret sygdomsforløb og især for svækkede ældre. Der er brug for en grundig debat om, hvad pårørendes rolle er, og hvordan sundhedsvæsenet bedst støtter dem i at støtte op om syge eller svækkede. Pårørende er ikke kun familiemedlemmer, men kan også være f.eks. venner eller naboer.

Venlig hilsen

Katrine Lester
Direktør

Att. Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

Social- og sundhedsskolernes fælles høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Danske SOSU-skoler Bestyrelserne og Danske SOSU-skoler takker for lejligheden til at afgive høringssvar.

Foreningerne har ikke en holdning til den konkrete model for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet ej heller til ændringer i opgave- og ansvarsfordelingen mellem forvaltningsniveauer.

Derimod er det en absolut hovedprioritet for os på landets social- og sundhedsskoler at øge tiltrækningen til social- og sundhedsområdet og sikre, at flere af vores elever gennemfører deres uddannelse. Ikke mindst fordi manglen på faglærte social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere kun bliver større i de kommende år. Det har tre aktuelle kommissioner: Reform-, Robustheds- og nu også Sundhedsstrukturkommissionen fremhævet.

Tiltrækning, tilknytning og kompetencer i social- og sundhedsfaget, herunder uddannelserne, er dermed også afsættet for foreningernes læsning af Sundhedsstrukturkommissionens rapport og den røde tråd i nærværende høringssvar.

Overordnede bemærkninger til Kommissionens anbefalinger

Foreningerne vil gerne kvittere for, at Sundhedsstrukturkommissionen understreger, at veluddannet sundhedspersonale er ryggraden i sundhedsvæsenet, og at kommissionen tydeligt henviser til Robusthedskommissionens anbefalinger, når det handler om greb til at løse de grundlæggende arbejdskraftudfordringer i sundhedsvæsenet og på ældreområdet. Vi bakker dermed også op om Sundhedsstrukturkommissionens opfordring til, at Robusthedskommissionens anbefalinger inddrages og realiseres i forbindelse med kommende forhandlinger og en politisk aftale om fremtidens sundhedsvæsen (jf. hovedrapporten s. 9).

Foreningerne har taget positivt imod Robusthedskommissionens samlede anbefalinger. I relation til tiltrækning, tilknytning og kompetencer ser vi særligt behov for at inddrage flg. anbefalinger:

- Anbefaling 8: Digitale kompetencer og teknologiforståelse skal styrkes
- Anbefaling 12: Stillinger og karriereveje skal være forankrede i det patient- og borgernære arbejde
- Anbefaling 15: Flere og bedre introforløb til nyuddannede
- Anbefaling 16: Der skal være mere sammenhæng og større fleksibilitet på tværs af sundhedsuddannelserne
- Anbefaling 17: Efter- og videreuddannelserne skal reformeres, så karrierevejene rettes mod praksis
- Anbefaling 18: Faglige siloer skal nedbrydes, og flere skal bidrage
- Anbefaling 19: Kobling mellem uddannelse og job skal styrkes, så praksis- og ansvarschok undgås

Desuden har foreningerne en række overordnede opmærksomhedspunkter i forhold til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og den videre politiske proces:

Arbejdskraftudfordringen er et nødvendigt hensyn i en reform af fremtidens sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen opstiller seks centrale hensyn i vurderingen af den nuværende og fremtidige organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet. Jf. ovenfor afgrænser kommissionen sig fra at opstille løsninger på arbejdskraftudfordringerne og henviser i stedet til Robusthedskommissionens anbefalinger. I den videre politiske proces bør arbejdskraftudfordringen imidlertid indgå direkte i vurderingen af bæredygtige løsninger i forhold til organiseringen samt ansvars- og opgavefordelingen af fremtidens sundhedsvæsen. Ellers risikeres det, at løsningerne ikke kommer til at fungere i en virkelighed med manglende sundhedsfagligt personale til at løfte opgaverne, herunder særligt social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Samspillet mellem en sundheds- og ældrereform skal sikres

Sundhed og ældre hænger sammen. Det gør områderne allerede i dag. Og sammenhængen vil formentlig kun øges efter en sundhedsreform, jf. Sundhedsstrukturkommissionens opdrag om tættere sammenhæng for den enkelte patient. Dertil kommer ambitionerne i ældrereformen blandt andet i forhold til en ny ældrelov og helhedspleje. Derfor er det også helt afgørende, at initiativerne i en kommende sundhedsreform og den allerede aftalte ældrereform spiller tæt sammen. Det gælder også mht. lovgivning; hhv. sundheds-, service- og en kommende ældrelov. Ellers bliver det i første omgang en uoverskuelig implementeringsperiode med to parallelle reformer og dernæst en u hensigtsmæssig kompliceret hverdag for frontmedarbejderne.

Lighed i sundhed handler ikke kun om lægedækning

Lige adgang til sundhed er et af Sundhedsstrukturkommissionens tre centrale pejlemærker for fremtidens sundhedsvæsen. Og med god grund. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at lighed i sundhed ikke kun handler om lige adgang til praktiserende læger og speciallæger. I en fremtid med flere relaterede pleje-, omsorgs- og sundhedsopgaver i det primære sundhedsvæsen er det afgørende også at have øje for, at en forudsætning for lighed i sundhed også er tilgængelighed, tiltrækning og tilknytning af andet sundhedsfagligt personale i hele landet, herunder social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Uddannelsesansvaret skal være tydeligt placeret i en fremtidig organisering

Uanset forvaltningsmodel vil det være helt afgørende for fremtidens sundhedsvæsen, at uddannelsesansvaret og oplæringsopgaven også efter en reform er tydeligt placeret. I dag har kommunerne det primære uddannelsesansvar, og social- og sundhedsassistentelevers og social- og sundhedshjælperlevers oplæring foregår kommunalt på ældreområdet og for assistenteleverne også regionalt i såvel somatikken som psykiatrien. Hvis ansvaret ikke placeres tydeligt og oplæringsopgaven dermed nedprioriteres i en større omorganisering, risikeres det, at uddannelsen af de rette kompetencer til både det primære og det sekundære sundhedsvæsen sættes over styr. Arbejdskraftudfordringen taget i betragtning vil det være katastrofalt. Situationen kalder derimod på en opprioritering af uddannelsesopgaven i det primære og det sekundære sundhedsvæsen i forbindelse med reformen.

En fremtidig organisering bør medføre bedre arbejdsvilkår i det primære og sekundære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at en større andel af de samlede ressourcer skal anvendes i det primære sundhedsvæsen. Det er i den forbindelse vigtigt, at de øgede ressourcer også tilsikrer tiltag og arbejdsformer, der bidrager til forbedrede arbejdsvilkår og -miljø for medarbejderne. Det er dels en forudsætning for at opprioritere uddannelsesopgaven økonomisk og tidsmæssigt på den enkelte arbejdsplads, jf. ovenfor. Som flere undersøgelser fra VIVE peger på, er gode arbejdsvilkår også en forudsætning for at styrke tiltrækning og tilknytning til social- og sundhedsfaget – både under og efter uddannelse.

Ansvar for uddannelsesdækning

Regionerne har i dag ansvar for, at alle unge og voksne har adgang til uddannelse i hele regionen. Nedlægelse af de nuværende regioner eller oprettelse af rene sundhedsregioner vil dermed efterlade en beslutnings- og koordineringsopgave på uddannelsesområdet.

Specifikke bemærkninger til tværgående anbefaling 2, 3 og 6

Anbefaling 2 - Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data:

Foreningerne bakker op om, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Vi er enige i, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen og bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tæt på borgerne. Det er i den forbindelse helt afgørende, at løsningerne går på tværs af sundheds- og ældreområdet uanset sundhedsvæsenets fremtidige organisering, ansvars- og opgavefordeling. I dag oplever både vores elever og færdiguddannede social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, at de skal dokumentere i mange og forskellige systemer, der ikke taler sammen. Dette tager tid fra kontakten med borgere/patienter.

Foreningerne bakker desuden op om den henvisning, Sundhedsstrukturkommissionen har til Robusthedskommissionens anbefaling om at inddrage medarbejderne i udviklings- og implementeringsprocessen (jf. hovedrapporten s. 228). I den forbindelse er det også vigtigt at understrege, at medarbejdernes mestring af de digitale løsninger og data starter på uddannelserne. Derfor er det også afgørende at inddrage aktørerne på uddannelsesområdet i udarbejdelsen af en styrende og forpligtende strategi samt i forhold til de konkrete løsninger. Desuden er der fsva. de digitale løsninger en tæt kobling til det arbejde, der er igangsat i forhold til velfærdsteknologi i ældreformen.

Anbefaling 3 - Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet:

Foreningerne bakker op om formålet med Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om en tilpasset fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet; nemlig at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud, og at den geografiske og sociale ulighed i sundhed dermed nedbringes. Vi vil dog i den forbindelse gentage budskabet om, at adgang til relevante sundhedstilbud ikke kun omhandler specialiserede sundhedsydelser og lægedækning, men også om at sikre adgang til sundhedsfaglig pleje og omsorg, der er afhængig af andet sundhedspersonale, herunder social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

Anbefaling 6 - Et Reformsekretariat, der følger og understøtter implementeringen:

Foreningerne bakker op om, at der etableres et sekretariat, der følger og understøtter implementeringen af sundhedsreformen. I reformsekretariatets videre organisering og planlægning kan der med fordel findes inspiration i det set up, som er etableret i forbindelse med ældreformen, herunder "Sammen om ældreplejen". Det er samtidig vigtigt, at reformsekretariatet i den videre planlægning af implementeringen er opmærksom på, at en central drivkraft i udvikling og omstilling af sundhedsvæsenet findes på uddannelserne. Ikke mindst grundet den vekselvirkning, der er mellem skole og praksis på både social- og sundhedsuddannelserne og andre sundhedsfaglige uddannelser. Aktørerne omkring uddannelserne bør derfor indtænkes i processen.

Skal en gennemgribende reform af sundhedsområdet blive en succes, kræver det desuden, at der prioriteres tid og ressourcer til, at medarbejdere og ledere bliver klædt godt på til omstillingen af såvel det primære som det sekundære sundhedsvæsen. En strategisk tilgang til den nødvendige praksisnære kompetenceudvikling vil i den forbindelse bidrage til stabilitet og tilknytning af både medarbejderne og ledere.

Afsluttende bemærkninger

Foreningerne vil afslutningsvist slå et slag for, at man i de politiske diskussioner om, hvordan stregerne skal tegnes, og hvem der skal bestemme hvad, ikke mister fokus på det, det dybest set handler om, hvis vi skal fremtidssikre sundhedsvæsenet; nemlig mennesker. De mennesker, der skal modtage den rette sundhedsfaglige behandling, hjælp og pleje, og de kompetente mennesker, der skal udføre behandlingen og tage sig godt af borgerne og patienterne i vores primære og sekundære sundhedsvæsen.

Robusthedskommissionens analyse viste blandt andet, at hver anden social- og sundhedshjælper forlader faget inden for seks år. Hvis omstillingen af vores sundhedsvæsen skal lykkes, må alle kræfter sættes ind for at vende denne udvikling og sikre tiltrækning og ikke mindst tilknytning af sundhedspersonalet. For uden medarbejdere med de rette kompetencer og gode rammer for at tage sig godt af andre mennesker, kommer vi ingen vegne med de gode ambitioner i en sundhedsreform.

Med venlig hilsen

På foreningernes vegne

Maya Ryevad
Politisk chef



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

E-mail: sum@sum.dk

5. august 2024

Danske Tandplejere
Rosenborggade 1a
1130 København K

T: 8230 3540
E: info@dansktp.dk

www.dansketandplejere.dk

Danske Tandplejeres høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Danske Tandplejere takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Det var en del af opdraget til Sundhedsstrukturkommission, at der skulle opstilles modeller for organiseringen af sundhedsvæsenet med henblik på blandt andet at skabe "Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder og geografi", "En opgavefordeling i sundhedsvæsenet mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling" og "Et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt".

Derfor ærgrer det Danske Tandplejere, at der i strukturrapportens afrapportering ikke lægges op til at sammentænke tandområdet med resten af sundhedsvæsenet. I stedet bliver borgernes mund- og tandsundhed fortsat frakoblet resten af kroppen, og der bliver ikke taget højde for det store samspil, der er mellem sygdomme i mund og tænder og sygdomme i resten af kroppen.

Sammenhængen mellem sygdomme i mund og tænder og en lang række somatiske og psykiske sygdomme er ellers veldokumentet. Der er således sammenhæng mellem parodontitis (inflammatorisk sygdom i tændernes støttæv) og en række alvorlige sygdomme, som fx diabetes, leddegigt og hjerte-kar-sygdomme.

Indlagte patienter, der har nedsat immunforsvar eller får medicin, er i særlig risiko for at få parodontitis og caries. Det gælder fx ældre medicinske patienter og patienter med kroniske lidelser, fx diabetes, men også patienter i antibiotisk behandling og kemobehandling. Samtidig ved vi, at disse patientgrupper kan risikere at få et meget alvorligt forløb med parodontitis, da bakterierne fra mundhulen kan sprede sig gennem blodbanen til andre dele af kroppen, fx hjertets kranspulsårer, og skabe betændelse.

På trods af denne omfattende viden og dokumentation af sammenhængen mellem tandsundhed og det generelle helbred, ser vi dag for dag fortsat, at der er store udfordringer knyttet til tandområdet:

Studier viser:

- At 78 pct. af plejehjemsbeboere havde behov for hjælp til mundhygiejne, men kun 7 pct. modtog denne hjælp¹.
- At op til 10 procent af dødsfald forårsaget af lungebetændelse på plejehjem kan forhindres ved bedre mundhygiejne².

¹ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

² Petteri Sjögren DDS, PhD, m.fl.: "A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes: Effect Estimates and Methodological Quality of Randomized Controlled



- "At sundhedspersonale både i primær og sekundær sektor mangler viden omkring udførelsen af korrekt mundhygiejne, herunder hvilke midler og redskaber der bør anvendes, viden om sammenhængen mellem mundhygiejne og systemiske infektioner samt medikamenters påvirkning af mundens tilstand"³
- At 91 pct. af de indlagte medicinske patienter på et dansk hospital allerede ved indlæggelse havde ét eller flere problemer relateret til mundhulen⁴.

Det estimeres, at ca. 400-450 indlæggelser hvert år kan undgås alene, hvis mundhygiejnen forbedres hos plejehjemsbeboere i Danmark. Det vil det betyde en besparelse på cirka 20 millioner kr. for samfundet⁵.

Tandplejen bør derfor helt åbenlyst være en integreret del af de sundhedstilbud, som gives til borgerne og bør indtænkes som et helt centralt element i at forebygge sygdomme og sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb, bl.a. for ældre medicinske patienter og borgere med kroniske sygdomme.

Danske Tandplejere foreslår, at der i Sundhedsstrukturkommissionens rapport indgår følgende anbefalinger for tandområdet:

1. Opsøgende tandplejetilbud bliver en SKAL-opgave for kommunerne

Der er en stor gruppe af borgere, som vi ikke når med det etablerede tandplejetilbud i voksentandplejen og heller ikke igennem støtteordningerne på tandområdet. Voksentandplejen i private tandklinikker og de etablerede støtteordninger bør derfor suppleres med flere opsøgende og sundhedsfremmende tilbud. Kommunerne bør, med andre ord, forpligtes til at skabe de rette rammer for, at der bliver taget hånd om borgernes tandsundhed, når udsatte borgere er tilknyttet kommunale tilbud som bosteder, væresteder, plejehjem og hjemmeplejen.

Det bør blandt andet være et krav, at det personale, som arbejder på de kommunale institutioner, fx plejehjem, har den nødvendige viden om sammenhængen mellem tandsundhed og borgernes helbred – og har de rette kvalifikationer til at tage hånd om de udsatte borgeres tandsundhed. Et tværfagligt projekt mellem Danske Tandplejere, Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet viser, at en systematiseret undervisnings- og samarbejdsindsats mellem tandplejere og plejepersonale gør en betydelig positiv forskel for ældres tandstatus⁶. Men som reglerne er i dag, så er det op til de enkelte kommuner at beslutte, om de vil lave en opsøgende sundhedsfremmende indsats, og derfor er der store kommunale forskelle. Det opsøgende tandplejetilbud bør derfor være en SKAL-opgave for kommunerne.

2. Tandplejere tilknyttes alle hospitaler

Mund- og tandsundhed bør være en integreret del af det samlede sundhedsvæsen, men desværre ser vi fortsat, at mund- og tandsundhed frakobles den generelle sundhedsindsats. Og det gælder også på landets hospitaler, hvor patienternes mund- og tandsundhed ofte bliver nedprioriteret eller helt glemt.

Danske Tandplejere udgav i 2020 sammen med Sundhedsstyrelsen en national klinisk retningslinje, der belyser, hvordan fokus på indlagte patienters mundhygiejne kan reducere risikoen for infektioner betragteligt. Blandt andet blev det påvist, at systematisk og sufficient mundhygiejne på patienter, der får hjerteoperation, kan reducere forekomsten af lungebetændelse med hele 45 procent⁶. Et andet studie, initieret af Danske

Trials" (2008): [Sjögren - 2008 - Journal of the American Geriatrics Society - Wiley Online Library](#)

³ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

⁴ Frølund, Jannie Christina, Klinisk sygeplejespecialist, cand.cur, Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus m.fl.: "Klinisk retningslinje – Mundhygiejne til voksne borgere og patienter" (2020): <https://cfkr.dk/media/351666/Mundhygiejne>

⁵ Børge Hede: "Munden – et overset organ men en nøgle til sundhed og livskvalitet" [bedrehygiejne.dk](#)

⁶ [Puljefinansieret NKR: Mundhygiejne for postoperative infektioner - Sundhedsstyrelsen](#)



Tandplejere, viser tilsvarende, at der er store gevinster for patienterne og det øvrige sundhedspersonale ved at inddrage tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne, bl.a. i form af færre infektioner, færre smerter og færre senfølger som konsekvens af ubehandlet tand- og mundproblematik⁷.

Vi ser heldigvis, at der på enkelte hospitaler er tandplejere ansat, som gør en stor forskel. Men det er langt fra på alle hospitaler. Der er kun ca. 20 tandplejere ansat på hospitalerne i Danmark i dag, og dermed er der ikke engang ansat 1 tandplejer pr. hospital. Tilmed er tandplejerne ofte udelukkende tilknyttet de kæbekirurgiske afdelinger og dermed ikke ude blandt de patienter, som er indlagt af andre årsager. Alt for ofte bliver opgaven med patienternes mundhygiejne derfor placeret hos faggrupper, som i forvejen er belastede af mange opgaver, og som ikke har den tandfaglige ekspertise, der er nødvendig - og det går ud over patienterne og deres sundhed.

Danske Tandplejere foreslår, at tandplejere tilknyttes alle hospitaler i Danmark med henblik på at sikre, at opgaven med at tage hånd om patienternes mund- og tandsundhed ved indlæggelse varetages. Tandplejerne bør være en del af det team, som findes omkring de indlagte patienter på hospitalerne og varetage to centrale funktioner:

- Tandplejerne bør tilse patienternes mund og tænder, rådgive og instruere i god mundhygiejne og udføre mund- og tandpleje på patienterne efter behov.
- Tandplejerne bør have en konsulentfunktion, hvor de gennem undervisning og opkvalificering af sundhedsplejepersonalet sikrer og understøtter, at personalet kan udføre en sufficient daglig tandbørstning af de indlagte patienter samt er i stand til at identificere en forringet tandsundhedsstatus eller mundhygiejne hos de indlagte patienter, som kræver professionel hjælp fra en tandplejer.

Danske Tandplejere har, på baggrund af antallet af årlige patientophold ved sygehusene, estimeret, at der er behov for ca. 176 tandplejere (fuldtid/årsværk) ved hospitalerne for at yde relevant tand- og mundpleje til indlagte patienter. Med udgangspunkt i de 27 danske hospitaler svarer det til 6-7 tandplejere pr. hospital (overordnet enhed). Estimatet tager udgangspunkt i:

- Antallet af patientophold i 2022, som er længere end 48 timer (624.011 ophold i alt), og ambulante pt. er således ikke omfattet.
- Alle typer af ophold undtagen graviditet & fødsel samt prænatale ophold.
- At en tandplejer kan tilse 3,5 patienter i timen.

Estimatet kan betragtes som et mål for antallet af tandplejere på hospitalerne. For nuværende vil alle tiltag med blot en øgning af antallet af tandplejere på hospitalerne kunne have gavnlige effekter for såvel patienterne som for operations- og behandlingsforløb.

3. Tandpleje til borgere med kronisk sygdom og andre alvorlige sygdomme

Danske Tandplejere finder det stærkt u hensigtsmæssigt, at tandpleje ikke er indtænkt i indsatsen overfor borgere med kronisk sygdom og andre alvorlige sygdomme, og vi foreslår følgende initiativer:

- At tandpleje indskrives i alle pakkeforløb for alvorlige sygdomme, herunder kroniske sygdomme
- At alle borgere, ved diagnosticering af kroniske sygdomme, som fx diabetes, nyresygdomme, hjerte-kar-sygdomme, leddegigt etc., bliver henvist til tandklinik mhp. at undgå infektioner i mund- og tænder, der kan få alvorlige konsekvenser for det generelle helbred.

⁷ [Kortlægning af gevinster ved inddragelse af tandplejerfaglige kompetencer på hospitalerne \(2020\)](#)



- At der gives tilskud til tandpleje for diabetespatienter (praksissektoren) på lige fod med tilskud til fodterapi (hvor personer med diabetes kan få et tilskud på 50 procent til en årlig risikovurdering hos en autoriseret fodterapeut)⁸

Tekstnære bemærkninger

Danske Tandplejere bemærker, at tandplejere bør nævnes alle de steder i rapporten, hvor "tandlægepraksis", "praktiserende tandlæge", "tandlægehjælp", "tandlæger" m.v. optræder.

Danske Tandplejere bemærker, at det ikke er hele voksentandplejeområdet, som er reguleret ved lov (som står skrevet i hovedrapporten s. 161 og baggrundsrapporten s. 150), da der er en overenskomstaf tale mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Danske Tandplejere, som repræsenterer de praktiserende tandplejere.

Danske Tandplejere bemærker yderligere, at det giver et misvisende billede, at medarbejdere i den kommunale tandpleje er delt op i to kategorier, hhv. tandlæger og øvrigt tandplejepersonale, jf. s. 309 i hovedrapporten. Der er stor forskel på faggrupperne tandplejere og klinikassistenter, da tandplejere har egen autorisation og kan udføre størstedelen af de opgaver, der løftes i den kommunale tandpleje. Det er derfor uhensigtsmæssigt at slå de to faggrupper sammen i én kategori.

Danske Tandplejere står naturligvis til rådighed, hvis ovenstående ønskes uddybet.

Venlig hilsen

Elisabeth Gregersen

Forperson, Danske Tandplejere

⁸ <https://diabetes.dk/radgivning/stotte-og-rettigheder/hjaelp-og-stotte#anchor-id-hjaelp-og-stoette-a-til-aa-fodterapi>

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Mail: sum@sum.dk

Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Danske Ældreråd kvitterer for høringsmuligheden og afgiver hermed hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Kommissionens afrapportering er et grundigt og omfattende stykke arbejde, der tegner et klokkeklart billede af de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor.

Danske Ældreråd hæfter sig ved, at kommissionen fremlægger nogle ambitiøse pejlemærker for fremtidens sundhedsvæsen om at styrke det primære sundhedsvæsen og sikre lige adgang til stærke sundhedstilbud i hele landet.

Vi deler kommissionens såvel som regeringens opfattelse af, at der skal grundlæggende forandringer til for at kunne møde fremtidens udfordringer og bevare et bæredygtigt sundhedsvæsen.

Danske Ældreråd er enig i mange af anbefalingerne fra kommissionen, men er alvorligt bekymrede, hvis ældreplejen ikke længere skal være lokalt forankret hos kommunerne og tæt på borgerne, som foreslået i to ud af tre af kommissionens forvaltningsmodeller.

Vi er også bekymrede, hvis en større del af sundhedsområdet – som fx den kommunale sygepleje og patientrettede forebyggelse – adskilles fra den lokale indsats og ikke samtænkes med ældreplejen. De områder hænger uløseligt sammen.

En kommende sundhedsreform skal sikre, at ældre mennesker, der er syge og har behov for behandling, hjælp og pleje, oplever større sammenhæng, kvalitet og tryghed i deres forløb.

Tværgående anbefalinger

Danske Ældreråd er grundlæggende enig i kommissionens seks tværgående anbefalinger. Vi sætter især pris på anbefaling 1-4.

Anbefaling 1 – kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Vi mener, at en revision af almen praksis er afgørende for at nå målsætningen om et sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere i landet og sammenhængende patientforløb.

Almen praksis spiller en nøglerolle i fremtidens nære sundhedsvæsen, og vi støtter kommissionens forslag om, at kapaciteten skal udbygges, og der skal indføres en ny styringsmodel, hvor patienttal og honorarer i almen praksis kommer til at afspejle behandlingsbehovet hos de lokale patienter.

Anbefaling 2 – ny organisering af digitalisering og data

Danske Ældreråd mener ligeledes, at anbefalingen om at etablere en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet er et nødvendigt og vigtigt skridt.

Vi ser positivt på kommissionens anbefaling om etablering af en organisation, der får ansvar for fælles digitale løsninger og fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Der er brug for tiltag, der sætter fælles retning og øger hastigheden for udvikling og implementering af nye digitale løsninger.

I dag har vi et meget fragmenteret digitalt landskab med mange forskellige digitale løsninger og manglende sammenhæng mellem løsningerne. Det er et stort problem. Ikke kun for sundhedspersonalet, men i høj grad også for borgerne og deres pårørende, som skal navigere i det.

Vi mener også, at det går for langsomt med at udbrede de gode løsninger, og at der er for stor forskel på, hvilke teknologier borgerne rundt omkring i landet har mulighed for at anvende. Det er vigtigt med lige adgang til de digitale løsninger, da de i mange tilfælde kan gøre en stor og positiv forskel i ældres liv.

Anbefaling 3 – tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Danske Ældreråd værdsætter kommissionens anbefaling om udarbejdelse af en national sundhedsplan, der skal sætte strategisk retning for udviklingen af sundhedsvæsenet i den kommende årrække.

Vi er enig i kommissionens forslag om, at en større del af de samlede ressourcer skal målrettes det primære sundhedsvæsen, og at der skal ske en bedre geografisk fordeling af læger, så langt flere borgere kan få sammenhængende indsatser af høj kvalitet tæt på eget hjem.

Det giver også rigtig god mening med forslaget om en videreudvikling af kvalitetsstandarderne. Hvis kvalitetsstandarderne i fremtiden kommer til at gå på tværs af sektorer og stille krav om samarbejde i opgaveløsningen, vil det ikke alene styrke kvaliteten og sammenhængen i sundhedsvæsenet, men også sikre mere lighed i sundhed på tværs af landet.

Anbefaling 4 – styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Danske Ældreråd er meget enig i, at der er behov for et løft af psykiatrien, så behandlingen af mennesker med psykisk sygdom ligestilles med behandlingen af mennesker med fysiske sygdomme. Vi deler også ambitionen om, at samarbejdet mellem psykiatrien og somatikken skal styrkes, så mennesker med psykisk sygdom i højere grad end i dag sikres rettidig udredning og behandling for deres fysiske sygdom.

Det er ikke mindst afgørende at sikre fast lægedækning på botilbud og bedre tilgængelighed til de rette kompetencer, da borgere med psykiatriske problemstillinger kan have svært ved at handle på forandringer i somatiske symptomer.

Anbefaling 5-6

Danske Ældreråd har ikke konkrete bemærkninger til de sidste to tværgående anbefalinger.

Forvaltningsmodeller for sundhedsvæsenet

Kommissionen fremlægger tre forskellige forslag til modeller for styring og organisering af sundhedsvæsenet. Uanset model finder vi det afgørende, at sundheds- og ældreområdet også i fremtiden er underlagt demokratisk kontrol og et tydeligt politisk ansvar.

Model 1 og 2 fjerner store dele af ældreplejen fra kommunerne, og det er modeller, som Danske Ældreråd ikke støtter.

Model 3

Danske Ældreråd mener, at model 3 - sammen med de tværgående anbefalinger – rummer potentiale for store og positive forandringer af sundhedsvæsenet.

Det er vores vurdering, at man inden for rammerne af model 3 vil kunne styrke det nære sundhedsvæsen og sikre øget sammenhæng i borgernes forløb, uden at man fjerner ældreplejen fra kommunerne og svækker lokaldemokratiet.

En vigtig forudsætning er, at der prioriteres flere ressourcer til det nære sundhedsvæsen, så pengene følger med, når flere borgere har forløb i det nære sundhedsvæsen, og når der stilles større krav til kvaliteten i det nære sundhedsvæsen. Det har ikke hidtil været tilfældet.

Ældrepleje tæt på borgerne

Vi mener, at ældreplejen skal organiseres, styres og udføres nært. Hvis opgaver i ældreplejen samles i store organisatoriske enheder, vil der være risiko for, at styringen og den faglige ledelse kommer for langt væk fra borgernes nærmiljø.

For mange borgere er ældreplejen en integreret del af deres hverdag, hvor pleje og omsorg leveres i eget hjem, over en længere periode og i tæt samspil med pårørende og civilsamfund.

Der er netop indgået politisk aftale om en ældrereform, hvor fokus er på at sikre mere selvbestemmelse, tillid, nærvær og inddragelse af lokalsamfundet i ældreplejen. Hvis vi skal lykkes med den mission, er en centralisering af ældreplejen ikke den rigtige vej at gå.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at ældre er meget mere end patienter. De er mennesker, som lever et liv med familie, venner, lokale fællesskaber og aktiviteter, kulturliv m.v. Vi har netop brug for det lokale kendskab til at sætte ind i tide og skabe gode løsninger.

Ældrepleje og sygepleje hænger sammen

Danske Ældreråd deler kommissionens budskab om, at ældrepleje og sygepleje hører sammen. Det er derfor også helt afgørende, at en ny organisering af sundhedsvæsenet ikke fører til opsplitting af ældrepleje og sygeplejen.

Et bærende princip i ældrereformen er, at kommunerne fremadrettet skal levere helhedspleje med fokus på kontinuitet og tværfaglighed, men ældrereformen nåede ikke i mål og giver ikke svar på, hvordan sygeplejen tænkes ind i helhedsplejen, så faste tværfaglige teams kommer til at stå for alle plejeopgaver i borgernes hjem. Det er vigtigt, at en kommende sundhedsreform bygger videre på ældrereformen og sikrer, at sygeplejen bliver en integreret del af helhedsplejen. Ingen helhedspleje uden sygepleje.

Akutsygeplejen skal ikke skilles ud

Danske Ældreråd mener, at den samlede sygepleje skal blive i kommunerne sammen med ældreplejen – herunder den mere specialiserede sygepleje. Det er der behov for. Hvis den del af sygeplejen, der har akut eller subakut karakter, skilles ud, vil det skabe nye siloer og betydelige snitflader, som vil skulle håndteres.

En udskillelse af akutsygeplejen vil også indebære en væsentlig forringelse af adgangen til faglig sparring og udvikling for de medarbejdere, der udfører de tilbageværende sundheds- og plejeindsatser i kommunerne. Det vil få konsekvenser for rekrutteringen af medarbejdere og dermed få betydning for kontinuiteten i ældres plejeforløb, hvilket allerede er en udfordring.

Derudover er det helt afgørende, at ældre mennesker kan få den fornødne akutsygepleje i eget hjem, hvis sundhedstilstanden bliver ustabil, og behovet pludseligt opstår. Vi skal fastholde nærhed til de nødvendige specialiserede kompetencer, så sygeplejen hurtigt kan justeres i eget hjem, og vi kan forebygge indlæggelser.

Stærkere krav til kvaliteten i det nære sundhedsvæsen

Danske Ældreråd deler kommissionens vurdering af, at der ikke mindst i model 3 vil være behov for en meget stærkere statslig styring af kvaliteten i det nære sundhedsvæsen.

Vi mener, at nationale, forpligtende kvalitetskrav til det nære sundhedsvæsen kan bidrage til at øge kvaliteten og sikre mere livskvalitet, sundhed og velvære for ældre mennesker. De kan også bidrage til, at kvaliteten er ensartet og kendt for de øvrige dele af sundhedsvæsenet, der er afhængig af at kunne henvise til indsatser i kommuner og almen praksis.

Mange ældre har flere kontakter til sundhedsvæsenet og skal selv koordinere på tværs af forskellige behandlinger. Det er vigtigt, at kvalitetskravene i højere grad tager udgangspunkt i borgernes samlede forløb og får en mere forpligtigende karakter, end det er tilfældet i dag.

Vi støtter derfor kommissionens anbefaling om, at kvalitetskravene skal udvikles til at kunne gå på tværs af sektorer, give bedre mulighed for at stille krav om tværkommunal opgaveløsning, styrke monitoreringen og eventuelt kombineres med økonomiske incitament. Det er helt nødvendigt.

Klare lovgivningsmæssige krav til midlertidige pladser

Kommissionen vurderer, at der er i fremtiden vil være et stigende antal borgere, som har brug for ophold på midlertidige pladser i det nære sundhedsvæsen. Det er derfor helt afgørende, at der defineres nogle klare lovgivningsmæssige rammer for midlertidige ophold.

Danske Ældreråd støtter kommissionens forslag om, at der etableres en entydig hjemmel i sundhedsloven for kommunernes tilbud om midlertidige ophold (fx ved behov for akutsygepleje eller træning). Det skal tydeliggøre, hvornår kommunerne skal tilbyde midlertidige pladser, og at der ikke kan opkræves egenbetaling for ophold på midlertidige pladser.

Vi deler også kommissionens vurdering af, at kommunale midlertidige pladser skal have en fast tilknytning af lægefaglige kompetencer, ligesom vi mener, at der skal være stærke nationale krav til kvaliteten på de midlertidige pladser.

I det omfang den enkelte kommune ikke har den nødvendige kapacitet eller volumen af borgere til at drive de midlertidige pladser, mener vi, at der skal være forpligtende krav om tværkommunale samarbejder.

Som supplement til ovenstående midlertidige pladser i sundhedsloven vil kommunerne også i fremtiden skulle tilbyde eksempelvis aflastningsophold efter en kommende ældrelov. Danske Ældreråd mener, at der bør defineres nogle standardbetegnelser for de forskellige typer af midlertidige ophold, så det bliver nemmere for borgerne at navigere i.

Incitament til at investere i forebyggelses- og plejeindsatser

Kommissionen lufter muligheden for at give kommunerne øgede incitament til at prioritere og investere i indsatsen på forebyggelses- og ældreområdet. Eksempelvis ved at lade et statsligt tilskud til kommunerne betinge af, at kommunerne lever op til en række fastlagte mål. Danske Ældreråd ser et klart potentiale i et resultatorienteret tilskud, og vi kunne ønske os, at modellen var mere udfoldet i kommissionens afrapportering.

Model 1 og 2

Danske Ældreråd mener, at ældreplejen skal blive i kommunerne sammen med sygeplejen, og vi er stærkt bekymrede for den centralisering og det tab af lokaldemokrati, som model 1 og 2 er udtryk for.

Borgerinddragelse

Danske Ældreråd efterlyser større fokus på borgerinddragelse i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Vi mener, at et stærkt, nært sundhedsvæsen forudsætter, at det udvikles med afsæt i lokale forhold og med inddragelse af patienter, borgere og pårørende.

Vi mener, at borgerinddragelsen skal finde sted i både udvikling og implementering af tilbud i det nære sundhedsvæsen og på den måde bidrage til at kvalificere de konkrete indsatser.

I den forbindelse ser vi landets 98 folkevalgte ældreråd som oplagte samarbejdspartnere. De er demokratisk valgt og sat i verden for at rådgive politikere om ældreområdet – herunder også om ældres behov i forhold til sundhedsopgaver. Ældrerådene står klar til at bidrage.

Med venlig hilsen

Inger Møller Nielsen

Formand

Trine Toftgaard Lund

Direktør

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Enhed: Sundhedsstruktur
Slotsholmgade 10-12
1216 København K
Sagsbeh.: Martin Zohar

Den 25. juni 2024

**Høringssvar til:
Sundhedsstrukturkommissionens rapport**

DØNHO – Danske Øre-Næse-Halslægers Organisation

Sagsnr.: 2024 -7250

Danske Øre Næse Halslægers Organisation (DØNHO) varetager faglige, organisatoriske, økonomiske og kollegiale interesser for vores omkring 300 medlemmer, og vi vil indledningsvis takke for muligheden for at kommentere Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Vi hæfter os ved, at der i rapporten er stor opmærksomhed på speciallægepraksis, og at der er en stor villighed til at bruge vores sektor som et borgernært speciallægetilbud for at løse udfordringen med den stigende mængde ældre patienter. Vi er som organisation fortalere for og tilhænger af forslaget om en generel opgradering af det nære sundhedsvæsen inklusiv de praktiserende speciallæger.

I Danmark har vi p.t. 161 fuldtidsydernumre i øre-næse-hals speciallægepraksis. Vi varetager >1 million konsultationer årligt, fordelt på næsten 600.000 CPR-numre, i forbindelse med hvilke >90% af patienterne diagnosticeres OG afsluttes i praksis (1). Vi er således en vigtig og betydende gate-keeper for hospitalsafdelingerne og et særdeles effektivt borgernært tilbud, hvor patienterne kan få behandling af høj kvalitet. Herudover er øre-næse-hals speciallægepraksis et vigtigt element i uddannelsen af kommende speciallæger, idet alle kommende speciallæger er ansat i speciallægepraksis 6 mdr. af den 4-årige hoveduddannelse.

Vi betragter øre-næse-hals speciallægepraksis som den specialiserede del af det nære sundhedsvæsen, og vi anses som en nær og let tilgængelig samarbejdspartner for almen praksis. Vi opbygger ofte langvarige samarbejdsrelationer med almen praksis, hvilket er med til at skabe kontinuitet i en patients behandlingsforløb.

Vi har, i øre-næse-hals speciallægepraksis, ikke rekrutteringsproblemer selv uden for de store byer og kan dermed som gruppe løfte speciallægebehandling på hovedfunktionsniveau overalt i Danmark, tæt på borgeren. Dette kan være med til at udligne den geografiske ulighed i sundhed i

Danmark. Det giver således rigtig god mening, at man laver et nationalt landkort og beslutter hvordan man ønsker praksisplanen skal se ud i hele landet.

Vi har, i øre-næse-hals speciallægepraksis, også mulighed for at udvide aktiviteten indenfor den eksisterende kapacitet efter generelle, regionale, lokale eller individuelle aftaler.

Vi er tilhængere af et decentralt demokratisk styret sundhedsvæsen, og vi håber at det bliver en model, hvor vi forventer, at der er fagligheder fra speciallægepraksissektoren til stede i ledelsen. Vi er desuden enige med kommissionen i, at aftalesystemet mellem region og praktiserende speciallæger er velfungerende og omkostningseffektiv.

På vegne af DØNHO's bestyrelse

Med venlig hilsen

Rikke Haahr
Formand DØNHO

Reference:

1: <https://laeger.dk/media/25ih5pxc/moderniseringsrapport-oere-naese-og-halsspecialet.pdf>



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Høringsvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Indsendt af Dansk Samfundsmedicinsk Selskab pr. email til sum@sum.dk

Indledning

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

DASAMS repræsenterer læger, der arbejder inden for det samfundsmedicinske felt og har en særlig position i det danske sundhedsvæsen, idet selskabets medlemmer besidder omfattende viden og erfaring om sundhedsvæsenets indretning og udfordringer på både statsligt, regionalt og kommunalt niveau. Selskabet har særlig viden og erfaring med organisation, kvalitetssikring, patientsikkerhed og ulighed i sundhed på både patient-, gruppe-, organisations- og samfundsniveau. Samfundsmedicinske læger har bl.a. et særligt fokus på de dele af befolkningen, der ofte "falder mellem stolene" i sundhedsvæsenet. En kernefunktion i det samfundsmedicinske speciale er rådgivning, vejledning og samarbejde med sundhedsvæsenets forskellige sektorer og tilgrænsende områder. Faglig myndighedsudøvelse f.eks. i forhold til patientsikkerhed og specialeplanlægning indgår også som del af specialelets arbejdsområder.

DASAMS fremsender hermed selskabets bemærkninger til den foreliggende rapport med særligt fokus på kommissoriets afgrænsning og deraf følgende begrænsninger, samt hovedrapportens analyser, konklusioner og anbefalinger.

Vi vil påpege, at høringsfristen hen over sommerperioden risikerer generelt at resultere i færre og mindre kvalificerede høringssvar, hvilket kan betyde, at relevante stemmer i samfundet ikke bliver hørt forud for vigtige politiske beslutninger. Det anbefales, at der tages højde for dette i planlægningen af den videre proces.

Selskabet vil indledningsvis gøre opmærksom på, at en strukturreform, uanset udformning, indebærer en risiko for at skabe såvel forudsigelige som uforudsigelige nye problemer og udfordringer. Samtidig belyses der vigtige problemer, der skal løses for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. En afvejning af fordele og ulemper ved en valgt model er derfor vigtig.

Kommissionen har med den foreliggende rapport ydet et meget stort og imponerende arbejde inden for rammerne af det givne kommissorium og den givne tidsramme. Der er lavet en række analyser af det nuværende sundhedsvæsenets aktuelle udfordringer, som selskabet kan tilslutte sig. Selskabet finder dog, at der mangler viden og evidens for effekten af de anbefalede løsningsmodeller. Dette kan føre til utilsigtede konsekvenser, modstand fra interessenter og vanskeligheder med at evaluere ændringernes effektivitet. Selskabet er bevidst om, at politiske beslutninger sjældent kan baseres på evidens, men vi anbefaler, at hele processen med eventuelle betydelige ændringer i sundhedsvæsenet følges af gennemsigtige og systematiske metoder til udvikling, løbende justeringer og evaluering af de valgte organisatoriske eller strukturelle løsninger. Dette forudsætter endvidere, at de grupper, herunder patienter, borgere og fagprofessionelle, der skal deltage i realiseringen af ændringerne og den fremtidige drift, oplever ændringerne som relevante og meningsfulde, og at de derfor inkluderes og understøttes i indflydelse i den fremtidige proces.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Overordnede og generelle bemærkninger til kommissionens rapport

Selskabet kan tilslutte sig kommissionens generelle vurdering af, at Danmark har et godt og i international sammenligning velfungerende sundhedsvæsen, hvor ryggraden er et velkvalificeret og veluddannet personale, som alle bidrager til at give patienterne den fagligt bedst mulige behandling, pleje og omsorg inden for de rammer, som er politisk fastsatte. Udviklingen i de seneste årtier med øget specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har haft til formål at optimere diagnostik og behandling, hvilket i vidt omfang er lykkedes og har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten for patienterne.

DASAMS finder i den sammenhæng at det er afgørende at fastholde og videreudvikle de markante forbedringer og resultater, man har opnået i det danske sundhedsvæsen på baggrund af 2007- reformen. Et meget væsentligt element i denne forbindelse har været etableringen af den nationale specialeplanlægning i Sundhedsstyrelsens faglige regi.

Selskabet er fuldt enig i kommissionens analyse af, at udviklingen i det primære sundhedsvæsen, i almen praksis og kommunerne, er gået væsentligt langsommere. Der er i dag store udfordringer i det primære sundhedsvæsen, som vil blive endnu større med den demografiske udvikling. Selskabet støtter således fuldt ud, at der er behov for en betydelig styrkelse af det primære sundhedsvæsen.

Selskabet er enig i de hensyn for sundhedsvæsenet, som kommissionen fremsætter (sammenfatning s. 11 og tabel 6.1 side 131), ligesom selskabets medlemmer i deres daglige arbejde på tværs af de nuværende sektorer fuldt ud mærker konsekvenserne af de stigende udfordringer med social og geografisk ulighed i sundhed. Det er imidlertid afgørende, at initiativer til at løse disse udfordringer ikke indebærer, at man sætter de opbyggede gevinster over styr. Reelle ændringer i sundhedsvæsenet kræver både tilstrækkelig tid og tilførelse af ressourcer som på trods af de begrænsninger, kommissionen er pålagt, ikke kan udelades.

Kommissionens pålagte begrænsninger

Selskabet ser væsentlige begrænsninger i de rammer, som er blevet sat for kommissionens arbejde. Begrænsninger, som bør tages i betragtning, når man laver konklusioner og prioriteringer for fremtidens sundhedsvæsen i Danmark. Kommissionen er i kommissoriet således pålagt en række specifikke begrænsninger samt udvalgte sigtelinjer, som kan påvirke deres vurderinger og analyser med hensyn til modelforslag, herunder:

- **Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger**

Kommissionen må ikke anfægte dette eller dermed antallet af kommuner, selv hvis analyser viser, at de ikke er fagligt eller organisatorisk bæredygtige.

- **Udgiftsneutralitet og personalekapacitet**

Forslagene fra kommissionen skal være udgiftsneutrale og må ikke medføre øget træk på personalekapaciteten. Dette forbud mod at påpege behovet for ekstra ressourcer resulterer bl.a. i en vag beskrivelse af ressourcudfordringerne, som gennemgående holder sig til at tale om ubalance mellem sygehusvæsenets og primærområdets andele af den samlede økonomi. Herved forbigås og usynliggøres, at problemerne ikke alene kan løses ved at flytte rundt på økonomien og personalet mellem sektorer.

Selskabet ønsker herudover at påpege at der gennemgående er en konsensus om, at primærområdet kan og skal overtage flere opgaver fra sygehusvæsenet. Kommissionen anbefaler, at ansvaret for patienter med længerevarende sygdomme i højere grad skal varetages af almen praksis, mens sygehusene skal understøtte udviklingen af primærsektoren for at reducere behovet for sygehusindlæggelser. Samtidig understreges behovet for at fastholde kvaliteten på sygehusene, så de kan behandle akut og alvorlig sygdom effektivt. DASAMS har stor tiltro til det primære sundhedsvæsens evne til at varetage opgaven. DASAMS skal påpege behovet for at undersøge og planlægge denne fremtidige organisering og omlægning af indsatser baseret på bedste foreliggende og opnåelige viden.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Et andet vigtigt aspekt er kommissionens fokus på ældre multisyge kronikere, mens behovene for mennesker generelt med nedsat funktionsevne som følge af fysisk, psykisk eller anden mental funktionsnedsættelse ikke adresseres tilstrækkeligt. Forventningerne om en højere grad af multisygdom blandt ældre må ikke føre til, at behovene for kvalitetsydelse til andre befolkningsgrupper ignoreres. Der mangler således relevante overvejelser, epidemiologiske undersøgelser og prognoser for fremtidens samlede sundhedsbehov.

DASAMS opfordrer til opmærksomhed på disse begrænsninger og forudfattede præmisser, når der træffes beslutninger om fremtidens sundhedsvæsen i Danmark. Alle ændringer bør sigte mod at gavne patienterne og sundhedsvæsenet som helhed samt adressere behovene for alle patientgrupper og bør derfor også inddrage lægefagligt begrundede vurderinger af fremtidige behov og muligheder for f.eks. helbredelse, overlevelse og bedre funktionsevne og livskvalitet via ny diagnostik, nye behandlingsmetoder og rehabilitering. I den forbindelse er kliniske lægefaglige vurderinger og prognoser centrale.

Kommentarer til kommissionens fremhævelse af udfordringer:

DASAMS vil fremhæve, at mange af de udfordringer, kommissionen påpeger, som ulighed i sundhed og manglende sammenhæng i patientforløb, ikke er nye.

Ulighed i sundhed er et veldokumenteret problem, som har været beskrevet i levevilkårsundersøgelser siden 1980'erne. Det er velbelyst, at socialgrupper med dårlig uddannelse, lav indtægt, ringe indflydelse på eget arbejde, ringe boligforhold samt ringe indflydelse i samfundet har den største sygelighed både fysisk og psykisk, herunder også forskelle i levealder og dødelighed. Mere nyt er det, at denne ulighed har været voksende gennem den senere årrække, og at den generelle bevægelse mod de større byer og affolkningen af især mindre landkommuner for folk i erhvervsaktiv alder har medført en særlig geografisk og aldersmæssig skævhed og udfordring bl.a. i forhold til sundhed.

Manglende sammenhæng i patientforløb over sektorgrænser er også velkendt og har tidligere været beskrevet med udtryk som "Bermudatrekanten" og "mellem to stole". Dette kan næppe kun tilskrives en stigende specialisering, men også andre årsager.

DASAMS understreger, at ulighed i sundhed og manglende sammenhæng i patientforløb er multifactorielle problemer og kræver strukturer, der understøtter interdisciplinært samarbejde med tid og ressourcer til at fokusere på den enkelte patients samlede situation og behov.

Uløste problemer fra strukturreformen i 2007

DASAMS vil henlede opmærksomheden på, at en del af de u hensigtsmæssigheder, der opstod i forbindelse med strukturreformen 2007, stadig ikke er blevet løst tilfredsstillende. Dette inkluderer den store overførsel af tidligere amtslige eller tværamtslige sociale og sundhedsmæssige opgaver til kommunerne, især på det såkaldte specialiserede socialområde, herunder psykiatri og en lang række andre tilbud og institutioner på handicapområdet. Kommissionen adresserer nogle udfordringer på psykiatriområdet, men der savnes i høj grad overvejelser og forslag fra kommissionen til det øvrige specialiserede socialområde. Det har været en del af kommissionens opgave også at se på nærliggende områder og dette er et af eksemplerne på, at kommissionen har haft en for snæver tilgang. En lang række sårbare grupper herunder mennesker med fysisk og psykisk handicap, misbrug mv. har behov for en national specialeplanlægning svarende til sundhedsområdet, der tager hensyn til målgruppernes volumen, kompleksitet og ressourcebehov. Der er som påpeget af relevante organisationer på området foregået en decideret afspecialisering og tab af specialistkompetencer på området, selvom behovet for en kvalificeret indsats i koordineret samarbejde med sundhedsvæsenet bl.a. med det specialiserede sygehusvæsen, herunder højt specialiserede funktioner, er uændret eller stigende. Dette er bl.a. på baggrund af den historiske betingede skelnen mellem handicap og sygdom og den dermed forbundne lovgivning medfører mangel på sammenhæng i indsatsen og kvaliteten for meget store grupper, som samtidig opfattes hhv. som borgere eller patienter. Det forekommer oplagt at dette helt relevant må placeres som en opgave, der samles i bæredygtige specialiserede enheder f.eks. i regionalt



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



regi i en tilsvarende konstruktion som socialmedicin, hvor regionerne aktuelt leverer specialiseret rådgivning til de kommunale beskæftigelsesindsatser.

Anfægtning af konklusion om misbrugsområdet:

Derudover vil DASAMS anfægte kommissionens vurdering af, at misbrugsindsatsen ikke er et centralt led af den løbende omstilling af sundhedsvæsenet (s. 315). Dette område behandler nogle af de dårligst stillede borgere i Danmark, som kræver et stærkt samarbejde mellem sundheds- og socialområdet. Misbrug er en kompleks helbredsrelateret tilstand, og det kan ikke udelukkende ses om en social udfordring. Ydermere er netop sammenhængen – eller mangel på samme – mellem sundhedsvæsenet og misbrugsbehandlingen et stort dagligt problem på sygehusene, eftersom en hel del af afusionerne varetages under indlæggelse. Misbrugsområdet fortjener at blive prioriteret og fuldt inkluderet i det danske sundhedsvæsen med lovgivning og strukturer, som understøtter det tværfaglige samarbejde omkring denne gruppe borgere.

Specifikke kommentarer og opmærksomhedspunkter til kommissionens rapport:

Ambition om nedbringelse af social ulighed i sundhed: Selskabet vil fremhæve og anerkende ambitionen om at sikre bedre lighed som et delelement for en samlet kvalitet i sundhedsvæsenet. Lige adgang til behandling er allerede lovmæssigt sikret i den nuværende sundhedslov, men social ulighed er et multifaktorielt problem som kræver multifaktorielle løsninger. Som nævnt i næste punkt er forebyggelse helt central i den sammenhæng, men vi skal derudover forhindre at fremtidens sundhedsvæsen forstærker den sociale ulighed i sundhed. Derfor er det afgørende ikke blot at sikre lige adgang til diagnostik og behandling, men også lige mulighed for deltagelse og mulighed for at drage udbytte af behandlingsindsatser. Som kommissionen påpeger, kræver dette differentierede behandlingsindsatser, hvor borgere med høj sundhedskompetence tilbydes digitalt understøttede indsatser og færre kontroller, mens borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed får en mere håndholdt indsats, og gerne så geografisk tæt på som fagligt muligt og forsvarligt.

Manglende fokus på primær og strukturel forebyggelse: Mange af de faktorer som kan forklare social ulighed i sundhed, ligger før kontakten med sundhedsvæsenet i bredere forebyggende samfundsmæssige indsatser, der ikke kun vedrører sundhedsområdet, men også bl.a. børne-, undervisnings-, trafik-, social- og beskæftigelsesområdet. I den sammenhæng vil DASAMS gerne henlede opmærksomheden på, at kommissionen på intet tidspunkt har fokus på de vigtige elementer, som ligger inden for primær og strukturel forebyggelse. Fokus på forebyggelse af, at sygdom opstår, bør være en meget væsentlig hjørnesteen i fremtidens sundhedsvæsen. Med 2007 kommunalreformen blev alle hidtidige, bredt sammensatte forebyggelsesråd nedlagt i amtskommuner og kommuner med henvisning til bl.a. at forebyggelsen vidtgående var blevet henlagt til kommunerne. Vi må nu samlet set konkludere at sundhedsfremme og forebyggelse lige siden er blevet forsømt og derfor bør det synliggøres som en afgørende prioritering både politisk og organisatorisk i en eventuel omstrukturering af sundhedsvæsenet.

Kvalitet kontra nærhed: Let adgang til kvalificerede sundhedsydelser er væsentligt, men i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen er det vigtigt at hensynet til kvalitet vægtes højere end nærhed i et moderne sundhedsvæsen. Selskabet mener, at Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning og herunder specialeplanlægningens kriterier som patientunderlag, erfaring og rutine dvs. "øvelse-gør-mester"-princippet som forudsætning for sundhedsfaglig kvalitet i de specialiserede sundhedsvæsen er undervurderet i rapporten. Det er centrale elementer også i sikring af den uddannelsesmæssige kvalitet for fremtidens sundhedspersonale. Dette kan være særligt udfordrende i geografisk udsatte områder, men er en opgave, som den ansvarlige myndighed, som udbyder en sundhedsindsats, bør håndtere og overvåge nøje under hensynet til patienternes krav på let tilgængelighed, jf. Sundhedsloven.

Manglende overvejelser om fremtidige sygdomsbilleder: Kommissionens rapport mangler overvejelser i relation til fremtidige sygdomsbilleder af relevans for det samlede danske sundhedsvæsen, herunder nye og hidtil ukendte eller hidtidige sjældne sygdomme i Danmark. Fremtidens sundhedsvæsen skal således have mulighed for fortsat udvikling



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



og vedligeholdelse af høj specialiseret sundhedsfaglighed med henblik på at være effektivt tilpasningsdygtigt i forhold til forventelige nye udfordringer, hvis karakter og indhold ikke kendes endnu.

Organisering af almen praksis: Kommissionen påpeger, at det paritetiske overenskomsttaftesystem medfører at udviklingen går for langsomt, at enkeltydelsesbetaling er en hindring for samlede patientforløb og at muligheden for videresalg af ydernumre er en alvorlig hæmsko for samlet rationel praksisplanlægning. Selskabet kan følge og tilslutte sig disse synspunkter og overvejelser.

Funktionsevne som primært mål for alle aktiviteter i sundhedsvæsenet: Selskabet finder at der mangler tilstrækkelig italesættelse af hvad formålet med ambitionen om sammenhængende patientforløb er. Fra et samfundsmedicinsk ståsted vil det primære formål med al form for forebyggelse, behandling og rehabilitering altid være patientens livskvalitet samt mulighed og evne til at fungere i sit liv, dvs. at alle indsatser i sundhedsvæsenet har som primært formål at sikre bedst mulig opretholdelse eller udvikling af patientens funktionsevne.

Organisatorisk understøttelse af samarbejde på tværs: Sammenhængende patientforløb kræver strukturer, der fremmer samarbejde på tværs af sektorer, fagligheder, administrative enheder og lovgivninger. Uanset hvilken opgavefordeling, der vælges for sundhedsvæsenet i fremtiden, vil der opstå nye snitflader til nærliggende områder og lovgivning. Det er væsentligt, at fremtidige strukturer understøtter kultur og motivation for det tværgående samarbejde, som er så afgørende for at skabe sammenhængende patientforløb uanset den konkrete opgave- og ansvarsfordeling. I den sammenhæng vil vi gerne henlede opmærksomheden på de allerede eksisterende succesfulde eksempler, som de Multidisciplinære Teamkonferencer-konferencer på kræftområdet og kommunernes beskæftigelsesmæssige rehabiliteringsteam, hvor strukturen understøtter, at det tværfaglige samarbejde organiseres omkring og med den enkelte patient eller borger.

Utilstrækkelig opmærksomhed på snitfladen til beskæftigelsesområdet: Fra et samfundsmedicinsk perspektiv er det tydeligt, at sundhedsstrukturkommissionen ikke i tilstrækkelig grad har haft øje for den støttende indsats i forhold til sundhedsmæssig behandling, som allerede finder sted på beskæftigelsesområdet. Kommissionen nævner under beskrivelsen af differentierende behandlingsindsatser, at "borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed tilbydes en mere håndholdt indsats" (side 22 og 133). Denne håndholdte indsats foregår allerede i den eksisterende beskæftigelsesindsats, hvor udsatte borgere på kontanthjælp, ressourceforløb, jobafklaringsforløb eller sygedagpenge støttes til at opnå relevant udredning og eventuel behandling samt kan sikres en aktiv håndholdt rehabiliterende støtte med både et sundhedsmæssigt og beskæftigelsesmæssigt sigte. Den samlede indsats i relation til jobcentrene har været udsat for kritik i den almene befolkning. Det bør imidlertid ikke skygge for de positive effekter af en øget sundhedsfaglig rådgivning i beskæftigelsesindsatsen og styrkelse af samarbejdet på tværs af forvaltningsområder i kommuner. I DASAMS har vi med den socialmedicinske indsats på beskæftigelsesområdet været vidne til, hvordan beskæftigelsesindsatsen kan være med til at fremme aktivitet i sundhedsområdet – og hvor vigtigt det er dette understøttes af viden og samarbejde med sundhedsvæsenet på regionalt niveau for at sikre at den aktivitet, som generes, er relevant og meningsfuld. Selskabet mener ikke, at vigtigheden af denne snitflade, er tydelig nok fremhævet i kommissionens rapport. Kommunernes håndholdte indsats for borgere med lave sundhedskompetencer bør anerkendes, støttes og videreudvikles.

Behov for evidens og dokumentation: Selskabet finder det principielt og generelt bekymrende, at evidens og dokumentation mangler for effekten af de foreslåede ændringer. Selskabet er opmærksom på, at beslutninger om sundhedsvæsenet på mange forskellige niveauer altid beror på mange forskellige perspektiver. Vi finder det dog afgørende, at man gør sig klare metodemæssige overvejelser, identificerer centrale usikkerheder ved store forandringer og sikrer gennemsigtighed og systematik i alt fra beslutninger til gennemførelse af mulige organisatoriske løsninger. Ligesom det er afgørende, at der fra starten planlægges grundig evaluering, monitorering samt løbende justering af de valgte løsninger. Det er gang på gang erfaret, at ændringer på et felt kan afstedkomme væsentlige og utilsigtede problemer andetsteds i en organisation. Her vil selskabet henlede opmærksomheden på, at der findes forskningsmæssige metoder som f.eks. evaluability assessment, som er udviklet til hurtigere at generere data og viden, der kan understøtte politiske beslutninger.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Betydningen af centrale begreber i kommissionens rapport

Selskabet er glad for at se begreber som funktionsevne, sundhedskompetence og social ulighed i sundhed anvendt i rapporten. Disse begreber er afgørende for at beskrive patientnære udfordringer og for at kunne iværksætte og prioritere relevante indsatser. Selskabet ønsker at bidrage med et fagligt perspektiv på disse begreber, da forståelsen af deres definition og anvendelse er essentiel for at sikre, at organisatoriske løsninger gavner patienter og kan evalueres effektivt.

Funktionsevne

Funktionsevne udspringer af den biopsykosociale-model og defineres ud fra WHO's ICF-model (International Classification of Functioning). ICF-modellen beskriver, hvordan helbredstilstanden påvirker funktionsevnen som defineres som de 3 følgende elementer, der også indbyrdes påvirker hinanden: 1) kroppens funktioner og anatomi, 2) aktiviteter og 3) deltagelse. Modellen inddrager også kontekstuelle faktorer og viser hvordan omgivelses- og personlige faktorer i lige så høj grad som helbredstilstanden påvirker funktionsevnen. Denne helhedsorienterede biopsykosociale tilgang er en central grundsten i det samfundsmedicinske speciale. Selskabet bemærker, at funktionsevne-begrebet ofte anvendes som "fysisk eller psykisk nedsat funktionsevne," hvilket er forståeligt, da dette stammer fra serviceloven. I andre sammenhænge bruges begrebet i forbindelse med rene genoptræningsindsatser, hvilket afspejler en forsimplet bio-mekanisk forståelse af funktionsevne. Dette illustrerer en mangel på forståelse af, at patienters/borgers funktionsevne afhænger af et komplekst biopsykosocialt samspil mellem helbredstilstand, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Kun ved at forstå, hvordan vores behandling påvirker patienterne/borgerne i deres hverdag, kan vi sikre, at den givne behandling faktisk gavner og ikke skader. Funktionsevnebegrebet har stort potentiale som organisatorisk mål for sundhedsområdet, da det kan sikre en relevant prioritering af indsatser.

Sundhedskompetence

Sundhedskompetence refererer til borgers evne til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed. Det inkluderer også evnen til kritisk at forholde sig til mødet med sundhedsprofessionelle og evnen til at kunne navigere i sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen nævner sundhedskompetence syv steder i rapporten, hver gang med henvisning til sundhedskompetencer på individniveau og i sammenhæng med differentierede behandlingsindsatser. Selskabet mener at sundhedskompetence har et langt større potentiale end det beskrives af kommissionen. I 2023 udgav Sundhedsstyrelsen en publikation om sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen, som beskriver otte veje til bedre organisatorisk sundhedskompetence, altså hvordan sundhedsvæsenet kan tilrette sig for at imødekomme patienternes/borgernes forskellige sundhedskompetencer. Set i lyset af sigtelinjen om at nedbringe social ulighed kan det undre, at opmærksomheden på organisatorisk sundhedskompetence ikke spiller en større rolle i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Selskabet mener, at et strukturelt fokus på at understøtte organisatorisk sundhedskompetence er afgørende for at kunne nedbringe social ulighed i fremtidens sundhedsvæsen.

Social ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed er gennemgående en væsentlig sigtelinje for kommissionen men på intet tidspunkt forholder man sig i rapporten struktureret til hvilke af de 12 determinanter for social ulighed i sundhed man med strukturændringer har i sinde at påvirke. Allerede i 2011 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten "*Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*". Af denne rapport fremgår de 12 determinanter for social ulighed som kan inddeles i tre overordnede grupper:

- 1) Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred (Børns tidlige udvikling dvs. kognitiv, emotionel og social, skolegang samt segregering og socialt nærmiljø)
- 2) Sygdomsårsager som påvirkes af social position (Indkomst = fattigdom, langvarig arbejdsløshed, social udsathed, fysisk miljø dvs. partikler og ulykker, arbejdsmiljø dvs. ergonomisk og psykosocial, sundhedsadfærd og tidlig nedsættelse af funktionsevne)
- 3) Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser (Sundhedsvæsenets rolle og det ekskluderende arbejdsmarked)



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Disse determinanter kan man med fordel lade være pejlemærker for de områder, hvor man understøtter udvikling for at imødegå den stigende sociale ulighed i sundhed.

Kommentarer til kommissionens modelforslag og tværgående anbefalinger

Selskabet tager ikke stilling til de tre modelforslag. Der er fra forskellige sider talt om at udvikle en fjerde model. I den forbindelse skal selskabet opfordre til, såfremt en eller evt. flere nye modeller udarbejdes mhp. vedtagelse af en plan eller politisk aftale forud for eller i relation til kommende lovforslag, at dette forslag analyseres i forhold til fordele og ulemper samt sendes i fornyet bred offentlig høring forinden.

Kommissionen har fremsat seks tværgående anbefalinger, som kan iværksættes uanset struktur og som derfor kan implementeres umiddelbart. Selskabet skal i korthed kommentere på disse.

Ad anbefaling 1 og 2

Selskabet støtter generelt disse forslag, og anbefaler umiddelbar implementering af disse. Dette vil i sig selv være store og krævende ændringer.

Ad anbefaling 3

Selskabet finder anbefaling 3 om en national sundhedsplan, der sætter en strategisk retning og herunder forslag 1-3, om tilpasning af fordeling af ressourcer relevante.

For så vidt angår **forslag 5** i anbefaling 3 vedr. forskning værdsætter selskabet ønsket om mere sundhedstjenesteforskning idet det er en kerneværdi i vores speciale, ligesom vi finder at et større forskningsmæssigt fokus på det primære sundhedsvæsen og forskning i "det virkelige hverdagsliv" væsentligt. Det er dog væsentligt fortsat at sikre grundforskning såvel som klinisk sundhedsfaglig og lægefaglig forskning i sygdomsprocesser, diagnostik, behandling og rehabilitering som udgør et væsentligt grundlag for udvikling af den sundhedsfaglige behandling herunder bedre muligheder for fx. helbredelse, overlevelse og bedre livskvalitet.

Selskabet har særlige betænkeligheder ved **forslag 6** i anbefaling 3 om at styringen af det højt specialiserede sygehusområde og ønsker at fremhæve, at flere af overvejelserne i rapporten vedrørende økonomiske og andre styringsredskaber og begrænsninger grundlæggende kan stride mod sundhedsvæsenets overordnede formål og sundhedslovens mål.

Selskabet vil gerne understrege, at den nuværende ordning med Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige uafhængighed med en dialogbaseret proces med alle relevante interessenter har medført gevinst for kvaliteten af behandlingen af patienterne på det specialiserede område, herunder det højt specialiserede område. Det er derfor væsentligt at Sundhedsstyrelsens kompetence på det specialiserede område ikke svækkes, ved en eventuel fremtidig justering af balancen mellem det specialiserede og det almene område.

I forhold til anbefaling 3 i øvrigt vil selskabet endvidere gøre opmærksom på, at landets socialmedicinske afdelinger allerede i dag har stor og god erfaring med, som regions-forankret funktion, at understøtte alle landets kommuner i helbredsmæssige vurderinger relateret til beskæftigelsesområdet. Vi ser mulighed for at denne eksisterende praksis fremtidigt vil være til inspiration for en mulig model for også at understøtte det kommunale sundhedsområde og muligvis almen praksis.

Ad anbefaling 4

Selskabet støtter generelt disse forslag om at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, herunder integreringen af psykiatrien med det somatiske sygehusvæsen, hvilket allerede blev anbefalet af Sundhedsstyrelsen i "*National strategi for psykiatri 2009*". Vi vil dog understrege vigtigheden af at fastholde den aftalte 10-årsplan for psykiatrien.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Ad anbefaling 5

Selskabet støtter umiddelbart denne anbefaling, og herunder de overvejelser vedr. dette som fremgår af bilag 15.

Ad anbefaling 6

Som udgangspunkt finder selskabet forslaget hensigtsmæssigt. Såfremt det besluttes at igangsætte et større og længerevarende reformarbejde, er det vigtigt at sikre hensigtsmæssig understøttelse og rådgivning til de organisatoriske enheder, hvor de besluttede ændringer skal implementeres.

DASAMS'-afsluttende bemærkning

Afslutningsvis vil DASAMS understrege, at organisation, struktur, incitamenter og ressourcer, både personalemæssige og økonomiske, kun er midler til at opnå de ønskede grundlæggende mål for indsatsen. Selskabet minder om, at formålet med sundhedsvæsenet er at forbedre og videreudvikle hele befolkningens sundhed samt forbedre sundhed og livskvalitet for hver enkelt patient, uanset socialstatus, alder og sygdommens sjældenhed eller hyppighed.

Uanset valg af fremtidige tilrettelæggelse af det danske sundhedsvæsen skal alle instanser, derfor som anført af WHO, have til formål at sikre forbedring af befolkningens sundhedstilstand i form af:

- et længere liv - med mindre dødelighed
- et sundere liv - med mindre sygelighed
- et rigere liv - med bedre livskvalitet
- lighed i sundhed - med mindre ulighed

Med venlig hilsen

Ane Bonnerup Vind
Forperson Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS)

06.08.2024



Dansk Selskab for Akutmedicin

c/o Sekretær for afdelingsledelsen
Anne-Sofie Pii, FAM Odense

Kløvervænget 25, indg. 63-65

5000 Odense C

DASEM's høringsvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) takker for invitationen til deltagelse i høringsrunden vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Telefon: +45 29880610

Web: DASEM.dk

E-mail: kontakt@dasem.dk

DASEM vil gerne anerkende kommissionens arbejde og analysen af det nuværende danske sundhedsvæsen. Her med fokus på ressourcebalancen, det tværsektorielle sammenspil, geografiske og sociale uligheder i sundhedstilbud samt den demografiske udvikling i fremtiden.

Behov for særligt fokus på akutområdet

DASEM finder det nødvendigt at give akutområdet (akut opstået sygdom/skade) en særlig opmærksomhed, da det er en ressourcekrævende opgave for det samlede sundhedsvæsen. Det kræver et agilt samarbejde mellem flere sektorer:

- Almen praksis
- Lægevagt
- Kommunernes akutberedskab
- Præhospital beredskab
- Akutmodtagelser
- Sygehusenes specialafdelinger

Den akutte patient påvirker ikke kun det akutte patientforløb, men også den samlede kapacitet i sundhedsvæsenet. Manglende opgaveløsning i det akutte forløb, øger belastningen og ressourcetrækket i de øvrige sektorer.

DASEM stiller sig til rådighed som fagligt selskab og sektorrepræsentant for det akutte patientforløb og det tværsektorielle samarbejde.

Executive summary

Denne opsummering fremhæver DASEMs anbefalinger om nationale standarder, ensartet visitation, øget tilgængelighed, styrket faglighed i akutmodtagelserne og integration af psykiatrien samt socialpsykiatrien, for at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen. (se desuden hoveddokumentet).

Nationale standarder for almen praksis og private speciallæger

DASEM anbefaler, at der udarbejdes nationale standarder for almen praksis og private speciallæger, herunder standardiseret opgavekatalog og sundhedstilbud for at sikre ensartethed og kvalitet, da der i dag er store forskelle i sundhedstilbuddene i almen praksis. Nationale standarder vil forbedre kvaliteten, sikre tilgængelige sundhedstilbud og standardisere opgavestyrelse i primærsektoren. Dette vil også øge patientsikkerheden, prioritering af ressourcer og ensartet visitation af akutte og subakutte patienter.

Ensartet visitation og forbedring af tværsektorielle forløb for akutte patienter

Ensartede standarder for visitation er nødvendige for at sikre en effektiv og korrekt behandling af akutte patienter. Almen praksis spiller en central gatekeeper-rolle, og det er essentielt at forbedre det tværfaglige samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren. Dette vil sikre, at patienter modtager det rette sundhedstilbud på det rette tidspunkt.

Øget tilgængelighed og national standard for subakutte tilbud

DASEM anbefaler minimumskrav til åbningstider og flere akutte konsultationstider dagligt. Dette vil øge fleksibiliteten og forbedre vurderingen af akutte patienter, således at patientens egen læge kan foretage den indledende behandling og henvise til rette tilbud. Øget tilgængelighed til subakutte tider i speciale-ambulatorier, er nødvendigt for at sikre rettidig og kvalificeret behandling af patienter.

Styrket organisatorisk og faglig integration af psykiatrien og socialpsykiatrien i det somatiske sundhedsvæsen

DASEM tilslutter sig kommissionens anbefaling om en stærkere integration af psykiatrien i det somatiske sundhedsvæsen. Dette inkluderer let tilgængelighed til speciallæger i psykiatri, for vurdering af akutte patienter med psykiatriske problemstillinger, samt øget tilgængelighed til subakutte psykiatriske tilbud. Integrationen af psykiatrien og somatikken vil sikre en mere effektiv og helhedsorienteret behandling, reducere akutte indlæggelser og forbedre håndteringen af patienter med komplekse psykiatriske lidelser.

DASEM anbefaler, at det socialpsykiatriske område også integreres, da der erfaringsmæssigt er en stor fællesnævner mellem somatik, psykiatri og misbrugsbehandling, der kræver en koordineret indsats.

Styrket faglighed og ensartet organisering af de danske akutmodtagelser

I akutmodtagelserne er der stor forskel i organisation og faglighed med få sundhedsprofessionelle specifikt uddannet til at vurdere og modtage akutte patienter. Akutte specialistkompetencer udgør således generelt en lille del af den tilstedeværende faglighed. DASEM mener at den nationale strategiplan på akutområdet bør tilstræbe at landets akutmodtagelser får en mere ensartet organisatorisk opbygning, styret af sundhedsfaglige med akutte specialistkompetencer, for at sikre høj og ensartet sundhedsfaglig kvalitet i brobygningen mellem det nære sundhedsvæsen og hospitalerne. DASEM mener, at denne strategi vil sikre en ensartet tilgang til de akutte patientforløb samt frigive specialistkompetencer og ressourcer til elektiv og subakut vurdering indenfor specialespecifikke områder (1)

Derudover henvises der generelt til DASEMs holdningspapir i 2024 som danner rammerne for selskabets holdning til akutmedicin i Danmark – nu og i fremtiden. (1)

På vegne af DASEMs bestyrelse

Hoveddokument (forslag til anbefalinger)

Anbefaling 1: Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

DASEM ser frem til, at opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud skal fastlægges og beskrives af de nationale myndigheder og ikke af den enkelte praktiserende læge eller sundhedsklynge. Aktuelt er der store forskelle i sundhedstilbuddene i almen praksis.

Almen praksis er involveret i størstedelen af de akutte patientkontakter og har en væsentlig gatekeeper funktion, der skal sikre en sundhedsfaglig vurdering og visitation til det rette sundhedstilbud. Det er essentielt, at der udstikkes en national standard og retning for primærsektoren, således at sundhedstilbud, akutte som subakutte, ikke varierer på tværs af eksisterende kommunale og regionale skel.

1. Behov for nationale standarder

- DASEM anbefaler, at etablere nationale standarder for almen praksis med det formål at ensarte kvaliteten, sikre tilgængelige sundhedstilbud og standardisere opgavestyring i primærsektoren.
- DASEM mener, at national standardisering vil medføre øget patientsikkerhed, øget prioritering og ressourceallokering samt ensartet visitation. Således at akutte patienter visiteres til akut vurdering i akutmodtagelserne og subakutte patienter visiteres til hurtige ambulante tider.
- DASEM mener at en national standard vil styrke fagligheden i almen praksis bl.a. ved fastlagte kompetencer og procedurer (fx. kateteranlæggelse, IV behandling mm.). Dette vil reducere den nuværende geografiske ulighed i sundhedstilbud.

2. Større tilgængelighed

- DASEM ser det som altafgørende, at almen praksis fremadrettet har et øget fokus på tilgængelighed for den enkelte borger ved følgende:
 - Minimumskrav til åbningstider (efter kl. 16.00)
 - Flere fastlagte akutte konsultationstider på daglig basis
- Ovenstående vil øge tilgængeligheden samt fleksibiliteten i vurderingen af den akutte patient i primærsektoren. Det er af stor værdi, at det er patientens egen læge, der vurderer og henviser til det rette tilbud på det rette tidspunkt. Således vil man imødekomme den akutte patient med det bedst mulige udrednings- og behandlingstilbud fra den, der kender patienten bedst.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

DASEM anerkender behovet for en stærkere national strategi og retning for digitalisering og sundhedsdata. DASEM mener, at der bør være fælles adgang til sundhedsdata tværsektorielt. På akutområdet er det afgørende at kunne indhente sundhedsdata for at undgå unødige genindlæggelse, utilsigtede hændelser og omkostningstung dobbelt diagnostik. En fælles adgang til alle sundhedsdata vil skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen med nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed som kendetegn.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

DASEM anerkender, at der er behov for en markant styrkelse af det primære sundhedsvæsen for at sikre kontinuerlig og tryk sundhedsfaglig kontakt til den samlede befolkning (se forslag i anbefaling 1). Derudover mener DASEM, at der bør være et særligt fokus på at udvikle sundhedstilbud i det tværfaglige akutområde mellem primær- og sekundærsektoren. Fokus på dette område er afgørende for at imødekomme den demografiske udvikling og ensartet sundhedstilbud og forløb for den akutte patient.

1. Faglig sparring og samarbejde med primærsektoren om rette sundhedstilbud på rette sted og tidspunkt

- Almen praksis er patientens vigtigste tovholder ved multisygdom og ved tværgående patientforløb, hvorfor tilgængelighed for faglig sparring og hjælp til diagnostik og behandling i højere grad end nu, skal understøttes fra sygehusene i et samarbejde.
- Dette forpligter alle sektorer. På akutområdet er sundhedsprofessionelle dybt afhængige af, at alle lever op til de opgaver, vi hver især har i forløbet for den akutte patient. For alle patienter er det nødvendigt at have fokus på at tilbyde det rette sundhedstilbud på det rette tidspunkt - med forståelse for effektiv anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer.
- DASEM ser det som afgørende, at de geografiske forskelle i lægedækning og deraf kommunale såvel som regionale forskelle i akutte og subakutte behandlingstilbud udjævnes. Det er vitalt for en kommende organisation, at den enkelte borger har adgang til egen læge som kan foretage indledningsvis behandling og en eventuel visitation mhp. vurdering i sekundærsektoren, hvis der er faglig indikation for vurdering i akutmodtagelsen eller direkte indlæggelse. Se anbefaling 1.

2. Tværsektorielt sammenhæng og samarbejde - akutmodtagelsens rolle

- Hvis den akutte gatekeeper rolle i almen praksis til sygehusene ikke er effektiv, eller hvis der mangler døgndækkende sundhedsfaglige kompetencer på eksempelvis akutpladser og plejehjem i kommunerne, vælges i dag alt for ofte løsningen at sende patienterne på hospital uden tilstrækkelig forudgående sundhedsfaglig vurdering. Dette medfører bl.a. et stigende antal 112 opkald, belastning af det præhospitale beredskab og i akutmodtagelserne samt ubalance mellem akuthospitalets kapacitet og patientindtag. Derved udfordres akuthospitalets sengekapaletet, hvilket vanskeliggør muligheden for at finde plads til patienter, der reelt har brug for indlæggelse. Specialafdelingerne oplever udfordring med at udskrive deres patienter til efterbehandling i et kommunalt sundhedstilbud.
- Når balancen mellem det nære sundhedsvæsen og hospitalerne skal redefineres, vil det være klogt at rette et særligt fokus på akutmodtagelserne. Den traditionelle forståelse er, at akutmodtagelserne er hospitalets hoveddør ved akut sygdom. Men det er også en enhed, der med den rette organisering og sikring af relevant faglighed, i højere grad vil kunne fungere som brobygger mellem de to sektorer, så samarbejdet løbende kan gå begge veje og effektiviseres. (2,3)

- **Akutmodtagelsens beslutningsdygtighed og samarbejde:**
 - Data (1) viser, at akutmodtagelserne for op mod 70% af de akutte patienter, udskrives efter et kort ophold og ikke behøver indlæggelse på en sengeafdeling. I et styrket tværgående samarbejde mellem almen praksis, kommunernes akuttilbud, akut hospitalsbehandling i patientens eget hjem og større tilgang til subakutte ambulante tider til vurdering ved specialist, vil dette tal kunne øges betragteligt. Herved vil hospitalernes speciale kompetencer også kunne anvendes mere effektivt og rationelt.
- **Tilstedeværelse af akutte generalistkompetencer:**
 - Præmissen for ovenstående er, at det kræver tilstedeværelse af sundhedsprofessionelle med kompetencer i alle akutte tilstande på alle tider af døgnet på akutmodtagelserne. Dels fordi de er specifikt trænet i at modtage patienter med akutte tidskriske tilstande og dermed sikrer hurtig og korrekt behandling. Dels fordi de er trænet i taktisk ledelse og har rutinen i daglig drift, der sikrer et patientsikkert flow i balance med det øvrige akutsygehus. Og ikke mindst fordi de har et lokalkendskab om, hvad der bedst muligt, i samarbejde med det nære sundhedsvæsen, kan finde individuelle løsninger for patienterne, uden at de behøver at blive indlagt på hospitalet. Læger med akutte generalistkompetencer er i stand til at være bindeled tværsektorielt og har erfaring med etablering af eksempelvis intravenøs behandlingstilbud i eget hjem eller på plejehjem, præhospitalt samarbejde (fx. udkørende enhed ifa. en mobil akutmodtagelse (MAM) eller præhospital visitationsenhed (PHV) til akut vurdering af patienter i eget hjem for at forebygge indlæggelse) og kendskab til behovet for rettidig omhu og Advanced Care Planning. (3,4,5,6,7)

3. Organisation af akutområdet og de danske akutmodtagelser

- De 21 akutmodtagelser har stor forskel i organisation og faglighed. Der er aktuelt generelt få specifikt uddannet til at vurdere og modtage akutte patienter. Således udgør akutte generalistkompetencer i akutmodtagelserne overordnet set en lille del af den tilstedeværende faglighed.
- DASEM mener at den nationale strategiplan på akutområdet bør tilstræbe at landets akutmodtagelser får en mere ensartet organisatorisk opbygning, styret af sundhedsfaglige med akutte specialistkompetencer, for at sikre høj og ensartet sundhedsfaglig kvalitet i brobygningen mellem det nære sundhedsvæsen og hospitalerne. DASEM mener, at denne strategi vil sikre en ensartet tilgang til de akutte patientforløb samt frigive specialistkompetencer og ressourcer til elektiv og subakut vurdering indenfor specialespecifikke områder. (1)

Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser og misbrug

Ved at integrere psykiatrien organisatorisk med det samlede sygehusvæsen kan vi sikre en mere effektiv, lige og kvalificeret håndtering af disse patienter. Der er et stort behov for at styrke fokus på sub-akutte psykiatriske tilbud for at sikre rettidig og kvalificeret hjælp til denne patientgruppe. Derudover vil DASEM anbefale, at også det socialpsykiatriske område integreres, da der erfaringsmæssigt er en stor fællesnævner mellem somatik, psykiatri og misbrug. Det er nødvendigt for at skabe sammenhæng i indsatsen omkring denne sårbare og udsatte patientgruppe, hvad enten vi taler akut sygdom, skade, kronisk sygdom, misbrugsbehandling eller forebyggelse. Indsats og tilbud skal være ensartede, organisatoriske og fagligt, på tværs af geografi (8).

- **Kvalificeret vurdering og visitation:**

Patienter med psykiatriske symptomer udgør en betydelig del af de akutte patienter i lægevagten og akutmodtagelser, og disse ender ofte i en gråzone uden de nødvendige tilbud. DASEM oplever en mangel på sammenhæng i forløb for patienter med psykiatriske lidelser, hvor psykiatrisk og somatisk behandling er spredt over flere matrikler. DASEM mener det er afgørende, at der er speciallæger i psykiatri til stede til vurdering af patienter med psykiatriske symptomer.

- **Behov for subakutte psykiatriske tilbud:**

For at kunne tilbyde en helhedsorienteret behandling er det nødvendigt med flere subakutte psykiatriske tilbud, for at kunne forebygge akutte indlæggelser. Disse tilbud skal rumme den kompleksitet, der ofte følger med psykiatriske lidelser.

Anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

DASEM kan konstatere, at et begrænset udbud af speciallæger har betydet u hensigtsmæssigt lange ventelister i forhold til udredning og behandling. For praktiserende speciallæger gælder samme udfordringer som i almen praksis, at der er store geografiske forskelle i sundhedstilbud nationalt.

- DASEM ser det som afgørende, at en større national standard etableres med fokus på en øget tilgængelighed af praktiserende speciallæger. Dette vil øge fleksibiliteten samt bibringe en øget kvalificeret faglig speciallægevurdering i de tidlige faser af en borgers udredningsforløb. Dette vil medføre en reduktion af ikke akutte henvendelser til sekundærsektoren.
- Afgørende er det, at man fastsætter nationale standarder for, hvilke udrednings- og behandlingstilbud, som skal tilbydes i primær- og sekundærsektoren, herunder hvilke private aktører/sundhedstilbud, som skal inkluderes i de nationale sundhedstilbud.

Fælles for ovenstående rammer for praktiserende speciallæger er, at der fortsat tages stilling til nationale standarder som fremført under anbefaling 1. Det er vigtigt, at man ved organisatoriske ændringer og planer for dimensionering er bevidst om den generelle mangel på visse speciallæger i sekundærsektoren, idet man ved et øget fokus på praktiserende speciallæger i primærsektoren risikerer en reduktion eller udhuling af den samlede kapacitet på nationalt plan

06.08.2024

Anbefaling 6: Et reformsekretariat der følger og understøtter implementeringen

DASEM mener, at en klar og veldefineret national implementeringsplan er afgørende for at sikre, at de forskellige initiativer inden for sundhedsreformen bliver gennemført effektivt og inden for de fastsatte tidsrammer.

Vi vil gerne understrege vigtigheden af, at reformsekretariatet arbejder tæt sammen med sundhedsprofessionelle, for at sikre, at de løsninger, der implementeres, er praktisk anvendelige og understøtter en høj kvalitet i patientbehandlingen. En tæt opfølgning og støtte til de lokale enheder vil være nødvendig for at sikre, at de ambitiøse mål nås, og at implementeringen sker i overensstemmelse med de nationale retningslinjer.

DASEM ser frem til at blive inddraget som fagligt selskab og sektor repræsentant i det fremtidige samarbejde.

Afsluttende bemærkning

DASEM oplever, at akutmodtagelserne konstant møder barrierer og forhindringer for at etablere gode tværsektorielle forløb i patienternes egen interesse. Med så forskellig styring i de enkelte sektorer uden kollektive forpligtelser og fastsatte nationale standarder, er det generelt kassetænkning og lokalpolitiske hensyn, der bestemmer, hvad der er muligt at tilbyde af sundhedsfaglige ydelser, og ikke den enkelte patients behov.

Afslutningsvis vil DASEM gerne sige kommissionen tak for den store indsats med rapporten.

Tilbage står, om der findes det politiske mod til at iværksætte og udmønte de nødvendige reformer, der understøtter kommissionens anbefalinger.

Referencer

1. Dajem.dk [Internet]. [cited 2024 July 31]. Dansk Selskab for Akutmedicin: Akutmedicin i Danmark, DASEMS's Holdningspapir 2024. Available from <https://dajem.dk/dajem-holdningspapir-2024-akutmedicin-i-danmark/>
2. Cheflæge: Når vi taler om at forebygge indlæggelser, skal vi huske, at man gerne må dø i Danmark - Dagens Medicin [Internet]. [cited 2024 July 31]. Available from: <https://dagensmedicin.dk/cheflaege-naar-vi-taler-om-at-forebygge-indlaeggelser-skal-vi-huske-at-man-gerne-maa-doe-i-danmark/>
3. Mens vi taler om at holde de ældre ude af hospitalerne, har et vestfyensk projekt næsten knækket koden - Dagens Medicin [Internet]. [cited 2024 July 31]. Available from: <https://dagensmedicin.dk/lmens-vi-taler-om-at-holde-de-aeldre-ude-af-hospitalerne-har-et-vestfyensk-projekt-naesten-knaekket/>
4. Mobile emergency department care to nursing home residents: a novel outreach service - PMC [Internet]. [cited 2024 July 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9978309/>
5. Nyt køretøj skal gøre det modsatte af ambulancerne – TV2 [Internet]. [cited 2024 July 31]. Available from: <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2024-06-04-nyt-koeretoej-skal-goere-det-modsatte-af-ambulancen>
6. Skorstengaard M, Grønvold M, Jensen A, Johnsen A, Brogaard T, Christensen C, et al. Advance care planning kan bruges til at planlægge pleje og behandling i forvejen. Ugeskr Læger. 2017.
7. Christensen HM, Pietersen PI, Laursen CB, Wittrock D, Nadim G, Jørgensen G, et al. Patients' perspectives on point-of-care diagnostics and treatment by emergency medical technicians in acute COPD exacerbations: A qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2022 Feb 19;30(1):11.
8. Mackenhauer J, Valentin JB, Mikkelsen S, Steinmetz J, Væggemose U, Christensen HC, et al. Emergency Medical Services response levels and subsequent emergency contacts among patients with a history of mental illness in Denmark: a nationwide study. European Journal of Emergency Medicine. 2021 Oct;28(5):363.

Dataetisk Råds hørings svar over sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Dataetisk Råd takker for høring over Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Rådet rådgiver Regeringen og Folketinget om dataetiske problemstillinger knyttet til spørgsmålet om, hvordan anvendelse af teknologier og data kan ske på en etisk forsvarlig måde, med udgangspunkt i borgernes rettigheder, retssikkerhed og grundlæggende samfundsmæssige værdier.

Dataetisk Råd anerkender det store arbejde, som Sundhedsstrukturkommissionen har lagt i den nye rapport og glæder sig over de mange tiltag vedrørende øget brug af data og teknologier i vores sundhedsvæsen. Samtidig kalder disse tiltag på nogle grundige dataetiske refleksioner. I Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering, er dataetik slet ikke nævnt, ligesom flere af de grundlæggende sundhedsetiske og dataetiske principper er meget nedtonede. Det er helt afgørende for sundhedsvæsenet og den øgede digitalisering, at borgerne har tillid til vores fælles sundhedsvæsen. Samtidig er det afgørende for borgerne, at de som patienter trygt kan aflevere deres sundhedsoplysninger til sundhedsmyndigheder, som skal behandle både dem og deres sundhedsdata. For at en ny sundhedsreform med øget digitalisering kan blive en succes, kræver det borgernes opbakning til digitale løsninger og anvendelsen af nye teknologiske muligheder. Der er derfor essentielt, at en ny og øget digitalisering af sundhedsvæsenet sker på en dataetisk forsvarlig måde. Det vil Dataetisk Råd med dette hørings svar gerne bidrage til.

Dataetisk Råd har i dette tilfælde valgt at afgive et hørings svar, fordi rådet har bemærkninger til flere dele af Sundhedsstrukturkommissionens forslag omkring

digitaliseringen af vores sundhedsvæsen. Alle referencer i nærværende hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering er til Hovedrapporten.

De centrale pointer i Dataetisk Råds bemærkninger kan sammenfattes som følger:

- Rådet anerkender de mange muligheder der er ved en øget central digitalisering af sundhedsvæsenet, men det kræver et dataetisk fundament. Herunder dataetiske overvejelser om datarelevans, ansvarlighed, gennemsigtighed, adgang, sikkerhed, kvalitet, samt primære og sekundære formål. Dataetikken bør være integreret som et væsentligt hensyn i den stigende digitale omstillingsproces af sundhedsvæsenet.
- Rådet ser positivt på forslaget om et mere nært sundhedsvæsen gennem implementeringen af digitale løsninger og nye teknologier, men opfordrer til en dataetisk afvejning af, hvordan digitalisering og sundhedsteknologier i hjemmet kan skabe både øget lighed og øget ulighed i adgangen til sundhedsydelser.
- Rådet mener at patient- og borgerperspektivet bør anskueliggøres mere i det digitaliserede sundhedsvæsen, især i forhold til borgernes rettigheder, dataejerskab og dataansvar. I det kommende arbejde med den nye sundhedsstruktur bør der, efter en grundig analyse af dataansvar, formuleres tydelige rammer for datarettighederne i de nye datainfrastrukturer.

På baggrund af disse bemærkninger, fremsætter Dataetisk Råd anbefalinger om; dataetikken i en national dataplatform, de sundhedsfagliges rolle i et digitaliseret sundhedsvæsen, digitale og teknologiske indsatser omkring det nære sundhedsvæsen, den øgede digitalisering af psykiatrien, forankringen af Digital Sundhed Danmark, rammerne for kunstig intelligens, borgernes rettigheder, dataejerskab og dataansvar, deling af journalnotater, sikringen af de digitalt udsatte borgere, samt mere generelle anbefalinger til dataetiske analyser.

I forbindelse med vores publikation "Dataetik – Sådan gør du"¹ har Dataetisk Råd præsenteret 10 centrale dataetiske værdier og principper som vejledning til en nuanceret dataetisk refleksion. Disse værdier og principper anvendes i dette hørings svar.

¹ Dataetik – Sådan gør du. Dataetisk Råd. Oktober 2021. Tilgængelig her: [Dataetik Sådan gør du \(dataetiskraad.dk\)](https://dataetiskraad.dk)

Dataetisk Råd har følgende bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering:

1. Centraliseret digitalisering af sundhedsvæsenet

Fra gennemgangen af sundhedsstrukturkommissionens afrapportering forstår rådet (jf. side 216), at en centralisering af digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet opfattes som et væsentligt tiltag i den nødvendige omstilling til et sundhedsvæsen præget af en højere grad af sammenhæng og nærhed for borgerne. Derved opfattes digitalisering som et middel til at skabe et mere bæredygtigt og forandret sundhedsvæsen, hvor sundhedsdata og -teknologier kan bidrage til en effektivisering af sundhedsydelser. Rådet er enig i de mange muligheder der er ved en øget central digitalisering af sundhedsvæsenet, men for at det kan blive en varig succes, kræver det at der er et dataetisk fundament i flere af de elementer, som indgår i en digital centralisering af vores sundhedsvæsen.

1.1. En National Dataplatform

Af sundhedsstrukturkommissionens afrapportering, fremgår det at et af de fem strategiske mål med en ny strategi for digitalisering og data er, at "En national dataplatform og den digitale infrastruktur skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet" og ligeledes beskrives det på side 219 at "Formålet med en national dataplatform er at samle data og stille data til rådighed for sundhedsvæsenet og gøre sundhedsvæsenet mere datadrevet."

Dataetisk Råd anerkender de mange mulige fordele der er for både folkesundheden, for den enkelte patient og for sundhedsvæsenet ved at samle de danske sundhedsdata i en national dataplatform. Herunder en bedre udnyttelse af sundhedsdata som en ressource, og en mere smidig oplevelse for de patienter der skifter mellem sektorer i deres behandlingsforløb. Ligeledes kan en national plan og strategi med de centrale tiltag opleves mere gennemskuelig at interagere med som borger og patient, frem for at skulle forholde sig til mange små lokale tiltag. Ud fra et dataetisk perspektiv kan det principielt være fordelagtigt med et samlet system for sundhedsdata, hvis det giver anledning til bedre *datasikkerhed*, blandt andet på grund af færre datadelinger og færre kopier af sundhedsdata i forskellige datasystemer.

Dog finder rådet, at samlingen af sundhedsdata i én platform er en gennemgribende ændring af det danske sundhedsdatasystem, som nødvendiggør en grundig dataetisk analyse. Indførelse af en national dataplatform forudsætter således en række

komplekse overvejelser om platformens form og struktur, som kommissionen kun i begrænset omfang behandler. Herunder dataetiske overvejelser om datarelevans, ansvarlighed, gennemsigtighed, adgang, sikkerhed, kvalitet, samt primære og sekundære formål.

Først og fremmest er visse data mere følsomme end andre data, ligesom den samlede mængde data kan spille en rolle for, hvilke informationer det er muligt at udlede af data. Derfor er der et væsentligt spørgsmål om inklusions- og eksklusionskriterier i forhold til hvilke sundhedsdata platformen skal samle, og om der vil være sundhedsdata, som er undtaget? Det er også afgørende at overveje og afklare, hvordan en national dataplatform bedst forankres i en myndighed.

For det andet giver en national dataplatform for sundhedsdata potentiel meget stor indflydelse hos den organisation eller myndighed, hvor den nationale dataplatform vil være forankret. Der bør derfor også forventes et meget højt niveau af *ansvarlighed* hos denne myndighed. De vil være ansvarlige ikke kun overfor sundhedsvæsenet, men overfor alle borgere og patienter, hvis data er en del af den nationale dataplatform. Det er derfor afgørende, at myndigheden institutionelt sikrer ansvarlighed i databehandlingen i den forstand, at myndigheden både internt og eksternt tydeliggør hvordan ansvaret for strategiske beslutninger og databehandling er placeret.

For det tredje skal samlingen og den efterfølgende behandlingen af data ske med tilstrækkelig *gennemsigtighed*. Det betyder at den ansvarlige myndighed, skal informere klart og forståeligt om behandlingen af data, databehandlingens formål, funktion, sikkerhed og begrænsninger. Her skal de datainfrastrukturer, som en ny national dataplatform bygger på, kunne forklares og retfærdiggøres overfor alle patienter, sundhedsfaglige og borgere.

For det fjerde skal der være grundige overvejelser omkring *dataadgang* og *sikkerhed*, herunder at de tekniske systemer er robuste og pålidelige. Der gælder både i opbevaring og deling af data, således at data ikke utilsigtet bliver tilgængelige for uvedkommende personer. Ligeledes skal det være klart, hvilke muligheder borgere bør have for at afvise adgang til deres data og for selv at kunne dele deres egne sundhedsdata med dataplatformen. Det skal samtidig være muligt at overvåge og udøve effektivt tilsyn og kontrol, så fejl og potentielle negative sociale eller etiske konsekvenser kan identificeres, evalueres, dokumenteres og minimeres.

For det femte er kvaliteten af danske sundhedsdata afgørende for korrekt behandling af patienter og udvikling af nye behandlingsformer. Etableringen af en national platform bør ikke medføre, at man går på kompromis med datakvaliteten, for eksempel for at kunne samkøre sundhedsdata. Samlingen af sundhedsdata i en national dataplatform bør derfor sikre den højest mulige datakvalitet, herunder stille relevante og klare kvalitetskrav til de data som integreres.

For det sjette er det uklart, om der er tale om en platform til primær brug (behandling) eller sekundær brug (forskning). Det er i dag reguleret under forskellig lovgivning og det vil være en stor opgave effektivt at styre en kombination af adgange og regler. Herunder, hvordan der sikres korrekt adgang til både cpr-numre og kombinerede sundhedsinformationer til primær brug, og samtidig sikres at al data er helt anonymiseret og minimeret til sekundær brug.

Endelig vil rådet vil understrege, at det som nævnt ser fordele ved at samle sundhedsdata i en national dataplatform. Etableringen giver samtidig mulighed for, at man foretager de nødvendige dataetiske overvejelser, og definerer nationale standarder for etisk behandling af sundhedsdata, som også vil være nyttige for andre dele af sundhedsvæsenet. Dataetisk Råd anbefaler i denne forbindelse, at dataetikken bliver tænkt ind allerede i planlægningsfasen af en national dataplatform. I Hovedrapporten på side 217, beskrives det hvordan "Sundhedsstrukturkommissionen erkender, at en digital transformation er en vanskelig og tidskrævende omstillingsproces. Den berører mange forskellige områder og aktiviteter på tværs af sundhedsvæsenet og skal balancere forskellige hensyn." En sådan afvejning af forskelligartede hensyn er kernen i den dataetiske analyse. Derfor anbefaler rådet at dataetikken netop bliver integreret som et af de områder, der skal tages hensyn til i den digitale omstillingsproces af sundhedsdata til en national dataplatform. Hertil vil Dataetisk Råd også gøre opmærksom på det samkøringsværktøj som rådet lancerede i oktober 2023², og som gennem et dataetisk vurderingsskema og en konsekvensanalyse kan give en dataetisk vurdering, der går ud over de lovgivningsmæssige krav, og kan være helt afgørende for befolkningens tillid til en ny national dataplatform.

² "Samkøring af data". Dataetisk Råd 2023. Tilgængelig her: [Samkøring af data | Dataetisk Råd \(dataetiskraad.dk\)](https://dataetiskraad.dk)

1.2. De sundhedsfaglige i et digitaliseret sundhedsvæsen

Når der skal implementeres flere teknologier og mere digitalisering i sundhedsvæsenet, er det helt oplagt at inddrage de medarbejdere, der skal håndtere det i praksis. Derfor glæder det også rådet, at inddragelse af medarbejdere, ledere og de sundhedsfaglige miljøer prioriteres (jf. side 217). Samt hvordan der, ud over kompetencer indenfor digitalisering og data, også er fokus på de faglige miljøer og kompetencer fra sundhedsvæsenets daglige drift som led i at sikre, at strategiens retning for digitalisering og data hænger sammen med de sundhedsfaglige retningslinjer og arbejdsgange lokalt (jf. side 212).

Dog mener rådet også, at man bør overveje, hvordan inddragelsen sker. En ny organisering af digitalisering og data i vores sundhedsvæsen, er en oplagt mulighed til at revurdere teknologisynet i sundhedsvæsenet. Rådet anbefaler at der i højere grad etableres en praksis for, at det er de sundhedsprofessionelle der inddrager data- og teknologiekspertter, når de skal finde nye løsninger i deres arbejdsgange, frem for omvendt. Det kan bidrage til at sikre, at de sundhedsfaglige medarbejdere stadig har *selvbestemmelse* i deres (digitale) arbejdsliv, og at de oplever at kunne tage det rette faglige ansvar i forhold til både patient og sundhedsdata. Samtidig skal det ske i samspil med den relevante sundhedsfaglige ledelse, således at ledelsen opbygger kompetencerne til at vurdere og efterspørge de nødvendige digitale løsninger. Dermed kan det sikres, at nye strategier for digitalisering forankres internt fra starten og at sundhedsvæsenet samtidig har øje for de områder og tidspunkter, hvor digitaliseringen vil gøre en direkte positiv forskel. Rådet mener, at dette teknologisyn bør være et bærende element i en ny strategi for digitalisering og data i sundhedsvæsenet.

Endelig vil rådet her bemærke, at hvis man fra en central digital organisation bestemmer, hvad der skal udvikles og hvordan det skal fungere, kan det være svært at sikre en sammenhæng til både de generelle sundhedspolitiske ambitioner og især til den lokale sundhedsfaglige udvikling og de sundhedsfaglige behov. Derfor anbefaler rådet, at der gennemføres analyser af den værdiskabelse, som digitaliseringen faktisk vil have for de sundhedsfaglige og for patienterne.

1.3. Det nære sundhedsvæsen gennem digitalisering

I gennemlæsningen af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering, forstår rådet at sundhedsstrukturkommissionen har en samlet tilgang til et mere nært sundhedsvæsen gennem digitalisering. I Hovedrapporten på side 212 anføres det

således, hvordan "Digitale sundhedstilbud skal [...] bidrage til, at borgerne kan få sundhedstilbud i eller tæt på eget hjem og blive understøttet i at være aktive medspillere i egen behandling. I fremtidens sundhedsvæsen kan borgere i langt højere grad blive diagnosticeret, behandlet og genoptræne i eller tæt på eget hjem, bl.a. ved hjælp af hjemmemonitorering, data fra deres egne enheder og apps, sensorteknologi, kunstig intelligens og datadeling på tværs af sektorer.". Denne tilgang er også integreret i afrapporteringens Hensyn 2 "Et sundhedsvæsen, hvor borgerne har let adgang til relevante sundhedstilbud".

Dataetisk Råd ser positivt på forslaget om et mere nært sundhedsvæsen gennem implementeringen af nye teknologier. Ud fra et dataetisk perspektiv, er det selvfølgelig fordelagtigt, hvis et mere nært sundhedsvæsen kan bidrage til at øge en *lighed* blandt patienterne, hvilket også bemærkes i Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Digitaliseringen kan eksempelvis give de patienter, som tidligere har haft svært ved at komme til egen læge, enten pga. geografiske eller sundhedsrelaterede udfordringer, bedre muligheder for at få behandling gennem digitale sundhedstjenester, uden at skulle forlade eget nærmiljø. Ligeledes er det vist, at det ofte er relevant og værdifuldt at inkludere især sårbare patienter i hjemmebehandlingsindsatser³. Rådet ser derfor et stort potentiale i dette tiltag.

Omvendt vil rådet påpege risikoen for, at det nære sundhedsvæsen også kan øge en *ulighed* blandt patienter og borgere. Det kan være tilfældet, hvis adgangen til sundhed bliver afhængig af patienternes tekniske evner. Da det nære sundhedsvæsen til dels implementeres gennem øget brug af teknologiske løsninger, som borgere og patienter selv forventes at interagere med, risikeres det at digitalt udsatte borgere får besværet, og dermed begrænset, deres adgang til sundhedsydelse (se også afsnittet om "Sikring af de digitalt udsatte" i nærværende hørings svar). Det er for Dataetisk Råd et centralt dataetisk hensyn, at nye sundhedsteknologiske tiltag ikke i praksis må føre til dårligere sundhedstilbud til de patienter, der har vanskeligt ved at anvende teknologien.

Endelig vil rådet anbefale, at digitale og teknologiske indsatser omkring det nære sundhedsvæsen skal fungere som en del af et sammenhængende patientforløb, og ikke ses som et tilbud ved siden af det gængse behandlingstilbud.

³ "Hjemmebehandling til patienter i sårbare positioner - Erfaringer fra patienter med KOL, psykisk sygdom og diabetes". Center for Patientinddragelse, Region Hovedstaden. Februar 2024.

1.4. Øget digitalisering i psykiatrien

Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering præsenterer et større fokus på en styrkelse af sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Herunder Forslag 3 om styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien (jf. side 257). Rådet forstår på kommissionens analyse, at der kan være mange gevinster ved digital psykiatri, herunder en mere lige, nemmere og hurtigere adgang til psykiatrisk behandling. I det omfang disse gevinster kan indfries, støtter rådet op om at udvikle digitale løsninger i psykiatrien.

Rådet vil dog samtidig bemærke, at en digitalisering af psykiatrien kræver en balance mellem det digitale og det menneskelige. Det er også en af de centrale pointer i en netop udkommet spørgeskemaundersøgelse om patienters erfaringer med og holdning til digitale værktøjer i psykiatrien⁴. I denne undersøgelse bemærkes det, at størstedelen af målgruppen har adgang til teknologier, især smartphones, men også at der er en skepsis over for digitale værktøjer, som hænger sammen med en frygt for at digitale værktøjer erstatter behandlerkontakt med fysisk fremmøde. Rådet vil derfor igen påpege vigtigheden af at nye digitale løsninger udvikles og implementeres på baggrund af grundig overvejelse af, hvordan de vil stille de relevante patientgrupper i praksis, samt at disse patientgrupper bliver inddraget løbende i processen. Samtidig kommer rapporten med en række anbefalinger, herunder til hvordan digitale sundhedstilbud ikke helt må erstatte andre former for behandlingstilbud. Dataetisk Råd opfordrer til at disse anbefalinger vil blive taget med i de kommende politiske samtaler om en digitalisering af psykiatrien.

1.5. Digital Sundhed Danmark

Rådet forstår ud fra Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 2, forslag 2 (jf. boks 2.5 side 30), at det foreslås at etablere en ny fælles, national service- og leveranceorganisation for hele sundhedsvæsenet kaldet Digital Sundhed Danmark. Hertil beskrives det, hvordan organisationens ansvar vil omhandle de fælles digitale løsninger for borgere, den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Rådet bemærker samtidig at kommissionen ikke kommer med konkrete forslag til organisering af Digital Sundhed Danmark, ud over en

⁴ "Perspektiver på digital psykiatri: En spørgeskemaundersøgelse om patienters erfaringer med og holdning til digitale værktøjer i psykiatrien". Emilie Kristine Dyrlev. Århus Universitet. Juni 2024.

tæt kobling til drift og en statslig sikring af sammenhæng mellem strategien for Digital Sundhed Danmark og den overordnede nationale retning for sundhedsvæsenet. Rådet vil i denne henseende bemærke, at Digital Sundhed Danmark vil bære et stort ansvar for den digitale centralisering af sundhedsvæsenet. Rådet vil derfor indledningsvist anbefale at der især afklares myndighedstilknytning, opgaveportefølje, organisationsform og ejerforhold før Digital Sundhed Danmark implementeres.

Desuden vil rådet anbefale at Digital Sundhed Danmark gør grundige overvejelser omkring, hvordan brugerfladerne for både borgere og sundhedsprofessionelle udformes. For at opretholde dataetiske værdier som privatliv og dataminimering, er det vigtigt at der her udformes fagspecifikke brugerflader, så de sundhedsprofessionelle kun præsenteres for de oplysninger, som de skal bruge i den konkrete situation. Dermed vurderes behovet for databehandling stadig ud fra et reelt og lokalt behov, også når data er centraliseret.

1.6. Kunstig intelligens

Rådet støtter op om vigtigheden af at overveje potentialer og udfordringer ved anvendelsen af kunstig intelligens og teknologier baseret på kunstig intelligens, som Sundhedsstrukturkommissionen også adresserer (jf. boks 8.6 på side 188 og boks 10.1 på side 213). Hertil vil rådet anbefale, at der i arbejdet med rammerne for anvendelsen af kunstig intelligens også gøres brug af kompetencer specifikt indenfor dataetikken, ligesom kommissionen også foreslår det for jura, etik, dataanalyse og IT-udvikling. Mulighedsrummet for kunstig intelligens i sundhedssektoren spænder vidt lige fra allokering af sengepladser til forestillinger om AI-robotlæger i hjemmet. De dataetiske overvejelser spænder tilsvarende bredere, end det er muligt at redegøre for i dette hørings svar. Rådet vil dog bemærke vigtigheden af, at arbejde systematisk med etik og dataetik i udviklingen og integreringen af kunstig intelligens i sundhedssektoren, og med inddragelse af eksisterende viden og anbefalinger om kunstig intelligens i sundhedssektoren og den rette videnskabelig litteratur på området⁵.

⁵ Se eksempelvis Morley, Jessica, et al. "The ethics of AI in health care: a mapping review." *Social Science & Medicine* 260 (2020): 113172. og Li, F.; Ruijs, N.; Lu, Y. *Ethics & AI: A Systematic Review on Ethical Concerns and Related Strategies for Designing with AI in Healthcare*. *AI* 2023, 4, 28–53.

2. Patient- og borgerperspektivet

I rådets analyse af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering noteres det, hvordan patient- og borgerperspektivet er fremtrædende og velargumenteret i flere dele af rapporten. Dog bemærker rådet, at patient- og borgerperspektivet er mere nedtonet eller helt fraværende i de afsnit, der omhandler både den øgede digitalisering og den nye organisering af digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Når kommissionen forventer at digitalisering og behandling i eget hjem skal være med til at fremtidssikre sundhedsvæsenet og nærhed i sundhed, er det vigtigt at borgere og patienter bliver medtænkt så digitaliseringen og teknologierne får den rette plads i hjemmet.

Samtidig er sundhedsdata følsomme data. Det er de jf. GDPR-lovgivningen, men de er det også i en dataetisk forstand. En forudsætning for, at sundhedspersonalet kan stille korrekte diagnoser, komme med relevante forslag til behandling og følge op på denne er, at patienterne er villige til dele alle de relevante informationer om deres helbred. Det er altså i patientens egen interesse at dele informationerne og patienterne bør altid have den primære gavn af databehandlingen. Derfor er tilliden til, at sundhedsvæsenet behandler patientinformationer ordentligt, altafgørende for både patienter og for sundhedsvæsenet.

2.1. Borgernes rettigheder, dataejerskab og dataansvar

Rådet forstår ud fra Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering, at patienters og borgers rettigheder i sundhedsvæsenet er helt centrale. Det gælder især patientrettighederne, hvor der på side 154 er beskrevet, hvordan "Patienter er sikret en række rettigheder, som er beskrevet i sundhedsloven. Rettighederne vedrører bl.a. informeret samtykke, tavshedspligt, aktindsigt i egen journal og retten til at fravælge behandling." Derudover omhandler patientrettighederne især retten til frit valg, herunder sygehusvalg. Rådet vil her påpege, at der ud fra et dataetisk perspektiv også bør implementeres patientrettigheder i forhold til databehandling i det danske sundhedsvæsen. Herunder at patienterne har ret til medbestemmelse i forhold til hvordan deres sundhedsdata behandles og en frihed til at vælge til og fra. Derfor anbefaler Dataetisk Råd at der i det kommende arbejde med den nye sundhedsstruktur formuleres tydelige dataetiske rammer for datarettighederne i datainfrastrukturer, baseret på gældende dansk og europæisk lovgivning.

Ligeledes er dataejerskab og dataansvar to helt centrale emner for dataetikken, som ikke er analyseret i dybden i sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. I Hovedrapporten på side 227, beskrives det hvordan der med "...etableringen af Digital Sundhed Danmark er behov for en grundig analyse af de juridiske forudsætninger og potentielle udfordringer for Digital Sundhed Danmarks opgavevaretagelse. Det gælder bl.a. overvejelser om dataejerskab. Overvejelser om dataejerskab er ikke mindst relevant ved samling af systemejerskab for EPJ- og EOJ-systemerne og den påtænkte nationale dataplatform i Digital Sundhed Danmark". Her vil rådet henvise til at ejerskab over data er en væsentlig og vanskelig dataetisk diskussion, og at man bør være meget påpasselig med at give udtryk for at specifikke organisationer kan eller bør have ejerskab over borgeres og patienters sundhedsdata. Rådet vil her anbefale en grundig analyse af *ansvarlighed* overfor data (jf. GDPR) når det kommer til de forskellige organisationers rollefordeling og opgavevaretagelse. Det skal samtidig være muligt at stille mennesker til ansvar for databehandling og det skal i alle led være klart hvem, der er ansvarlige når vores sundhedsvæsen i stigende grad digitaliseres.

2.2. Journalnotater i en national dataplatform

Rådet forstår, at der i den nationale dataplatform og den digitale infrastruktur også vil indgå journalnotater (jf. side 225), samt at organiseringen af Digital Sundhed Danmark skal understøtte innovation i sundhedsvæsenet og samle drift af større IT-fagsystemer på tværs af sektorer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer, og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen (jf. side 222). Ligeledes beskrives der i "Samling af ansvar for digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen" (jf. side 224) deling af data og journalnotater fra det primære sundhedsvæsen.

Rådet vil her bemærke, at deling af journalnotater, især fra den primære sundhedssektor, kræver en omhyggelig afvejning af flere, og til tider modsatrettede, dataetisk hensyn. Erfaringer fra den sekundære sundhedssektor viser, at deling af journalnotater kan være til stor glæde for patienter, pårørende og sundhedspersonale. I den sekundære sundhedssektor gælder i dag, at patienterne har adgang til at se journalnotaterne og kan vælge, at de ikke skal deles og eksplicit også vælge, at bestemte sundhedsfaglige personer eller organisationer ikke skal have adgang. Det kan tilgodese dataetiske hensyn som autonomi og *selvbestemmelse*, at patienter gives denne viden og kontrol med hvilke af deres sundhedsinformationer der videregives og hvordan.

Journalnotater udgør imidlertid ofte meget følsomme data, fordi de ikke blot informerer om, hvilke sygdomme og diagnoser en patient måtte have, men også informerer om, hvordan patienten personligt forholder sig til denne sygdom, og i nogle tilfælde også, hvordan de har det med deres tilværelse ud over sygdom og sundhed. Det er væsentligt, at disse informationer ofte er delt i et værdifuldt fortrolighedsforhold mellem patient og fx almen praktiserende læge, hvor en åben og ærlig dialog kan være afgørende for et korrekt forhandlingsforløb. Det gælder ligeledes i det kommunale sundhedsvæsen, hvor sundhedsinformationerne til tider kommer direkte fra hjemmet og hvor borgerne kan være i kontakt med flere dele af de kommunale tilbud. Fordi journalnotater ofte udgør særligt følsomme oplysninger, og for at beskytte de værdifulde fortrolige relationer, som sådanne oplysninger ofte er indhentet i, er det vigtigt, at der bliver taget hensyn til patienternes *privatliv*. Ikke kun i en juridisk forstand, men også i en dataetisk forståelse.

Sammen med en grundig afvejning af de dataetiske hensyn der er i deling af journalnotater fra den primære sektor, vil rådet opfordre til, at disse praksisser altid implementeres og gennemføres med et højt niveau af *gennemsigtighed* omkring, hvordan de informationer patienter måtte dele med sundhedsprofessionelle noteres, opbevares, anvendes og deles.

2.3. Sikring af de digitalt udsatte

I Sundhedsstrukturkommissionens forslag om en strategi for digitalisering og data (forslag 1 i boks 2.5 på side 29) præsenterer kommissionen fem strategiske mål for den digitale transformation af sundhedsvæsenet, hvor der i de to første beskrives at 1) Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne; og 2) Borgerne skal let og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt (jf. side 30). I dette ligger der en implicit forventning om, at borgere har en mulighed for at tilgå og anvende digitale sundhedstilbud. Men en god del af de danske borgere kan betegnes som digitalt udsatte – borgere som af mange forskellige årsager ikke kan anvende digitale løsninger. Tidligere estimerer viser at digitalt udsatte udgør 17–22 pct. af den voksne befolkning⁶, og at knap hver tiende oplever, at det er svært at anvende myndighedernes digitale løsninger⁷. Så det er altså et betydeligt antal danske borgere, og der er med stor sandsynlighed flere digitalt udsatte borgere blandt de

⁶ "Digital inklusion i det digitaliserede samfund". Digitaliseringsstyrelsen og KL. April 2021.

⁷ "Rettigheder i den digitale velfærdsstat". Institut for Menneskerettigheder. 2023.

patientgrupper, der bruger sundhedsvæsenet mest. Det er i denne forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at gruppen af digitalt udsatte er heterogen og omskiftelig. Borgere kan være digitalt udsatte i varierende grader og i ubestemte eller bestemte perioder, enten fordi de forbedrer deres digitale kompetencer, eller fordi deres digitale kompetencer svækkes, fx under et sygdomsforløb. Endelig viser en analyse fra 2023⁸, at de digitalt udsatte ikke nødvendigvis selv opfatter at have lave digitale kompetencer, og det er derfor komplekst at sikre, at de rigtige borgere får den rigtige digitale støtte.

Med udgangspunkt i ovenstående og rapporterne fra Justitia⁹ og Institut for Menneskerettigheder⁷, anbefaler rådet at:

- Digitale selvbetjeningssystemer generelt skal være et tilbud til borgerne i stedet for et krav.
- Der skal være et ikke-digitalt alternativ med mindst lige så høj kvalitet af sundhedsydelse, som det digitale.
- Det skal være muligt enten at kunne anvende ikke-digitale alternativer over en længere eller kortere periode, alt efter grundlaget for at være digitalt udsat.
- Der bør udvikles vejledninger, der sikrer, at myndighederne overholder forvaltningsrettens eksisterende retsgarantier i udviklingen og implementeringen af borgerrettede digitale løsninger.
- Der skal være god og struktureret adgang til at få personlig digital træning til borgere, som gerne vil lære at anvende digitale selvbetjeningssystemer, ligesom der bør være adgang til personlig digital hjælp til borgere, som ikke er i stand til at blive digitale, men alligevel ønsker at benytte sig af de digitale muligheder uden involvering af et eventuelt personligt netværk.
- Der samtidig bør igangsættes flere undersøgelser af brugen af både formelle og uformelle sundheds- og omsorgsgivere som digitale støttepersoner, samt grundige tiltag til at sikre deres kompetencer som digitale støttepersoner for digitalt udsatte borgere.

Endelig anbefaler rådet at det undersøges yderligere, hvem de digitalt udsatte på sundhedsområdet er og at de digitalt udsatte inddrages i udviklingen af digitale initiativer, så det sikres at de får adgang til sundhedsydelser på samme niveau og med samme kvalitet, som de borgere der anvender digitale løsninger uden problemer.

⁸ "ADD-projektets befolkningsundersøgelse". Algoritmer, Data & Demokrati (ADD-projektet). 2023.

⁹ "Rapport: Retssikkerhed for digitalt udsatte borgere". Justitia. 2022

3. Afsluttende bemærkninger

3.1. Dataetisk konsekvensanalyse

Dataetisk Råd vil benytte lejligheden til at minde om, at rådet generelt anbefaler, at der redegøres for de dataetiske konsekvenser af ændringer i bekendtgørelser og lovforslag. Dataetiske konsekvensanalyser sætter fokus på værdier og principper, som blandt andet velfærd og demokrati, værdighed, selvbestemmelse, lighed, gennemsigtighed, sikkerhed og privatliv. Dataetiske konsekvensanalyser kan således hjælpe med at bringe fordele, ulemper og utilsigtede konsekvenser ved lovforslag frem i lyset, og dermed bidrage til, at beslutninger tages på et mere kvalificeret grundlag. Dette gælder naturligvis i særlig grad ændringer og forslag, som angår persondata.

Dataetisk Råd kan i den forbindelse henvise til rådets værktøj '[Dataetik – Sådan gør du](#)', der operationaliserer identificeringen og stillingtagen til dataetiske dilemmaer.

3.2. Dataetisk Råd

Dataetisk Råd vil slutteligt lykønske Sundhedsstrukturkommissionen samt indenrigs- og sundhedsministeren med en flot afrapportering. Rådet ser frem til at følge de kommende politiske forhandlinger omkring en ny sundhedsstruktur i Danmark. Dataetisk Råd står i den forbindelse klar til at assistere regeringen og Sundhedsstrukturkommissionen med rådgivning og vejledning for at sikre en dataetisk forsvarlig implementering af nye teknologier og digitaliseringstiltag i sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen på vegne af Dataetisk Råd,

Johan Busse



Formand
Dataetisk Råd

Hørings svar

Sundhedsstrukturkommissionens rapport

DCCC's faglige udvalg har imødeset Sundhedsstrukturkommissionens rapport og takker for muligheden for at komme med input til rapporten og anbefalingerne.

DCCC - det forpligtende samarbejde om forskning og udvikling af kræftområdet - blev etableret i 2017 af Sundheds- og Ældreministeriet og Danske Regioner, som en del af kræftplan IV med en stående bevilling på finansloven. Formålet var at styrke det nationale samarbejde på kræftområdet, herunder sikre hurtig omsætning af forskningsresultater til klinisk praksis, til gavn for danske kræftpatienter på tværs af landet.

Det er DCCC's vision, at alle danske kræftpatienter skal have adgang til den bedste og forskningsbaserede diagnostik, behandling og opfølgning. Vi er overbevist om, at et stærkt nationalt samarbejde er med til at sikre en høj og ensartet kvalitet på tværs af forskning og klinisk praksis.

Derfor er vi i det faglige udvalg også optagede af, at der i arbejdet med fremtidens sundhedsstrukturer er en særskilt opmærksomhed på, at arbejdet vil få betydning for strukturerne for den borgernære forskning i sundhed. Forskning som selvstændigt område er fraværende i den opgave, som Kommissionen blev stillet af regeringen i forbindelse med Kommissionens nedsættelse i marts 2023. Dette til trods er det uomtvisteligt, at ændringer i sundhedsstrukturerne vil påvirke både muligheder og barrierer for sundhedsforskning i Danmark – og derigennem også patienters fremtidige sundhedstilbud.

Opmærksomhedspunkter

DCCC's faglige udvalg har derfor følgende væsentlige opmærksomhedspunkter til Kommissionens anbefalinger:

Det historiske løft af kræftbehandlingen i Danmark har i høj grad været båret af stærke, hospitalsbaserede forskningsmiljøer. Den kliniske forskning er afgørende for afprøvningen af nye behandlinger, som potentiel har bedre virkning, færre bivirkninger og er mere omkostningseffektive. Samtidig understøtter forskningen, at der følges op, og at vi undersøger, om de eksisterende behandlingsmetoder, procedurer og plejeindsatser lever op til de forventninger, vi har til dem – så vi kan tilbyde patienterne det bedste evidensbaserede forløb, real-life experience forskning.

Uanset hvordan sundhedsvæsenet bliver organiseret fremadrettet, står det klart, at fremtidens kræftpatienter vil opleve, at en større andel af deres kræftforløb foregår i det primære sundhedsvæsen. Derfor vil det være rettidig omhu at indtænke den grundlæggende forskningsinfrastruktur i organiseringen af det almenmedicinske tilbud, så der i højere grad bliver forsket og innoveret i hele patientforløbet. En eventuel reorganisering giver mulighed for at tænke behovet for interventions- og følgeforskning ind fra start, så forskningspotentialet i det primære sundhedsvæsen kan realiseres til gavn for alle danske patienter.

DCCC's faglige udvalg mener desuden, at der bør formuleres grundlæggende og basale rammevilkår for den klinisknære forskning, uanset sygdomsområde.

Det er helt afgørende, at vi – uanset forvaltningsmodel – har øje for, at der er grundlæggende muligheder for at gennemføre uafhængig sundhedstjenesteforskning og klinisk forskning. I den forbindelse er det vigtigt at

holde sig for øje, at for nogle patienter er deltagelse i et klinisk forsøg ikke blot det rette behandlingstilbud, men også det eneste behandlingstilbud. Avanceret immunterapi til behandling af modermærkekræft er et godt eksempel på en behandling i et klinisk forsøgsdesign, som har højnet overlevelsen for den pågældende patientgruppe. For andre patienter, eksempelvis de mest skrøbelige kræftpatienter, så er det igennem den kliniske forskning, at de bliver mødt med tilbud om målrettet træning, så de bedre kan klare sig igennem den efterfølgende operation.

Derfor er det vores overbevisning, at de fremtidige forvaltningsstrukturer og økonomiske incitament er skal indrettes, så der ikke skabes barrierer for, at patienterne kan tilbydes de relevante kliniske studier – uanset hvor i landet, de bor.

DCCC har som organisation stor indsigt i forskningens logikker og praksis – og dette gælder både inden for såvel som på tværs af sektorer. Vi arbejder med at sætte dagsordener og skabe fremdrift indenfor hele kræftforløbet, fra tidlig opsporing til senfølger, rehabilitering og palliation. DCCC og det faglige udvalg stiller sig gerne til rådighed i den videre proces.

På vegne af det faglige udvalg for DCCC

Med venlig hilsen

Henrik Frederiksen
Formand

&

Helle Pappot
Næstformand

Professor, overlæge
Hæmatologisk Afdeling
Odense Universitetshospital

Professor, overlæge
Afdeling for Kræftbehandling
Rigshospitalet



Juli 2024

Att. sum@sum.dk

DKDKs høringsvar: Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

DKDK kvitterer for muligheden for at afgive høringsvar på sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

DKDK's bestyrelse er enige i sundhedsstrukturkommissionens analyse af problemerne i det danske sundhedssystem - særligt deler vi bekymringen over den geografiske og sociale ulighed i sundhed, men også ønsket om en meget bedre sammenhæng for borgerne i deres patientforløb.

Behov for fokus på individuelt tilrettelagt indsatser

Bestyrelsen har ikke en holdning til hvilken af de tre forvaltningsmodeller, der er at foretrække, men har en generel indvending i forhold til fokus i afrapporteringen:

Som vi ser ambitionen med såvel de forskellige forslag til forvaltningsmodeller, som de tværgående anbefalinger er det at sikre nogle nemmere, mere effektive og billigere forløb, til dem der har brug for hjælp. Det er både godt og nødvendigt, såvel nu som i fremtiden. De fleste borgere vil nemt kunne indgå i sådanne forløb - og vil forhåbentligt opleve et sundhedssystem som er mere gennemsigtigt og sammenhængende i fremtiden.

For at skabe mere lighed i sundhed er det vigtigt med differentierede indsatser. Vi finder det i afrapporteringen generelt underbelyst, hvordan vi sikrer og forbedrer forløb for de borgere, som ikke kan indgå i et af de standardiserede forløb, det kan fx være borgere med en demenssygdom. Selvom sundhedssystemet bliver mere sammenhængende, vil der altid være grupper af borgere, som har brug for en mere håndholdt, individuelt tilrettelagt indsats. Heriblandt er borgere med demens. De har kognitive udfordringer, der gør, at de ikke altid har sygdomsindsigt og kan have svært ved at takke ja til et relevant tilbud. Den enkelte kommer nemt i klemme, hvis denne ikke kan identificere egne behov eller selv efterspørge hjælp på grund af kognitiv svækkelse - den samme bekymring gør sig i øvrigt gældende i forhold til den ny ældrelov, hvor der er stort fokus på selvbestemmelse.

Vi mener derfor, at det er rimeligt, at alle borgere, der får stillet en demensdiagnose, har krav på at få tilbud om støtte i form af en demenskoordinator, som kan vejlede såvel den enkelte som dennes pårørende i forhold til forløb i sundhedssystemet.

Demenssygdom er ikke en psykiatrisk diagnose

Som forening er vi glade for, at demenssygdom specifikt nævnes i den omfattende afrapportering. Dog finder vi det misvisende, at det er i "Kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser" (side 245). Vi vil gerne præcisere, at demenssygdom ikke er en psykiatrisk diagnose, selvom psykiatriske symptomer kan forekomme ved demenssygdom.



Kommentarer til udvalgte anbefalinger

DKDK er positive i forhold til anbefaling 2 om en ny organisering af digitalisering og data og ser det også som et nødvendigt tiltag for at dæmme op for de mange uhensigtsmæssigheder, der opstår i sundhedssystemet, når datasystemerne skal tale sammen.

Vi håber, at denne ændring vil give anledning til en revision af dokumentationssystemet FS III, så det i højere grad er bygget op om og kan understøtte personcentreret omsorg. Det vil skabe et mindre fragmenteret billede af den enkelte borger med demenssygdom og indsatsen - og også være til gavn for mange andre borgere.

En fortsat udvikling af de digitale løsninger for borgeren er fornuftig. Vi vil igen minde om, at der i den forbindelse også skal være fokus på de borgere, der ikke er i stand til at benytte de digitale løsninger, heriblandt af de borgere der har en demensdiagnose. De skal tilbydes et letforståeligt og brugervenligt alternativ.

Ligeledes er vi positive i forhold til anbefaling 3 om tilpasset ressourcefordeling med udgangspunkt i en national sundhedsplan. Den harmonerer med DKDKs holdning om, at borgere med en demenssygdom har krav på lige adgang til tilbud af høj kvalitet. På tværs af kommuner er der i dag store forskelle i de tilbud, der er til familier med demens. Det skaber ulighed i demenssygdom. Derfor foreslår vi, i at der i forbindelse med sundhedsplanen udarbejdes en forpligtende kvalitetsplan for demensområdet på linje med kvalitetsplanen for patientrettet forebyggelse og akutfunktionen.

På bestyrelsens vegne,

Gitte Kirkegaard

Formand for DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK)

Høringssvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Vi ser hver dag de problematikker og udfordringer kommissionens rapport beskriver omkring stigende antal af ældre og syge.

Som landets største private leverandør af madservice til ældre på plejehjem og ældre visiteret til madservice i eget hjem, har Det Danske Madhus gennem de sidste 20 år skabt dyb indsigt i og viden om ældres velfærd. Den indsigt vil vi gerne give regeringen mulighed for at sætte op mod Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, hvilket er grundlaget for vores høringssvar.

Der er ulighed i ældres sundhed

Overordnet kan vi se, at der desværre er markante forskelle på de vilkår de ældres sundhed har. Der er ganske enkelt stor forskel på det serviceniveau hver kommune tilbyder. Det kan for eksempel ses i antallet af kliniske diætister ansat. Og afledt heraf den opmærksomhed ernæring, målrettet gruppen, med fokus på individuelle og unikke behov fx i forbindelse med sygdom, diabetes og dysfagi.

Den skævvridning har både menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser. En af dem er underernæring, der er kræver faglig ekspertise at identificere/forebygge og/eller behandle.

Når den faglige ekspertise ikke er repræsenteret på ens niveau i alle 98 kommuner, så vil det skabe ulighed i ældres sundhed. Det skaber det faktisk allerede.

Om opgaven skal forblive hos kommunerne, rykkes til regionerne eller en tredje model er knap så afgørende for vores perspektiv. Det vigtigste er, at man i den kommende sundhedslov og i implementeringen af ældrereformen sætter fokus på madens vigtige egenskaber og effekter.

Et vigtigt element heri er, at man i fremtidens sundhedsvæsen og ældrepleje har et langt skarpere fokus på de ældre i eget hjem. Det er særligt her, at udfordringerne med den manglende faglighed gør sig gældende. For det er i kommunerne og de fagligheder der er ansat i kommunerne, der visiterer og træffer afgørelse om hvilken ernæring der vil være gavnlig for den enkelte borger – uden dem og deres faglighed, vil det blot være en one-size fits all-model, der ikke tager de unikke – og velsagtens forventede forskelligheder i betragtning. For hele ideen med madservice, er at den bliver visiteret til de syge og svageste, dem der ikke kan selv og dem der har behov for blive mødt og behandlet bedst muligt i forhold til deres sygdom. Disse udfordringer vil vokse i takt med, at flere ældre forbliver i eget hjem i årene frem.

I Det Danske Madhus ser vi, at andelen af syge og svækkede borgere, der bliver diagnosticeret og visiteret til særlige diæter og kostformer, svinger fra 5 pct. i kommuner uden fokus på området til helt op over 50 pct. af borgerne i kommuner med fokus på sundhedsfremmende tiltag som systematisk opsporing af ernæringsrisiko og tidlige indsatser på ernæringsområdet.

Mad er medicin

I kommissionens arbejde peger man på, at madservice ikke er en del af sundhed og forebyggelse. Vi kan ikke være mere uenige. Slår man ernæring op lyder det ”*Ernæring er optagelse og udnyttelse af føde, som er nødvendig for alle levende organismer. Føden tilfører den energi og de næringsstoffer, der skal til for at opretholde organismens liv og vækst.*”. Derfor er det endnu mere vigtigt for landets ældste og mest svækkede, at de får den rette ernæring i rette konsistens.

Med den rette type af madservice kan fx underernæring forebygges. Der bør derfor være langt mere fokus på at bekæmpe underernæring i ældreplejen så vel som på landets hospitaler. Det er derfor en essentiel del af opgaveløsningen i en model, at der er tydelig udveksling af informationer mellem den offentlige instans, der har ansvaret for borgeren, når vedkommende kommer hjem igen, og den offentlige instans, der har ansvaret, når borgeren er indlagt.

Underernæring sker ikke på en nat i en hospitalsseng, men derfor bør der stadig være et opsyn hos begge parter.

Madens betydning er også af særlig karakter, når vi taler om genoptræning efter et sygdomsforløb. For tilbydes/spiser den ældre ikke rette ernæringsmæssigt sammensatte måltider, så vil genoptræning i langt de fleste tilfælde være spildte kræfter, da vedkommende ikke har energien i kroppen til at gennemføre forløbet, eller at forløbet trækker unødigt ud, med tilsvarende ressourceforbrug som konsekvens.

Når madservice (nuværende § 83, stk. 1, nr. 3) fortsat vil være en del af hjælpen i ældrereformen, men indgår ikke som en del af helhedsplejen og pleje- og omsorgsforløbene, er det vigtigt, at der indgår løsninger i den kommende sundhedslov.

Landets ældre kan ikke være tålt med, at madservice ikke udvikles eller gennemgår eftersyn for at se om modellen i sin nuværende form er tidssvarende.

Her vil vi igen påpege vores uenighed med kommissionen i forholdet omkring madens betydning; mad er forebyggelse og sundhed. For sætter man de rette fagligheder sammen omkring maden, vil den netop kunne forebygge og skabe sundhed for ældre i fremtiden. Det ved man i Kost og Ernæringsforbundet og hos Fagligt Selskab af Kliniske Diætister.

Ernæringsfaglige teams i enten kommuner eller anden format

Kort sagt er et ernæringsteam en gruppe af ernæringsprofessionelle og sundhedsfaglige som kliniske diætister, ergoterapeuter samt tandplejere, der systematisk arbejder med tidlig opsporing hos ældre.

I samarbejdet mellem det ernæringsfaglige team og leverandøren af madservice er der denne løbende dialog om alt fra ressourcer, ernæringstilstanden, energibehov og madens konsistens, da disse har indflydelse på om maden bliver spist. Gør den ikke det, så har den ingen gavn. Derfor har de ernæringsfaglige teams et stort fokus på ernæring som behandling og forebyggelse. Den rette mad kan mindske de ældres skrøbelighed samt reducere behovet for pleje.

Vi håber, man politisk vil bekæmpe uligheden i ældres sundhed blandt andet ved at indføre ernæringsfaglige teams med de rette kompetencer. Ikke kun på plejehjem, men også hos de ældre, der bor i eget hjem. Der findes allerede detaljerede nationale anbefalinger for kostens lødighed, der blot kan indføres som reference på området.

Denne løsning kan udrulles i de 98 kommuner eller overgå til en af kommissionens foreslåede modeller. Det vigtigste er, at man gør det. At der sættes fokus i alle kommuner eller modeller, således de ældre ikke skal fortsætte i postnummer-banko i forhold til om de oplever gode eller ringe vilkår for deres sundhed.

Af ovenstående grunde kan vi, i Det Danske Madhus, ikke støtte variant C og D i kommissionens anbefalinger, da vi anser madservice som netop en del af sundhed og forebyggelse.

Afslutningsvis ser Det Danske Madhus frem til fortsat at bidrage til det gode samarbejde med stat, regioner og kommuner omkring ældres sundhed og særligt madservicens vigtighed i den kontekst. Der er brug for et sammenhængende sundhedssystem mere end

nogensinde, hvilket vi støtter op om arbejdet til at få realiseret, så der sikres de rigtige løsninger for dem, det hele handler om; borgerne.

Skulle høringssvaret give anledning til spørgsmål eller behov for drøftelser, står Det Danske Madhus CEO, Søren Vilmand, til rådighed for sådanne.

På vegne af Det Danske Madhus.

Søren Vilmand
CEO

Til indenrigs- og Sundhedsministeriet

Det færøske Heilsumálaráð (Sundhedsministeriet) vurderer ikke at Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger vil få direkte indflydelse i henhold til de aftaler/samarbejde som det færøske sundhedsvæsen har med det danske, bl.a. i forbindelse med specialbehandling i Danmark.

I rapporten er der anbefalinger, som det færøske sundhedsvæsen forventeligt også kan få gavn af i fremtiden:

- Kommissionen nævner bl.a. at sundhedsvæsenet skal arbejde mod fælles mål for den digitale transformation for sundhedsvæsenet hvor der bl.a. skal arbejdes med flere telemedicinske løsninger. Forhåbentlig kan sådanne løsninger også være til gavn for det fremtidige samarbejde mellem det færøske og danske sundhedsvæsen.
- Kommissionen anbefaler også, "...at styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses. Forslaget indebærer bl.a., at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb udenfor universitetshospitalerne i de større byer, og der skal være et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen. Dimensioneringen af medicinuddannelsen skal understøtte en hensigtsmæssig vækst af læger fremover, og der skal på uddannelsen være et større fokus på de almene sundhedsindsatser". En sådan tilpasning hvor der lægges større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer i speciallægeuddannelsen er helt klart også til fordel for det fremtidige færøske sundhedsvæsen og derfor kan vi også tilslutte os denne anbefaling.

Vinarliga/Sincerely

Jan Simonsen

Deildarstjóri/ Head of Department

Heilsumálaráðið
Ministry of Health
Eirargarður 2 • 100 Tórshavn • Faroe Islands
Tel. +298 304050 • Mobile +298 734041
jan.simonsen@hmr.fo www.hmr.fo

København den 5. august 2024

Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

På baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen af 11. juni 2024, indgiver DGI hermed høringssvar.

DGI repræsenterer mere end 6.700 foreninger med knap 1,9 mio. medlemmer fordelt over hele landet. Det er DGI's formål at styrke de frivillige foreninger som ramme om idræt og motion med vægt på fællesskab, udfordring, bevægelsesglæde og sundhed for at fremme foreningslivets folkeoplysende kvaliteter. DGI vil med foreningen som udgangspunkt engagere flest mulige i idræt og motion til gavn for den enkelte og samfundet generelt.

DGI hilser velkomment, at regeringen har taget initiativ til at se på de udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står over for med flere borgere med behov for behandling og pleje, ulighed i sundhed samt mistrivsel.

Sundhedsstrukturkommissionen er nu kommet med dens beslutningsoplæg, og anbefalingerne knytter sig en række konkrete forslag til ændringer af de organisatoriske rammer på sundhedsområdet samt tre bud på modeller for ny forvaltningsmæssig indretning af sundhedsvæsenet.

Bemærkninger

DGI's kommer ikke med indgående bemærkninger til de forskellige modeller eller at anbefale til den ene frem for den anden.

Hvad vi dog vil pege på, er både kommissoriets og anbefalingernes manglende opmærksomhed på forebyggelse og civilsamfundets rolle heri. Og dermed et stort uforløst potentiale i virkelig at foretage strukturelle ændringer i sundhedsvæsenet, som vil have mærkbare effekter – for både borgere, deres rejse gennem sundhedsvæsenet og samfundsøkonomien i Danmark.

Det er naturligvis vigtigt at forebygge, at sygdomme forværres og kompliceres, når borgeren er blevet syg. Men hvad der er endnu vigtigere, er at forebygge, at sygdomme og behovet for behandling opstår i første omgang.

Vi anbefaler derfor, at der ses yderligere på muligheder indenfor strukturel forebyggelse, således der skabes rammer i samfundet, der begunstiger sundhedsfremme og forebyggelse, og som gør sunde valg til de lette valg. Det kan ske på

mange måder: Det kan være fra regulering og afgifter til let adgang til motion, der kan være med til at påvirke folkesundheden på langt sigt.

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

DGI er til stede lokalt i hele landet, og ofte er der rum til idræt og bevægelse tættere på borgeren end en læge eller et sygehus. Lad os udnytte dette potentiale. Giv civilsamfundet mulighed for at bidrage til løfte sundhedsvæsnets udfordringer ved at tænke os ind som en forebyggende indsats: Giv de fagprofessionelle en frihed og faglighed til at træffe beslutninger, der med borgeren som omdrejningspunkt bygger en bro til aktiviteter og tilbud i civilsamfundet til gavn for borgerens sundhed.

Vi står klar. Men i idrætsforeningerne får vi ikke alle med uden samarbejde og hjælp fra de fagprofessionelle i sundhedsvæsnets net, som har kontakten med netop de borgere, der ikke af sig selv finder vej til den lokale forening. Der er borgere, som lever med kendte risikofaktorer og vender tilbage som behandlings- eller plejekrævende igen og igen. Den gode overgang til et aktivt fritidsliv kan motivere og styrke den enkelte til f.eks. til vedligeholdelsestræning i en forening, når sundhedsvæsenet har sluppet borgeren.

Lykkes vi med denne type samarbejder, vil vi forlænge og styrke borgerens funktionsevne og værdien af den rehabiliterende indsats og sandsynligvis også hospitalsbehandlingen. Dermed forlænges og forstærkes værdien af den offentlige velfærd.

Så ved at investere mere i forebyggende tiltag, mindsker vi presset på sundhedsvæsenet og reducerer de langsigtede omkostninger forbundet med behandling af sygdomme både for den enkelte og for samfundet. Det er vanskeligt at forestille sig et fremtidigt sundhedsvæsen i balance, medmindre vi formår at mindske det generelle behov for behandling.

Efter DGI's vurdering er der derfor behov for, at man i beslutningen om indretningen af det fremtidige sundsvæsen lægger større vægt på forebyggelse samtidig med, at civilsamfundet indgår markant som en del af løsningen af de fælles udfordringer, som Danmark står overfor på sundhedsområdet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Sendt på mail til sum@sum.dk

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

DI har den 11. juni 2024 modtaget Sundhedsstrukturkommissionens rapport i høring.

Regeringen nedsatte 28. marts 2023 Sundhedsstrukturkommissionen, der skulle opstille og belyse modeller for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, som understøtter et sammenhængende og nært sundhedsvæsen med mere lighed. Baggrunden er, at sundhedsvæsenet står over for flere store udfordringer, herunder en markant stigning i antallet af ældre og patienter med kroniske sygdomme, stigende forventninger til sundhedsvæsenet og stor mangel på især plejepersonale.

Generelle bemærkninger

DI kvitterer for Sundhedsstrukturkommissionens rapport og værdsætter det omfattende arbejde, der er lagt i at analysere og foreslå strukturelle ændringer med henblik på at forbedre det danske sundhedsvæsen.

DI deler Sundhedsstrukturkommissionens betragtninger om sundhedsvæsenets udfordringer, herunder behovet for en styrkelse af det nære sundhedsvæsen med henblik på, at færre har behov for indlæggelse og behandling på sygehuset. Den nuværende sundhedsstruktur er ganske enkelt ikke indrettet til et fremtidigt sygdomsbillede, hvor flere borgere skal håndtere en hverdag med kronisk sygdom, og til en virkelighed, hvor der ikke vil være adgang til flere ansatte i sundheds- og ældreplejevæsenet.

DI finder rapportens anbefalinger og forslag yderst relevante og vil i dette høringssvar fremhæve udvalgte områder, som anses for afgørende for fremtidens organisering af sundhedsvæsenet.

En ændret forvaltningsstruktur, justeret opgavefordeling og øget national koordinering og styring vil ikke løse alle udfordringer på sundhedsområdet. Men det vil håndtere sundheds- og ældreplejevæsenets største problem, som er den nuværende sektoropdeling, hvor myndighedsansvar og budgetansvar er fordelt på både kommuner og regioner.

Det fragmenterede sundheds- og ældrevesen er den grundlæggende årsag til en række væsentlige udfordringer for omstillingen af sundhedsvæsenet til fremtidens behov. Det er eksempelvis en betydelig barriere for effektiv udnyttelse af sundhedsdata, skalering af teknologiske og digitale sundhedsløsninger med dokumenteret effekt samt årsag til kassetænkning og manglende sammenhæng i patientforløb på tværs af sektorer.

Bedre brug af sundhedsdata til både drift, udvikling og forskning, udbredelse af sundheds- og velfærdsteknologi, mere sammenhæng i tværgående patientforløb og bedre og bredere forebyggelse, diagnosticering, behandling og genoptræning tæt på borgerens eget hjem, er alle forudsætninger for, at fremtidens sundheds- og ældrevesen vil være i stand til at håndtere den demografiske udfordring med stadigt flere ældre og kronikere uden tilsvarende flere i den arbejdsdygtige alder.

Helt grundlæggende er det sektoropdelte ansvar for sundheds- og ældrevesenet en barriere for investeringer i sundhed, fordi gevinsten af f.eks. vacciner, tidlig udredning og hjemmebehandling ofte ikke falder i samme sektor som investeringen. Det hæmmer de offentlige investeringer på sundheds- og ældreområdet, fordi myndighedsansvaret og de tilhørende budgetter er fordelt på regionalt og kommunalt niveau.

Det hæmmer også de private investeringer, at det danske marked for sundhedsteknologi ikke er tilstrækkeligt effektivt. Dermed risikerer Danmark at gå glip af sundhedsløsninger, der kan være med til at sikre tidlig opsporing og diagnosticering, færre indlæggelser, ambulante besøg, lægekonsultationer, samt færre sygedage og tidlig tilbagetrækning for både patienter og pårørende.

Selvom life science og sundhedsindustrien har øget deres investeringer i Danmark over de senere år, har formålet været eksport – ikke investeringer i hjemmemarkedet. I stedet ser vi en tendens til, at private investeringer i sundhedsinnovation, herunder innovative iværksættere, i stigende grad flytter til mere effektive udenlandske markeder.

Det er derfor DI's altoverskyggende anbefaling, at en kommende sundhedsstrukturreform er med til at skabe et mere sammenhængende og effektivt sundheds- og ældrevesen for borgere, patienter, pårørende, sundhedspersonale og for partnerskaber med private virksomheder. Det sikres i vores øjne bedst ved at etablere et regionalt enhedssundhedsvæsen suppleret med en national sundhedsorganisation, der kan forvalte udvalgte områder med oplagte stordriftsfordele.

Uden grundlæggende strukturelle ændringer er det DI's vurdering, at sundhedsvæsenets udfordringer vil bestå grundet den demografiske udvikling. En reform med mindre justeringer vil derfor blot udskyde den nødvendige beslutning og forventeligt medføre stigende omstillingsomkostninger, en stigende belastning af sundhedspersonalet og forværre de nuværende rekrutteringsudfordringer.

Forvaltningsmodeller

En ny forvaltningsmodel for sundhedsvæsenet skal først og fremmest skabe bedre sammenhæng mellem sundheds- og ældrevæsenets parter.

Forvaltningsmodel 1 – regionalt enhedssundhedsvæsen

Jævnfør Sundhedsstrukturkommissionens rapport er forvaltningsmodel 1, et regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner, den model *"hvor der skabes gode betingelser for at give patienten et sammenhængende behandlingsforløb (...) der indeholder de stærkeste tilskyndelser til at investere i de primære sundhedsopgaver, som ligger udenfor sygehusene (...) [og] dermed også den model, der på sigt vurderes at have størst potentiale for at realisere den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet og dermed gavne de patienter, som bør håndteres udenfor sygehusene."* (s. 43-44 i Hovedrapporten).

DI er meget enig i den betragtning og anbefaler derfor, at regeringen og Folketingets partier tager udgangspunkt i Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodel 1 i de kommende forhandlinger om en ny sundhedsstruktur.

Et regionalt enhedssundhedsvæsen vil føre til mere sammenhæng, nærhed og lighed for borgerne. Det vil også understøtte en mere effektiv drift af sundhedsvæsenet og være med til at aflaste sundhedspersonalet ift. det nuværende sektoropdelte sundheds- og ældrevæsen. Endelig vil det være nemmere for et enhedssundhedsvæsen at skalere veldokumenterede sundheds- og velfærdsløsninger til gavn for både borgere, personale og virksomheder og nemmere at etablere hjemmebehandling på de større kroniske sygdomsområder, fordi det økonomiske incitament til at investere i en tidligere indsats, tættere på borgerne, vil være større i et enhedssundhedsvæsen.

Der er imidlertid legitime bekymringer om omstillingsomkostningerne ved model 1, ligesom at 8-10 sundheds- og omsorgsregioner risikerer at underminere den faglige bæredygtighed i det specialiserede sundhedsvæsen. Disse udfordringer tager DI's eget forslag til en ny forvaltningsmodel højde for jf. nedenfor.

Forvaltningsmodel 2 – statsligt enhedssundhedsvæsen

Et statsligt enhedssundhedsvæsen vil i stil med regionalt enhedssundhedsvæsen (model 1) skabe bedre sammenhæng for borgere, sundhedspersonale og virksomheder. DI mener dog ikke, at det opvejer ulemperne ved denne forvaltningsmodel.

Først og fremmest vil modellen indebære et statsligt driftsområde, som i kompleksitet, budget og antal ansatte vil overstige alle andre statslige driftsområder. Det vil give væsentlige styringsudfordringer. Mange enkeltsager vil ende hos den ansvarlige minister og skulle behandles i Folketinget med risiko for en højere grad af politisering på et meget teknisk driftsområde samt tilhørende lange beslutningsprocesser. Den statslige myndighed vil også have mindre indblik i

lokale behov og forhold, som er nødvendigt for at kunne styre sundhedsvæsenet effektivt og med borgerne i centrum.

Forvaltningsmodel 3 – sundhedsregioner

DI mener ikke, at forvaltningsmodel 3 vil kunne skabe de nødvendige rammer for mere sammenhæng på tværs af sundheds- og ældreområdet.

Først og fremmest vil den nuværende sektoropdeling mellem sundheds- og ældreområdet fastholdes, hvilket betyder, at regioner og kommuner fortsat vil have et svagt økonomisk incitament til at investere i forebyggelse og behandling for ældre borgere, tæt på eget hjem. Alle tværgående indsatser vil fortsat skulle forhandles mellem parterne, som har forskellige (og nogle gange modsatte) politiske og økonomiske interesser. Endelig vil en stærkere statslig styring af det kommunale sundheds- og ældreområdet føre til et reduceret prioriteringsrum for kommunerne, hvilket af andre aktører bruges som argument for ikke at fjerne ældreområdet fra kommunerne.

En tilpasset forvaltningsmodel 3, hvor de fem nuværende regioner overgår til at være rene sundhedsregioner med et entydigt myndigheds- og budgetansvar for hele sundheds- og ældreområdet og bliver suppleret af en national sundhedsorganisation og 10-20 lokale sundhedsfællesskaber, vil imidlertid godt kunne skabe den nødvendige sammenhæng i sundhedsvæsenet. I dette tilfælde vil de lokale sundhedsfællesskaber vil være forvaltet under den regionale myndighed og have til opgave at udvikle og drifte det lokale sundhedsvæsen med kommuner, praksissektor og andre private aktører som leverandører. Det svarer til DI's "fjerde forvaltningsmodel".

DI's forvaltningsmodel – den "fjerde model"

DI har fremlagt sit eget forslag til en ny forvaltningsmodel med udspillet "*Et samlet sundheds- og ældreområdet for hele Danmark*" den 25. april 2024.¹

DI foreslår, at myndighedsansvaret for sundhedsområdet og den visiterede ældrepleje og omsorg (inkl. plejehjem) placeres entydigt på et regionalt niveau. Det kan både være 8-10 sundheds- og omsorgsregioner eller 3-5 regioner med lokale sundhedsfællesskaber. Det centrale er, at der er entydige økonomiske incitament til at forebygge sygdom og indlæggelser samt behandle patienterne i eller tæt på eget hjem.

Det er vigtigt at understrege, at det i DI's forslag fortsat vil være kommunerne og de private leverandører, der vil stå for driften af plejehjem og leveringen af pleje og omsorg i eget hjem. De ansatte i ældreplejen skal dermed ikke skifte arbejdsgiver eller arbejdsplads. Driftsansvaret bliver,

¹ DI's udspil kan læses her: <https://www.danskindustri.dk/globalassets/politik-og-analyser/politiske-udspil/et-samlet-sundheds-og-aldrevasen-for-hele-danmark/et-samlet-sundheds-og-aldrevasen-for-hele-danmark.pdf>

hvor det er i dag, men myndighedsansvaret og økonomien samles på regionalt niveau, der får ansvar for hele patient- og borgerrejsen. På den måde reduceres omstillingsomkostningerne markant med DI's forslag sammenlignet med Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodel 1 og 2.

Et samlet myndighedsansvar løser ikke sundhedsvæsenets udfordringer i sig selv, men vil skabe bedre forudsætninger for et bæredygtigt fagligt miljø, tilstrækkelig personalemæssig kapacitet, høj sundhedsfaglighed og økonomisk incitament til investeringer i det nære sundhedsvæsen og behandling af patienterne i eller tæt på eget hjem. I forlængelse heraf vil kassetænkningen ift. kategoriseringen af hjælpemidler og behandlingsredskaber blive begrænset. Derudover kan sygehusejere bedre allokere specialiseret viden til at understøtte det nære sundhedsvæsen, hvilket er forudsætningen for, at kvaliteten i det nære sundhedsvæsen løftes.

DI forslår desuden, at der etableres en ny national sundhedsorganisation, som skal have ansvaret for de sundhedsområder, hvor der er oplagte stordriftsfordele. Det omfatter bl.a. håndtering af sundhedsdata i hele sundheds- og ældreområdet, hjemmebehandling på større kroniske sygdomsområder, en fælles juridisk tjeneste og implementering af kvalitetsstandarder.

Såfremt de fem eksisterende regioner fastholdes, vil den nationale sundhedsorganisation også kunne facilitere et mere forpligtende samarbejde og ressourceallokering omkring det specialiserede sundhedsvæsen.

Såfremt de nuværende regioner nedlægges og erstattes med 8-10 sundheds- og omsorgsregioner, vil der være et endnu større behov for et forpligtende samarbejde og ressourceallokering til det specialiserede sundhedsvæsen. Her bør det overvejes at nationalisere drifts- og udviklingsansvaret for akutberedskabet og det specialiserede sundhedsvæsen (regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau) for at sikre et bæredygtigt fagligt niveau. Det skal sikre, at gevinsterne ved den forrige strukturreform ikke sættes over styr. Centralisering og specialisering af sygehusvæsenet har sikret højere overlevelseshastigheder og mindre invasive behandlingsmetoder for tusindvis af patienter.

En ny national sundhedsorganisation vil kunne etableres som koncern med datterselskaber dedikeret til it-drift og infrastruktur (f.eks. Digital Sundhed Danmark), et særskilt nationalt center for sundhedsinnovation, samt evt. en drifts- og udviklingsorganisation for det specialiserede sundhedsvæsen. Den nationale sundhedsorganisation skal sikre en tæt og løbende involvering af klinikken for at sikre reel værdiskabelse og nem implementering.

Det bør forsat være Sundhedsstyrelsen, der fastlægger den overordnede styringsmæssige ramme for sundhedsvæsenet (f.eks. specialeplan, kvalitetsplan, faglige retningslinjer), men den nationale sundhedsorganisation, som driver og udvikler de tværgående aktiviteter og den fælles infrastruktur.

I DI's model er der forsat kun to forvaltningsled (et statsligt og et regionalt), og forsyningspligten for hele sundheds- og ældreområdet vil ligge hos den regionale myndighed.

DI forholder sig ikke til antallet af regioner, eller hvor det folkevalgte led bedst placeres, men anbefaler et regionalt enhedssundhedsvæsen som den bedste forvaltningsmodel, i forhold til sammenhæng for borgere, patienter, pårørende, sundhedspersonale og offentlig-privat samarbejde.

Det er DI's vurdering, at den ønskede sammenhæng bedst kan ske med ét myndighedsansvar for både sundheds- og ældreområdet. Det er ikke nok med afprøvede løsninger, som f.eks. sundhedsaftaler og sundhedsklyngerne, hvor det økonomiske ansvar stadig er delt, og der ikke er incitament til at skabe sammenhængende forløb og løsninger. Et samlet ansvar vil samtidig sikre tidligere investeringer, da det specialiserede og nære sundhedsvæsen bliver indbyrdes afhængige.

Opgavesamling

DI støtter en stor opgavesamling af ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse med sygehus- og praksissektor i variant A og en evt. tilpasset variant C.

Som Sundhedsstrukturkommissionen selv gør opmærksom på, vil en stor opgavesamling "skabe det størst mulige potentiale for sammenhæng for en stor gruppe af borgere, som i dag har forløb på tværs af sektorer (...) [og det] giver den ansvarlige myndighed incitament til at prioritere hen over kæden af tidlige, forebyggende indsatser, behandling, opfølgning og rehabilitering." (s. 318 i Hovedrapporten).

Variant B med en aldersgrænse under pensionsalderen vil gøre det sværere for kommunerne at skabe bæredygtighed i driften af f.eks. personlig pleje og praktisk hjælp, fordi befolkningsgruppen bliver for lille, og det derfor formentlig vil kræve, at de nye myndigheder alligevel må overtage forsyningspligten for borgere under pensionsalderen.

Variant C uden praktisk hjælp og madservice kan være problematisk, fordi madservice og tilberedning af mad hænger sammen med den øvrige plejeindsats, bl.a. fordi den rette ernæring kan have stor betydning for borgerens helbred, og tilberedning af mad sker i sammenhæng med, at borgeren skal hjælpes i seng både morgen og aften. Dette kunne imidlertid løses ved at fastholde madservice og tilberedning af mad i en tilpasset variant C, men hvor den øvrige praktiske hjælp fastholdes kommunalt eller erstattes af et skattefradrag, der kan bruges på private leverandører efter borgerens eget valg.

Variant D indeholder samme aldersgrænse som variant B og vurderes derfor ikke som værende optimal.

En stor opgavesamling i variant A eller en tilpasset variant C vil skabe nye snitflader mellem ældreområdet, socialpsykiatrien og handicapområdet, men det samme gælder for alle forvaltningsmodeller. Med en stor opgavesamling i variant A eller en tilpasset variant C vil snitfladerne trods alt være betydeligt mindre end de snitflader, som den nuværende struktur skaber, og som en evt. forvaltningsmodel 3 vil skabe mellem sundhedsområdet og ældreområdet.

Uanset opgavesamling er det væsentligt, at private leverandører skal have mulighed for at byde ind på opgaverne.

DI gør i øvrigt opmærksom på, at DI tidligere har foreslået at omdanne den praktiske hjælp til et skattefradrag og dermed tage denne opgave ud af den kommunale opgaveportefølje med henblik på, at omsorgspersonalet kan koncentrere sig om personlig pleje og omsorg.

Tværgående anbefalinger

DI bakker grundlæggende op om de seks tværgående anbefalinger, men understreger samtidig, at disse ikke er tilstrækkelige for at sikre et fagligt og økonomisk bæredygtigt sundhedsvæsen. Der er behov for at tage grundlæggende opgør med nogle af de snitfladeproblematikker, der i dag udgør en betydelig barriere for bl.a. sammenhængende patientforløb og brug af digitale løsninger. DI er enig i, at anbefalingerne bør implementeres uafhængigt af valget af forvaltningsmodel. Nedenfor er mere uddybende kommentarer til de tværgående anbefalinger.

Anbefaling 1: Almenmedicinske tilbud

DI er enig i, at de almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvikles og varetage flere opgaver, der i dag løses på sygehusene. Det vil være med til at gøre sundhedsvæsenet mere tilgængeligt og nært for borgerne, og samtidigt sikre at forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering kan finde sted på det laveste effektive omkostningsniveau (LEON-princippet). Dermed får borgerne mest mulig sundhed for pengene.

DI er enig i, at de ansvarlige myndigheder skal have kompetencer til at benytte forskellige klinikformer, herunder almen praktiserende læge, offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker. Det vil være med til at udvikle og effektivisere markedet i det almenmedicinske tilbud og dermed udnytte de knappe sundhedsressourcer bedst muligt.

DI er enig i, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud skal fastlægges nationalt og adskilles fra forhandlinger om økonomiske vilkår. Det vil være med til at normalisere leverandørforholdet til de ansvarlige myndigheder, samt integrere det almenmedicinske tilbud i det øvrige sundhedsvæsen og dermed bedre understøtte sammenhæng og større opgavevaretagelse i et nære sundhedsvæsen (f.eks. kan det blive nemmere at tildele almen praksis tovholderrollen for kroniske patienter). Det er i den forbindelse ikke mindst vigtigt, at der stilles ensartede krav til almen praksis om registrering og deling af patientdata, samt at disse data bruges til kvalitetsudvikling af det nære sundhedsvæsen.

Derudover er der på baggrund af sundhedsdata et potentiale i at understøtte de almenmedicinske tilbud med løsninger, der kan bistå med målrettet opsporing af patienter med særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom og i særlig risiko for forværring af deres kroniske sygdom.

Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data

Det danske sundhedsvæsen er blandt de mest digitaliserede i verden. Udviklingen af et mere sammenhængende, digitalt sundhedsvæsen skal bygge videre på det eksisterende i et tæt samspil mellem sundhedsvæsnets aktører og de private leverandører.

DI er enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der er brug for større national beslutnings- og eksekveringskraft i forhold til digitalisering af sundheds- og ældrevæsenet. Der er brug for, at der sættes samme retning og ramme for den videre digitalisering. DI støtter derfor forslaget om én forpligtende strategi for digitalisering og data for hele sundheds- og ældrevæsenet, samt en national planlægningskompetence, så det bindende kan fastsættes, hvilke standarder og krav der er til digitale løsninger, der udvikles og ibrugtages lokalt, og hvilke løsninger der kan udbredes nationalt.

DI støtter etableringen af en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet, der kan være med til at drive en fælles digitaliseringsindsats på tværs af det primære og sekundære sundhedsvæsen.

DI anbefaler i forlængelse heraf, at den nationale styring og digitale strategi giver fleksibilitet og mulighed for lokal tilpasning, herunder sikrer muligheden for, at ikke alle nødvendigvis behøver at bruge samme konkrete løsning. Det er afgørende for den fortsatte udvikling af det danske økosystem og innovation i sundhedsvæsenet, at det også fremover er muligt for mange leverandører – både store og små – at bidrage med løsninger, ekspertise og innovationskraft.

Det er imidlertid vigtigt, at de forskellige it-løsninger lever op til fælles standarder og indgår i en forpligtende digital arkitektur, der gør det muligt sømløst at dele data på tværs af sundheds- og ældrevæsenet (dvs. uden behov for yderligere it-udvikling).

Klare nationale rammer bidrager til et miljø, hvor leverandører i samarbejde med klinikere kan udvikle gode, brugervenlige og sikre sundhedsløsninger, der hurtigt og enkelt kan integreres med andre systemer.

Der er vigtigt, at der trækkes og bygges på internationale og europæiske standarder, så sundhedsløsninger udviklet i Danmark kan eksporteres, og så velfungerende løsninger udviklet i udlandet også kan benyttes. Der bør også være en ensartethed i f.eks. bæredygtighedskrav og databehandleraftaler.

DI støtter ikke, at Digital Sundhed Danmark også skal understøtte innovation, som er væsensforskellige fra it-drift og rådgivning. Innovation bør i stedet varetages af en særskilt organisation. DI, Danske Regioner, Lægeforeningen og Danske Patienter har i den forbindelse anbefalet etablering af et nationalt center for sundhedsinnovation, der netop skal have fokus på skalering af veldokumenterede sundheds- og velfærdsløsninger og understøtte implementering af ny teknologi i tæt samspil med lokalt sundheds- og plejepersonale.

DI er også meget enig med Sundhedsstrukturkommissionen i behovet for at etablere en national dataplatform på baggrund af eksisterende infrastrukturer, registre og løsninger. Det er afgørende, at der hos Digital Sundhed Danmark etableres én national godkendelsesmyndighed og én national fortolkningsvejledning. Digital Sundhed Danmark skal desuden have en servicefunktion for teknisk og juridisk rådgivning, f.eks. når pseudonymiserede sundhedsdata skal anvendes til forskning, udvikling og innovation.

DI anbefaler, at Digital Sundhed Danmark etableres som en del af en national sundhedskoncern, der varetager opgaver, hvor der er oplagte stordriftsfordele. Det er afgørende, at der findes en finansieringsmodel, der sikrer stabilitet og understøtter den lokale implementeringsindsats.

DI er i den forbindelse enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at de resterende afsatte midler til nærhospitaler fra aftale om sundhedsreform i 2022 (3,5 mia. DKK) bør prioriteres til investering i teknologiske og digitale løsninger, der understøtter sammenhængende patientforløb og øget behandling i eller tæt på eget hjem.

Endelig bør det være et generelt fokus at få gjort op med ”not invented here”-problematikken, hvor implementering af velfungerende løsninger ikke sker af hensyn til egne projekter eller løsninger. DI anbefaler derfor, at sundhedsvæsenets aktører forpligtes til at registrere brug af egenudviklede løsninger hos f.eks. Lægemiddelstyrelsen. Derudover skal der skabes et nationalt overblik og en større koordinering af offentligt finansierede forsknings- og udviklingsprojekter på sundhedsområdet samt et krav om forudgående markedsafdækning. I forsknings- og udviklingsprojekter, der direkte eller indirekte sigter mod udvikling af produkter og løsninger, der kræver certificering (CE, MDR mv.), skal mindst én privat virksomhed eller spin-out være med som partner i projektet for at sikre den efterfølgende skalering og kommercialisering.

Anbefaling 3: National sundhedsplan

DI støtter en national sundhedsplan, som skal sætte strategisk retning for et samlet sundheds- og ældrevesen. DI støtter desuden en tilpasning af ressourcefordelingen mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene, som fører til en styrket prioritering af det nære sundhedsvæsen, herunder at flere ressourcer på sygehusene afsættes til at understøtte det nære sundhedsvæsen.

En styrkelse af det primære sundhedsvæsen indebærer netop, at specialister på sygehusene stiller sig til rådighed for det nære sundhedsvæsen, som f.eks. virtuelle konsultationer, udgående teams,

rådgivning af praksis og ældrepleje, den præhospitale indsats, understøttelse af hjemmebehandling mv.

En styrket prioritering af det nære sundhedsvæsen må derfor ikke føre til stagnation i udviklingen af det specialiserede sundhedsvæsen i Danmark, som i dag er blandt verdens bedste. Det vil kun underminere de sidste godt 20 års udvikling, som har ført til højere overlevelseshæfter, mindre indgribende sygehusbehandlinger og sikret flere danske sygehuse en plads blandt top 100 i verden. Der er fortsat behov for at udvikle det specialiserede sundhedsvæsen.

Det nære sundhedsvæsen styrkes bedst som del af et enhedssundhedsvæsen, hvor finansieringen er samlet i samme budget og hos samme myndighed. Dermed sikres der også et økonomisk incitament til at opbygge tilstrækkelig kapacitet i det nære sundhedsvæsen – og ikke fjerne finansiering fra sygehusene, før kapaciteten er på plads.

Kommissionen foreslår desuden, at der inden for rammerne af en national sundhedsplan sker en videreudvikling af kvalitetsstandarder. Kvalitetsstandarderne skal udvikles mod at kunne gå på tværs af sektorer, så behandlingstilbuddene på tværs af landet i højere grad ensartes, og sammenhængen i indsatserne styrkes for borgerne. Kommissionen foreslår ligeledes, at en videreudvikling af kvalitetsstandarder skal indeholde en styrket monitorering, så det er muligt at følge effekterne af indsatsen.

DI er enig i, at øget systematik i forebyggelse og behandling kan øge sammenhængen i det nære sundhedsvæsens behandlingstilbud samt bidrage til i højere grad at ensarte behandlingstilbuddene på tværs af landet. Erfaringerne fra de seneste to årtiers indsats på kræftområdet har netop vist, at standardiserede pakkeforløb med fokus på hurtig diagnose og behandling samt en klar ansvarsfordeling skaber sammenhæng i behandlingsindsatsen og løfter behandlingskvaliteten markant. Tilsvarende initiativer møntet på det nære sundhedsvæsen vil ligeledes kunne skabe større sammenhæng og kvalitet i behandlingen af mennesker med kronisk sygdom.

Anbefaling 4: Integrering af psykiatrien med somatikken

DI støtter en integration af psykiatrien med somatikken i det samlede sygehusvæsen. Det vil sikre bedre sammenhæng for patienter med psykiske lidelser, styrke muligheden for, at somatiske lidelser opdages og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser og bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.

Anbefaling 5: National styring af speciallægepraksis

DI støtter en mere national styring af ressourcerne i speciallægepraksis, som skal være med til at styrke det nære sundhedsvæsen og understøtte en større opgavevaretagelse uden for sygehusene. Speciallægepraksis vil inden for en styrket national ramme for allokering af ressourcer

og opgavevaretagelse kunne substituere sygehusbehandling på flere områder, fordi der er tale om behandling på hovedfunktionsniveau.

Anbefaling 6: Reformsekretariat

DI støtter Sundhedsstrukturkommissionens fokus på fremdrift ifm. en kommende strukturreform men er bekymret for, at etablering af et statsligt sekretariat vil føre til mere bureaukrati og færre ressourcer til den egentlig implementeringsindsats. DI foreslår i stedet at etablere en styregruppe med de parter, der skal implementere en ny forvaltningsmodel og evt. tværgående anbefalinger, samt understøtte styregruppen med et sekretariat, som har fokus på at fjerne barrierer, afklare regler og bidrage til at løse de udfordringer, som vil opstå undervejs.

Øvrige kommentarer

Ansvaret for den kollektive trafik

Regionerne finansierer i dag en tredjedel af den kollektive bustrafik og står desuden for en del af den regionale jernbanedrift. Transportministeriet har nedsat et ekspertudvalg for kollektiv mobilitet, som ultimo 2024 forventes at præsentere anbefalinger om organisering af den kollektive trafik, som ifølge kommissoriet "*skal tage højde for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde*". Sundhedsstrukturkommissionen forholder sig imidlertid ikke konkret til regional udvikling og mobilitet.

Den kollektive trafik er en vigtig opgave, og organiseringen skal sikre den nødvendige økonomi, og ikke mindst de rette incitamenter til passagerfokus og vækst. DI opfordrer derfor regeringen til at igangsætte en grundig analyse af, hvorledes ændringer i organiseringen af den kollektive transport, en ny incitamentsstruktur og finansieringsmodel kan bidrage til at skabe et mere attraktivt mobilitetstilbud, som kan bidrage til at løse nogle af tidens store samfundsmæssige udfordringer. DI vurderer, at det vil være nødvendigt at involvere en bredere kreds af eksperter foruden det i forvejen nedsatte ekspertudvalg i Transportministeriet. DI opfordrer desuden til, at der hentes inspiration i Sverige, som med en stærk regional styring har formået at gøre den kollektive transport til et attraktivt valg for mange flere borgere.

Råstofområdet, generationsforureninger og jordforurening

Regionerne har i dag ansvaret for en række andre opgaver udover sundhedsområdet, herunder generationsforureninger, dele af jordforureningsområdet og forvaltning af hele råstofområdet.

DI har længe ønsket en større statslig involvering i råstofområdet, da indvinding af råstoffer er helt afgørende for samfundet, uanset om vi taler om bygning af sygehuse, udbygning af fjernvarme eller vejbyggeri. Der opleves i dag en del udfordringer med at få godkendt råstofplaner, og dermed reduceres mulighederne for at indvinde råstoffer. Området kan med fordel samles hos en statslig myndighed, hvor man kan samle de eksisterende kompetencer og erfaring.

Oprydning efter generationsforureninger er en tung opgave og kræver en fokuseret indsats på tværs af landet i mange år fremover. Jordforurening er en opgave, som i dag er delt mellem kommuner og regioner. Det ville fremme en ensartet forvaltning og gennemsigtighed, hvis disse opgaver samles hos en myndighed. Det er vigtigt for DI, at ansvaret for disse områder ikke decentraliseres yderligere, og DI indgår gerne i en dialog om konkrete løsningsmuligheder.

DI står til rådighed for uddybning af ovenstående.

Med venlig hilsen

Lars Bech-Jørgensen

Seniorchefkonsulent og fagleder for Fremtidens Sundhedsvæsen

DI

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

4. juli 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte d. 11. juni 2024 Sundhedsstrukturkommissionens (herefter SSK) anbefalinger i høring. Diabetesforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

I dette høringssvar fokuserer vi specifikt på udfordringerne for de kroniske patienter og præsenterer konkrete løsningsforslag, der kan forbedre deres behandling, leveår og livskvalitet. I stedet for at kommentere på alle dele af kommissionens omfattende rapport, koncentrerer vi i Diabetesforeningen vores høringssvar om at adressere de mest presserende udfordringer for patienterne og desuden pege på praktiske og gennemførlige løsninger på dem.

Kroniske patienter står over for en række udfordringer, som kræver målrettede tiltag for at sikre en sammenhængende og effektiv behandling. Vores høringssvar er struktureret således, at vi præsenterer en række konkrete løsningsforslag, som vi dels mener følger de pejlemærker, som SSK også opstiller og dels skal implementeres i sammenhæng med en sundhedsreform for at skabe en bedre og mere sammenhængende sundhedsstruktur.

Det skal desuden bemærkes, at vores fokus på at udpege konkrete løsninger i høringssvaret ikke nødvendigvis kan tages som udtryk for enighed i de dele af rapporten, som vi ikke kommenterer konkret.

God beskrivelse af udfordringsbillede og pejlemærker

Diabetesforeningen bakker op om SSKs grundige beskrivelse af de udfordringer, som det danske sundhedsvæsen ser ind i som følge af et stigende antal danskere med en eller flere kroniske sygdomme i særligt kapitel 4¹.

Alene antallet af mennesker med type 2-diabetes er vokset fra 235.000 i 2015 til 325.000 i 2023² - og i 2030 skønnes det, at antallet med type 2-diabetes udgør 420.000 mennesker³.

I dag oplever mennesker med kronisk sygdom meget stor forskel i behandlingen afhængig af ydernummer og postnummer. Ligeledes oplever kronisk syge dobbeltundersøgelser eller at blive tabt mellem behandlere og i sektorovergange. Eksempelvis oplever kun 25 procent af mennesker med type 2-diabetes, at andre behandlere er blevet informeret om deres sygdomssituation fra deres faste behandler, som typisk er almen praksis⁴.

Samlet set betyder manglen på sammenhæng i kroniske patienters forløb, at forværring og følgesygdomme i dag ikke forebygges, fanges og behandles i tide. Det medfører et unødvendigt pres på det samlede sundhedsvæsen – et pres der kan mindskes ved at løfte kvaliteten med en systematisk indsats tidligt i et forløb med kronisk sygdom.

Diabetesforeningen bakker derfor også op om de *tre udfordringer* 1) Usammenhængende forløb 2) ubalance mellem det primære og sekundære og 3) geografisk og social ulighed i sundhed samt de *tre pejlemærker* for indretning af fremtidens sundhedsvæsen, som SSK opstiller i kapitel 5: 1) Sundheds for de mange, 2) lige adgang og 3) differentierede indsatser.

Savner forpligtende krav, der skaber mærkbare forbedringer for patienterne

Diabetesforeningen bakker ligeledes op om SSKs tværgående anbefalinger og forslag og vi er enige i SSKs vurdering af, at de bør gennemføres, uanset hvilken forvaltningsmodel, der i øvrigt lægges til grund for en kommende reform af sundhedsvæsenet.

Diabetesforeningen savner dog, at de tværgående anbefalinger og forslag i højere grad forpligter sundhedsvæsenets aktører til at omsætte anbefalingerne til konkrete og mærkbare forbedringer ift. sammenhæng og kvalitet for patienterne – ikke mindst for 'de største kronikergrupper', som SSKs kommissorium havde et særligt fokus på⁵.

Erfaringerne fra kræft- og hjerteområdet er, at pakkeforløb og patientrettigheder har været en afgørende drivkraft til at skabe bedre sammenhæng og højere kvalitet - og for patienterne har det betydet højere overlevelse og mindre geografisk og social ulighed i sundhed på hhv. kræft- og hjerteområdet. De erfaringer, mener Diabetesforeningen, at vi skal lære af og bruge langt mere konkret ind i den kommende omstilling til det nære sundhedsvæsen, som skal skabe sundhed for de mange.

Derfor foreslår Diabetesforeningen, at der udvikles og indføres grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme og herunder en patientrettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan, som kan forpligte sundhedsvæsenets aktører til at omsætte SSKs helt centrale anbefalinger til konkrete og mærkbare forbedringer for patienterne.

Struktur – alene – løser ikke patienternes problemer, der skal nye værktøjer til

Diabetesforeningen er meget positiv overfor, at SSKs anbefalinger i så høj grad tager udgangspunkt i at sikre en bedre sammenhæng og mere ensartet kvalitet for patienterne. Det er således meget positivt, at sammenhæng på tværs af sektorer og ensartet kvalitet på tværs af landet er et gennemgående tema i kommissionens beskrivelse af alle tre forvaltningsmodeller såvel som de tværgående anbefalinger.

Imidlertid mener Diabetesforeningen ikke, at en ændret forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet - i sig selv – kan sikre bedre sammenhæng og ensartet kvalitet for patienterne, idet der uanset organisering vil være 'behandler-' og 'tilbuds-overgange'. Derfor kræver sammenhæng - udover strukturændringer – også, at der indføres forpligtende kvalitetskrav til behandling og forløb på de store kroniske sygdomme.

Da kronisk syges forløb kan være meget forskellige over tid, kræver det også, at kvalitetskrav og standarder kan rumme en differentieret eller behovsstyret tilgang og behandlingsplan.

Diabetesforeningen efterlyser derfor, at SSKs anbefalinger omsættes til konkrete og forpligtende tiltag, der vil skabe mærkbare forandringer for de største kronikergrupper.

Diabetesforeningen foreslår konkret, at den kommende politiske aftale om sundhedsreform sikrer:

- **Forpligtende grundpakkeforløb for store kroniske sygdomme**, som kan sikre ensartet kvalitet og sammenhæng i forløb forankret i det nære sundhedsvæsen - herunder byggende på en national guideline for differentiering, således at det tager afsæt i en differentieret/behovsstyret tilgang, der kan sikre et effektivt ressourceforbrug.

- Indførelse af en **patientrettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan** i sundhedsloven for de store kroniske sygdomme, som omfattes af grundpakkeforløb. Patientrettigheden skal drive den ønskede omstilling af aktivitet fra det sekundære til det primære sundhedsvæsen.
- **En National Kvalitetsplan for kronisk sygdom**, der beskriver mål, faglige standarder og ansvarsfordeling samt forpligtende krav til almen praksis og øvrige behandlere, som indgår i et grundpakkeforløb, på tværs af sektorer.

Forslagene har et samlet mål om at sikre en ensartet kvalitet og dermed mindske geografisk ulighed, sikre sammenhæng i differentierede eller behovsstyrede forløb og dermed modgå social ulighed i sundhed og samtidig sikre et effektivt ressourceforbrug. Forslagene følger dermed op på regeringens opdrag til SSK – og adresserer alle SSK's tre pejlemærker for fremtidens sundhedsvæsen.

Grundpakkeforløb & nationale kvalitetsplaner for de store kroniske sygdomme

Systematisk indsats skal styrke egenmestring af kronisk sygdom

Diabetesforeningen påpeger, at en systematisk indsats tidligt i sygdomsforløbet for mennesker med kronisk sygdom har stor betydning for patienternes mulighed for at opnå en god sygdomsmestring og egenmonitorering, som ruster dem til at varetage mere af deres behandling selv og nedbringer behovet for kontakter til sundhedsvæsenet på sigt. Med en systematisk tidlig indsats på de store kroniske sygdomme forebygges desuden forværring og følgesygdomme, som ellers ville kræve indlæggelser.

Eksisterende indsatser skal bindes sammen - for patienterne

Diabetesforeningen foreslår, at grundpakkeforløb for de store sygdomme skal bestå af kliniske og rehabiliterende indsatser, som allerede tilbydes i sundhedsvæsenet i dag, men som skal bindes sammen til et samlet forløb for patienten for at øge kvalitet, effekt, sygdomsmestring, egenmonitorering og patienttilfredshed.

Grundpakkeforløb skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb⁶, men sikre at anbefalingerne bliver til forpligtende kvalitetskrav på tværs af sektorer og omsættes til ensartet kvalitet for patienterne uanset post- eller ydernummer.

Vores forslag om grundpakkeforløb er konkretiseret og uddybet i bilag 1.

Grundpakker forudsætter en overordnet planlægning og organisering

Diabetesforeningen påpeger, at det er en forudsætning for, at grundpakkeforløb kan fungere i praksis, at der sker en overordnet planlægning af de enkelte pakkers organisering på tværs af behandlere i både primær og sekundær sektor.

Derfor foreslår Diabetesforeningen, at grundpakkeforløb understøttes af en national kvalitetsplan, som skal beskrive mål, faglige standarder og ansvarsfordeling for de forskellige behandlere samt forløb og patientnære mål for borgerne med kronisk sygdom, for de respektive større kronikergrupper, som skal omfattes af et grundpakkeforløb.

SST i spidsen for udvikling af national kvalitetsplan og grundpakkeforløb

Diabetesforeningen mener, at Sundhedsstyrelsen skal sættes i spidsen for at udvikle en national kvalitetsplan for kronisk sygdom med fokus på de større kronikergrupper, hvor det er relevant at indføre grundpakkeforløb, eksempelvis type 2-diabetes og KOL. Kvalitetsplanen for kronisk sygdom kan eksempelvis udformes som en del af den nationale sundhedsplan, som SSK peger på i kapitel 11.

Sundhedsstyrelsen skal desuden sættes i spidsen for en faglige task-force, der - med inddragelse af relevante interessenter - skal udarbejde en beskrivelse af de konkrete grundpakkeforløb med udgangspunkt i styrelsens anbefalinger for tværsektorielle forløb⁷.

Nationale kvalitetsplaner for kronisk sygdom skal indeholde forpligtende mål for udvikling af sundhedsvæsenet ift:

- **Kapacitetsopbygning & kompetencer:**
Ensartede krav til kompetencer og antal af behandlere, som løbende uddannes og efteruddannes efter kompetencekravene. Samt mål for om kapaciteten i behandlingen modsvarer antallet af patienter.
- **Opgaver & Ansvar:**
Ensartet og systematisk implementering af opgave- og ansvarsfordeling på tværs af behandlere og sektorer.
- **Kliniske retningslinjer:**
Holdes ajour med nyeste viden, herunder anvendelsen af ny teknologi og muligheder for at gøre patienterne mere selvmonitorerende og selvbehandlende.
- **Teknologi og metoder:**
Mål for få udvalgte teknologier og behandlingsmetoder, som skal prioriteres og implementeres ensartet og i stor skala i behandlingen af den kroniske sygdom.
- **Monitorering & datadeling:**
Fælles mål, så indsamling og anvendelse af data sker på en ensartet måde og omsættes til fælles viden og kvalitetsforbedringer på tværs af behandlere og sektorer. Samt udmøntes i en digital behandlingsplan og som kan tilgås nemt af patienter.

Patientrettighed & differentiering skal understøtte omstilling til det primære sundhedsvæsen

Diabetesforeningen bakker stærkt op om SSKs om, at patientrettigheder bør tænkes ind som en drivkraft i den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor mere behandling skal foregå i det primære sundhedsvæsen i kapitel 13 (side 276).

De sidste 20 år har patientrettigheder i høj grad fokuseret på akutte og livstruende sygdomme og er blevet udmøntet som tidsfrister for forløb i primært sygehusvæsenet. Det har blandt andet resulteret i et løft af kvalitet og sammenhæng i det specialiserede sundhedsvæsen. Det har også efterladt kronisk syge i det nære sundhedsvæsen uden patientnære mål og rettigheder for god behandling af deres livslange og ofte progressive sygdom.

Der er - som SSK påpeger - behov for at udvide og modernisere forståelsen af patientrettigheder, så de fortsat kan fungere som en drivkraft i at sikre sammenhæng og effektiv ressourceudnyttelse, konkret ved at give patienterne på de store kroniske sygdomme en rettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan.

Patientrettighed til personlig behovstyret behandlingsplan – i sundhedsloven

Patienter med kronisk sygdom har forskellige behov for sundhedsfaglige indsatser, afhængigt af faktorer som sygdommens sværhedsgrad, multisygdom, behandlingskompleksitet, adgang til teknologi til egenmonitorering, sundhedskompetencer og egenomsorg, herunder i forhold til ulighed i sundhed generelt og patienternes sårbarhed og netværk mere specifikt. Der er derfor behov for forløb, der tilrettelægges individuelt som en differentieret/behovstyret indsats.

Diabetesforeningen mener, at der på de store kroniske sygdomme skal indføres en *patientrettighed til en personlig behandlingsplan*, som bygger på en differentieret / behovsstyret behandling og forløb – og som forankres som patientrettighed i sundhedsloven.

En patientrettighed til en personlig behovsstyret behandlingsplan på de store kroniske sygdomme vil samtidig sikre, at mere behandling fastholdes i det primære sundhedsvæsen, at indlæggelser forebygges og det vil dermed bidrage til at drive den omstilling, som SSK peger på i bl.a. kapitel 13 (side 276).

Forpligtende National Guideline for differentiering

Diabetesforeningen mener, at SSKs anbefaling af at udvide brugen af differentierede indsatser i Sundhedsvæsenet skal konkretiseres og virkeliggøres ved, at Sundhedsstyrelsen får til opgave at udvikle en national guideline for behovsstyring/differentiering af tilbud i sundhedsvæsenet. En national guideline skal beskrive klare og forpligtende retningslinjer for, hvordan behandlerne anvender fx populationsdata, kliniske data, PRO-data, faglige vurderinger og dialog med patienten til at foretage systematisk og proaktiv differentiering i både almen praksis, kommuner og på hospitaler.

Den nationale guideline for differentiering skal indgå i grundpakkeforløbet på de store kroniske sygdomme, så den enkelte patients behandlingsplan følger grundpakken, men differentieres ift. individuelle behov ud fra den nationale guideline for differentiering. Det kan eksempelvis dreje sig om antallet af kontrolbesøg, som kan justeres ift. den enkeltes behov.

En national guideline for differentiering skal desuden opstille nationale mål for hvilke patienter, der skal have særlig opmærksomhed fx ud fra socioøkonomiske og kliniske kriterier⁸. Fælles nationale definitioner af patienter med særlige behov, skal sikre, at sundhedsvæsenet ikke behandler for meget i områder med stor kapacitet pga. relativt lidt sygdom i den lokale population (som patienten ses i lyset af) og omvendt behandler for lidt i områder med meget sygdom i den lokale population. Dermed bidrager en national guideline for differentiering også til at imødekomme SSKs forslag nummer 4 under den tværgående anbefaling om ny organisering af det almenmedicinske tilbud om en mere hensigtsmæssig fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, side 201.

Monitorering og mål

Diabetesforeningen bakker op om SSKs generelle fokus på at forbedre brug af data til kvalitetsudvikling og monitorering i sundhedsvæsenet.

I Diabetesforeningens forslag om grundpakker for de store kroniske sygdomme indgår derfor også, at der skal ske en løbende monitorering af grundpakkeforløbene, der gør det muligt at følge, hvor mange af de nydiagnosticerede, der får et grundpakkeforløb fordelt på geografiske områder og ydernumre.

Monitorering på patientnære mål

Effekten af grundpakkeforløb skal desuden monitoreres på en række patientnære mål.

Vi foreslår, at Sundhedsstyrelsen skal opstille de konkrete mål som et led i udviklingen af en national kvalitetsplan og med bidrag fra den taskforce, som udarbejder grundpakkeforløb for de konkrete diagnoser. Det kan eksempelvis være patientnære mål som:

1. Antal med den kroniske sygdom, som har fremskredne symptomer og evt. følgesygdomme ved diagnosticering, skal falde.

2. Behandlingsmål for, hvor mange procent af de diagnosticerede, som skal ligge indenfor fastsatte kliniske mål (for type 2 diabetes fx mål om hvor mange, der skal ligge under 70 mmol/mol på langtidsblodsukker.)
3. Hvor mange procent af de diagnosticerede, der skal modtage et forebyggende tilbud.
4. Procent af de diagnosticerede, som får styrket deres behandling og egenomsorg ved hjælp af teknologi.
5. Antallet af sygedage blandt de diagnosticerede i den erhvervsaktive alder skal falde.
6. Patienttilfredshed.

Samle patienternes kontakter med sundhedsvæsenet i tid og sted

Diabetesforeningen bakker op om SSKs anbefalinger af, at flere borgere skal have mulighed for at tilgå sundheds- og plejeindsatser i et lokalt sundhedscenter, hvor tilbuddene er sammensat ud fra lokale forhold og behov og vi bakker op om SSKs konklusion om, at samling af flere indsatser indenfor en ramme kan understøtte, at borgeren med behov for flere samtidige indsatser modtager sammenhængende forløb (side 243).

Diabetesforeningen påpeger, at vores forslag om grundpakkeforløb også indebærer en mulighed for at samle kontroller og specialkonsultationer for de større kronikergrupper efter princippet 'samme dag under samme tag'.

For patienterne øger en samling af kontroller og specialkonsultationer oplevelsen af sammenhæng og for den læge, som er tovholder på et grundpakkeforløb, sikrer det et hurtigt overblik over patientens samlede sygdomsbillede og styrker muligheden for at tilrettelægge en god behovsstyret behandlingsplan.

Diabetesforeningen anbefaler derfor, at det indgår i en kommende sundhedsreform, at det i sammenhæng med indførelse af grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme også afdækkes, hvor det er muligt og relevant at sikre tilgængelighed af 'samme dag under samme tag'-løsninger for patienter i pakkeforløb.

Tværgående anbefalinger bør gennemføres uanset forvaltningsmodel

Diabetesforeningen bakker op om SSKs tværgående anbefalinger og er enig i SSKs vurdering af, at de bør gennemføres, uanset hvilken forvaltningsmodel der i øvrigt lægges til grund for en kommende reform af sundhedsvæsenet.

Diabetesforeningen lægger særligt vægt på den tværgående anbefalinger om 'Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud'. Herunder er det meget positivt, at SSK bl.a. peger på, at almen praksis bør varetage en tovholderfunktion for bl.a. kroniske patienter, agere opsøgende og proaktivt, være tilgængelig med lige høj kvalitet i hele landet og i højere grad benytte og dele data om patienterne på tværs af aktører (side 192-193).

Det er ligeledes meget positivt, at SSK anbefaler, at almen praksis omfattes af en national opgavebeskrivelse adskilt fra overenskomsten og at differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik (side 195).

Ift. den tværgående anbefaling om 'Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet' lægger Diabetesforeningen særligt vægt på SSKs forslag om, at 'kvalitetstandarder skal udvikles hen imod at

kunne gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejdet i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitamenter' (boks 11.2, side 235).

Diabetesforeningen mener, at indførelse af grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme og herunder en patientrettighed til en personlig behovstyret behandlingsplan netop kan forpligte sundhedsvæsenets aktører til at omsætte disse *helt centrale* anbefalinger fra SSK til konkrete og mærkbare forbedringer for patienterne.

Diabetesforeningen understreger, at forslaget om grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme også følger SSKs anbefaling om, at 'kvalitetsstandarder skal tage udgangspunkt i målgrupper og områder, hvor der er potentiale for omstilling' (side 239). Således vil grundpakkeforløb for eksempelvis mennesker med type 2-diabetes sikre, at sygdommen i højere grad behandles på laveste omkostningsniveau i det primære sundhedsvæsen og forebygge forværring, følgesygdomme og indlæggelser i det sekundære sundhedsvæsen.

Krav til almen praksis skal sikre omstilling og sammenhæng

Diabetesforeningen bakker som sagt generelt op om SSKs anbefaling om, at der stilles tydeligere og nationalt definerede krav til almen praksis.

Diabetesforeningens forslag om grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme indebærer bl.a., at der stilles en række konkrete og forpligtende krav til almen praksis.

Kravene kan omfatte:

- Brug af populationsdata, kliniske data, PRO-data, faglige vurderinger til at foretage systematisk og proaktiv differentiering
- Udarbejdelse af en personlig og behovstyret behandlingsplan for den enkelte kroniske patient med udgangspunkt i grundpakkeforløb for pågældende diagnose.
- Brug af digitale forløbsplaner⁹ og datadeling med øvrige behandlere
- Konkrete krav til hvilke prøver og test, der skal udføres ift. hvilke diagnoser.

Der kan suppleres med eksempelvis proces-krav om, at lægen skal følge op med patienten, hvornår og hvordan¹⁰.

Diabetesforeningen lægger vægt på, at grundpakkeforløbets overgange mellem forskellige behandlere skal organiseres således, at den afgivende behandlers ansvar ikke ophører, før der er sikkerhed for, at det er overtaget af den modtagende, og sådan at almen praksis entydigt har ansvaret for at binde behandlingen sammen for patienten, herunder i en personlig og digital behovstyret behandlingsplan.

Honorarstrukturen i almen praksis skal derfor også - i tråd med SSKs anbefalinger - indrettes, så den i højere grad understøtter, at almen praksis har ansvaret som tovholder for kroniske patienter (side 192-193) og sikrer differentiering i behandlingen (side 131 og 133).

I en aftale om ny honorarstruktur skal aflønning af almen praksis skrues sådan sammen, at den understøtter implementeringen af grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme og sikrer, at ressourcerne målrettes de patienter, som har mest behov.

Tydeligt myndighedsansvar på hjælpemidler og behandlingsredskaber

Egenmonitorering ved hjælp af teknologi og digitale værktøjer er afgørende for, at flere patienter kan behandles hjemme og varetage mere af deres behandling selv. Lige og ubureaukratisk adgang til hjælpemidler og behandlingsredskaber er derfor en forudsætning for, at potentialet i mere differentierede indsatser forløses fuldt ud, som SSK også påpeger (side 22 og 133).

Diabetesforeningen kan desuden genkende mange af de udfordringer, som beskrives i kapitel 14, afsnit 3 *Ansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler og præciseres*. Mennesker med diabetes har i mange år oplevet at være kastebolde mellem regioner og kommuner, i forhold til tildeling af sensorbaserede glukosemålere, der kan tildeles både som hjælpemiddel og behandlingsredskab.

Diabetesforeningen bakker derfor op om SSKs anbefalinger om, at afgrænsningscirkulæret kan ophæves og erstattes af et tydeligt defineret myndigheds- og finansieringsansvar for tildeling af behandlingsredskaber og hjælpemidler (side 331), og vi ser det som nødvendigt for at gøre op med den kassetænkning, der eksisterer på området i dag. Diabetesforeningen bakker ligeledes op om potentialet i at indføre en national procedure for at fastsætte et entydigt myndighedsansvar inden for udvalgte sygdomsområder eller i forhold til specifikke produkter (side 331). Dog vil vi understrege vigtigheden af, at proceduren ikke medfører en forsinkelse af introduktionen af nye teknologier, der kan understøtte differentiering, behandling i eget hjem, og har et arbejdskraftbesparende potentiale.

Diabetesforeningen kan ikke bakke op om forslaget om, at finansieringsansvaret i højere grad samles hos kommunerne, mens tildeling finder sted på baggrund af en lægefaglig vurdering (side 331). Denne model svarer til den aktuelle situation for mennesker med diabetes, hvor en lægefaglig vurdering allerede i dag ligger til grund for ansøgninger om hjælpemidler hos kommunerne. I dag oplever mennesker med diabetes desværre ofte, at kommuner afviser ansøgninger om hjælpemidler, på trods af at der ligger en lægefaglig vurdering og sundhedsfaglige argumenter for tildeling af hjælpemidlet. Derfor mener vi i højere grad, at der er brug for et tydeligere myndighedsansvar samt ensartede krav til kommunernes og det øvrige sundhedsvæsens tildeling af teknologi.

Med en national kvalitetsplan for kronisk sygdom og grundpakker for de store kroniske sygdomme skal der derfor også sættes nationale mål, som sikrer, at sundhedsvæsenet ikke alene stræber mod nye teknologier, men også får velafprøvede teknologier implementeret i bund og får forløst deres potentiale til at sikre bedre behandling, frigivelse af medarbejderressourcer og færre indlæggelser for mennesker med kronisk sygdom. Herunder skal der særligt fokus på at fremme brugen af teknologi, som kan gøre mennesker med kronisk sygdom mere selvbehandlende.

Aktivitetsloft må ikke forhindre den rette behandling for patienterne

Diabetesforeningen bakker op om hensigten i SSKs samlede anbefalinger om, at behandling skal foregå på det lavest mulige omkostningsniveau og at der samlet set skal prioriteres flere ressourcer til det primære sundhedsvæsen, som et led i den ønskede omstilling.

Imidlertid er det også væsentligt, at SSKs forslag om et aktivitetsloft på det højt specialiserede sygehusområde (side 242), ikke reelt begrænser adgangen til den rette behandling på sygehuse og hospitaler for de patienter, som har eller får behov for det i løbet af deres sygdomsforløb.

Det gælder eksempelvis mennesker med type 1-diabetes og fremskreden type 2-diabetes, som i dag behandles på et Steno Diabetescenter eller et tilknyttet ambulatorium, herunder bl.a. behandling på højt specialiseret niveau.

Diabetesforeningen vil desuden påpege, at Steno Diabetescentrene generelt har løftet behandlingen af diabetes i Danmark markant. Samtidig bidrager Stenocentrene med vigtige afprøvninger af og

forskning i, hvordan behandling kan organiseres og kvaliteten løftes – ikke alene på Steno centrene selv, men generelt for patienterne på tværs af sektorer. Det er ikke kun til gavn for mennesker med diabetes, men for alle patienter i sundhedsvæsenet.

Strukturel forebyggelse er – også – en forudsætning for at lette presset på sundhedsvæsenet

Diabetesforeningen bemærker, at SSK tydeligt har afgrænset sig fra at formulere anbefalinger om strukturel forebyggelse (side 10). Diabetesforeningen anerkender, at SSK har opstillet denne præmis for sine anbefalinger, men finder det samtidig vigtigt at understrege, at målet om et mere bæredygtigt sundhedsvæsen, som skal sikre 'sundhed for de mange', også forudsætter ambitiøse tiltag inden for strukturel forebyggelse.

Desuden mener Diabetesforeningen, at selv om forebyggelse i sig selv ikke indgår i SSKs anbefalinger, så burde forebyggelse af forværring af bl.a. kronisk sygdom indgå som et element i de 6 hensyn, som SSK opstiller som centrale for at vurdere den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet (side 139).

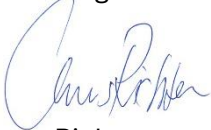
Systematisk og tidligere opsporing bør også indgå i en sundhedsreform

Ud over de 325.000 danskere, som i dag har type 2-diabetes, skønnes det, at der er yderligere 100.000, går rundt med udiagnosticeret type 2-diabetes¹¹. Ubehandlet type 2-diabetes øger markant risikoen for udvikling af alvorlige følgesygdomme, og i dag har 35 pct. allerede udviklet følgesygdomme, når de diagnosticeres med type 2-diabetes¹². Derfor bør en kommende sundhedsreform også adressere, hvordan de store kroniske sygdomme, som fx type 2-diabetes, mere systematisk kan opspores og diagnosticeres tidligt for at undgå, at sygdommen udvikler sig og kræver flere indlæggelser og kontakter i særligt det specialiserede sundhedsvæsen.

Diabetesforeningen uddyber gerne konkrete forslag til udvikling af fremtidens sundhedsvæsen

Diabetesforeningen bidrager gerne til det videre arbejde med udformning af en sundhedsreform og uddyber gerne vores konkrete forslag til, hvordan grundpakkeforløb, patientrettighed til en behovsstyret behandlingsplan og en national kvalitetsplan for kronisk sygdom omsætter SSKs anbefalinger til konkrete og tydelige forbedringer for patienterne samtidig med, at de sikrer en bedre ressourceudnyttelse i fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen



Claus Richter

Administrerende Direktør i Diabetesforeningen

Bilag 1: Konkretisering af et Grundpakkeforløb

Grundpakkeforløb for store kroniske sygdomme skal omfatte:

1. **Diagnose:** Almen praksis stiller typisk diagnosen. I de tilfælde, hvor diagnosen stilles på hospital eller hos anden speciallæge, kontakter denne almen praksis med henblik på, at almen praksis vurderer patientens behov for grundpakkeforløb ud fra de opstillede indgangskriterier og overtager ansvaret som tovholder, såfremt patienten indgår i et grundpakkeforløb.
2. **Faglige indgangskriterier:** Der opstilles en række faglige indgangskriterier for grundpakkeforløb med udgangspunkt i dels generelle og diagnosespecifikke forhold. Indgangskriterierne beskriver, hvilke patienter, der er i målgruppen for det respektive grundpakkeforløb for en specifik diagnose.
Konkrete eksempel for patient med type 2-diabetes: Indgangskriteriet for grundpakkeforløb kan være alle der diagnosticeres med type 2-diabetes og hvor lægen ikke vurderer, at behandlingen med det samme skal forankres på sygehus (et Stenocenter), fx pga. et meget højt hba1c eller meget fremskredne følgesygdomme allerede ved diagnose. Et andet eksempel kan være, at en anden og dominerende sygdom hos patienten fordrer et andet forløb.
3. **Ansvarsfordeling af undersøgelser i tilknytning til diagnosticering**
Almen praksis er overordnet ansvarlig og tovholder på gennemførelse af de nødvendige undersøgelser i forbindelse med diagnostik jf. kliniske retningslinjer.

Almen praksis skal sikre direkte henvisning til øvrige behandlere, og de behandlere, som modtager en henvist patient i et grundpakkeforløb, skal sikre indkaldelse af patienten og tilbagemelding til den praktiserende læge.

Der bør opstilles fagligt begrundede tidsfrister for henvisning, undersøgelser og tilbagemelding, som sikrer, at den alment praktiserende læge får et tidligt og samlet overblik over patientens sygdomsbillede. Erfaringerne fra Region Syds indsats 'God Start med Type 2-diabetes' er, at det tidlige samlede overblik er afgørende for lægens mulighed for at sikre en god behandling.

Konkret kan det i grundpakkeforløb for nogle diagnoser være relevant, at alle undersøgelser i tilknytning til diagnosticering samles for patienten efter princippet om 'samme dag under samme tag', for at understøtte, at den alment praktiserende læge får et tidligt og samlet overblik over patientens sygdomsbillede og kan tilrettelægge en god differentieret/behovstyret behandlingsplan.

Konkret eksempel på undersøgelser for patient med nydiagnosticeret type 2-diabetes¹³

Tjek for følgesygdomme ifm. diagnose, herunder henvisning til specialister:

- Nyresygdomme: Prøver i almen praksis og evt. henvisning til speciallæge
- Hjertekarsygdomme: Prøver i almen praksis og evt. henvisning til speciallæge
- Øjensygdomme: Henvisning til speciallæge

Fodundersøgelse for bl.a. neuropati: Alment praktiserende læge, specialiseret sygeplejerske eller autoriseret fodterapeut evt. henvisning til speciallæge.

4. **Differentiering:** Alment praktiserende læge skal lægge en behovstyret behandlingsplan på baggrund af (jf. national guideline for differentiering):
 - Patientens kliniske data og sygdomssituation (herunder undersøgelsesresultater fra andre behandlere)
 - Patientens sundhedskompetencer og støtte fra eget netværk
 - Dialog baseret på PRO-data og samtale-værktøjer

Patientens videre forløb skal ligeledes bestå af indsatser, som er tilpasset den enkeltes sygdomssituation og sundhedskompetencer og som løbende justeres ift. sygdommens udvikling. Dermed understøttes muligheden for differentierede forløb til gavn for både patienter og ressourceforbrug og ressourceudnyttelse.
5. **Vurdering af behov for medicin:** Almen praksis vurderer medicinbehov og gennemfører medicingennemgang ved multisygdom.
6. **Henvisning til patientrettet forebyggelse:** Almen praksis sikrer direkte henvisning til en afklarende samtale hos den sundhedsmyndighed, der har ansvar for at udbyde patientrettet forebyggelse (fx patientens hjemkommune) med henblik på, at patienten tilbydes et forebyggende forløb, som kan styrke den enkeltes sygdomsmestring (jf. Kvalitetsstandarden for forebyggende tilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2024¹⁴)
7. **Opfølgning:** Almen praksis følger op på resultatet af alle undersøgelser i forbindelse med diagnosticering og indkalder patienten til konsultation ved behov for justering af behandlingsplanen.
8. **Oprettelse af en digital forløbsplan:** Almen praksis skal oprette en digital forløbsplan, hvor den aftalte behandlingsplan for patienten fremgår og patienten skal inddrages / oplæres i den digitale forløbsplan – endvidere skal øvrige sektorer og behandlere kunne se forløbsplan og data.
9. **Forebyggende tilbud:** Den sundhedsmyndighed, som har ansvar for patientrettet forebyggelse, skal indenfor en fagligt begrundet tidsfrist tilbyde en afklarende samtale til borgere henvist i et grundpakkeforløb jf. Kvalitetsstandarden for forebyggende tilbud til borgere med kronisk sygdom, SST 2024. Efter endt forløb skal den ansvarlige sundhedsmyndighed give almen praksis besked om forløbet er gennemført og om borgeren vurderes at have brug for mere støtte til sygdomsmestring.
10. **Fast tovholder i resten af livet med kronisk sygdom:** Almen praksis har opgaven som tovholder for patienten i resten af livet med kronisk sygdom. Det betyder, at almen praksis som led i et grundpakkeforløb skal:
 - Følge op på resultatet af kontroller for følgesygdomme og vurdere, hvornår der skal foretages nye kontroller, som lægges ind i patientens behandlingsplan
 - Justere medicin

- Vurdere om patienten har behov for yderligere støtte for at opnå en bedre sygdomsmestring og henvise samt følge op på evt. yderligere forebyggende tilbud
- Tilpasse patientens behandlingsplan løbende i digital forløbsplan
- Vurdere patientens behov for næste kontakt med egen læge – jf. National Guideline for differentiering.
- Opsøge kontakt med patienter, som ikke selv henvender sig eller ikke møder op til konsultationer som aftalt i behandlingsplanen.
- Ved forværring senere i sygdomsforløbet: Henvise direkte til relevante speciallæger mv, som får ansvar for at indkalde patienten jf. opstartsforløbet i en grundpakke.
- Ved indikation på andre sygdomme (multisygdom) revurderes patientens behandlingsplan, medicin, forebyggelsestilbud mv.

¹ Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, 2024

² www.diabetestest.nu

³ Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME. (2020): Components of diabetes prevalence in Denmark 1996–2016 and future trends until 2030. BMJ Open Diabetes Research & Care

⁴ Danske Patienter, 2024: [Hver femte patient oplever at få gentaget undersøgelser, fordi behandlingsforløb ikke hænger godt nok sammen | Danske Patienter](#) Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, side 94

Diabetesforeningens medlemsundersøgelse, 2023: [appendiks_3_oplevelser-af-diabetesbehandlingen.pdf](#)

⁵ [Microsoft Word - Final kommissorium.docx \(ism.dk\)](#)

⁶ Eksempelvis SST anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: [TITEL \(sst.dk\)](#)

⁷ Eksempelvis SST anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: [TITEL \(sst.dk\)](#)

⁸ Fx med udgangspunkt i SST stratificeringsmodel i anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes: [Sundhedsstyrelsen](#)

⁹ Digitale forløbsplaner er et digitalt værktøj, som allerede findes i dag, men som bør udbredes til alle patienter. En behandlingsplan er den individuelle og behovstyrede plan, som lægen skal lægge for den enkelte patient med kronisk sygdom som led i et grundpakkeforløb. Behandlingsplanen skal også fremgå af patientens digitale forløbsplan som led i deling af data om patientens forløb med patienten selv og øvrige behandlere.

¹⁰ Der kan findes god inspiration til proceskrav i Region Syddanmarks indsats 'God Start med Type 2-diabetes', som definerer antallet og indholdet af konsultationer i almen praksis de første tre måneder efter type 2-diagnose.

¹¹ Diabetestest.nu & Jørgensen ME, Ellervik C, Ekholm O, Johansen NB, Carstensen B. (2020): Estimates of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in Denmark: The end of an epidemic or a diagnostic artefact? Scandinavian Journal of Public Health.

¹² Gedebjerg A, Almdal TP, Berencsi K, Rungby J, Nielsen JS, Witte DR, Friborg S, Brandslund I, Vaag A, Beck-Nielsen H, Sørensen HT, Thomsen RW. (2018): Prevalence of micro- and macrovascular diabetes complications at time of type 2 diabetes diagnosis and associated clinical characteristics: A cross-sectional baseline study of 6958 patients in the Danish DD2 cohort. Journal of Diabetes Complications.

¹³ Et fuldt overblik over undersøgelser, som anbefales gennemført i forbindelse med type 2-diagnose findes i SST anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes, afsnit 3.4: [TITEL \(sst.dk\)](#)

¹⁴ [Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder](#)

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

4. juli 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Djøf afgiver hermed høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Djøf ser frem til at følge den politiske proces, som skal føre frem til helt afgørende beslutninger om, hvor og hvordan både sundhedsopgaver og en række andre regionale opgaver skal løses i fremtiden.

Djøf vil i det følgende fremkomme med 5 grundlæggende opfordringer af processuel karakter, som vi håber, vil finde plads i det videre arbejde:

1. Skab ordentlig tid til processen – fremtidens sundhedsvæsen er for vigtigt til at haste en reform igennem.
2. Planlæg en åben og inddragende proces – lad ledere, medarbejdere og tillidsrepræsentanter bidrage til at kvalificere processen og beslutningerne.
3. Inddrag alle relevante fagligheder – også dem, som primært understøtter det sundhedsfaglige personale.
4. Husk bredden i regionernes opgaveportefølje – regionerne løser også vigtige opgaver på fx socialområdet og i regional udvikling.
5. En reform af sundhedsstrukturen i Danmark kommer til at trække på de administrative ressourcer – prioritér denne del af processen.

Skab ordentlig tid til processen – fremtidens sundhedsvæsen er for vigtigt til at haste en reform igennem

De beslutninger, som i den kommende tid bliver truffet om sundhedsstrukturen i Danmark, kommer til at række langt ud i fremtiden. Regionernes organisering har været drøftet kontinuerligt både før og efter strukturreformen. Patienter, borgere og regionale medarbejdere har kunnet følge, hvordan der politisk har været argumenteret for snart centralisering og specialisering, snart nærhed og lokal forankring. Kort sagt har usikkerhed om måden at organisere sundhedssystemet på til tider fjernet fokus fra de opgaver, der skal løses og de medarbejdere, der skal løse dem.

Djøfs håb er, at de politiske forhandlinger, som nu indledes om fremtidens sundhedsstruktur, vil have fokus på reelt indhold frem for hurtige reformsignaler. Forudsætningen for det er, at der bruges tid på at lytte og inddrage interessenter med viden om sundhedssystemet og den regionale opgaveportefølje, så beslutningerne bliver bæredygtige fremfor hurtige.

Planlæg en åben og inddragende proces – lad ledere, medarbejdere og tillidsrepræsentanter bidrage til at kvalificere processen og beslutningerne

Djøf noterer sig med tilfredshed, at kommissionen i sit arbejde har lagt vægt på, at der, både i forandringsprocessen, og når den nye struktur er faldet til rette, skal være fokus på at skabe attraktive arbejdspladser med et godt arbejdsmiljø. En af forudsætningerne for at skabe attraktive arbejdspladser er, at kerneopgaven, og den måde man organiserer arbejdet med denne på, giver mening.

Ingen er mere kompetente på, hvordan opgaverne løses, så de møder patienter og borgeres behov, end de ledere og medarbejdere, der arbejder med opgaverne hver dag. Så inddrag deres faglige viden både, når de overordnede politiske beslutninger skal tages og når beslutningerne skal udmøntes i praksis og de politisk fastsatte rammer skal fyldes ud.

Forudsætningen for at ledere og medarbejdere kan være medskabende og innovative i denne proces er, at de har tryk for, at deres basale ansættelsesvilkår og rettigheder også indgår i overvejelserne, når man skal udmønte en politisk beslutning om ny forvaltningsmodel. Man har allerede i MED-systemet på det regionale område et oplagt forum, hvor forandringer med konsekvenser for medarbejdere skal drøftes. Det er Djøfs forventning, at MED-systemet inddrages så tidligt som muligt i processen.

Inddrag alle relevante fagligheder – også dem, som primært understøtter det sundhedsfaglige personale

Djøfs medlemmer udfører en række opgaver, som understøtter de sundhedsfaglige opgaver, som regionerne løser i dag. Man kan ikke drøfte fremtidens organisering af sundhedsvæsenet uden at tænke de administrative opgaver med. Ej heller kan man undlade at indtænke drift og udvikling af digitalisering, håndtering af sundhedsdata mv.

Sidstnævnte indgår i de overvejelser, som Sundhedsstrukturkommissionen lægger op til, men også her er det væsentligt, at man inddrager ledelse og medarbejdere, der kan bidrage med relevante faglige indsigter. Yderligere må der være en fælles interesse i at fastholde værdifulde kompetencer og viden om drift og udvikling af digitalisering af sundhedsvæsenet. Hvis disse kompetencer skal fastholdes, er det væsentligt, at perspektiver og udviklingsmuligheder er tydelige for ledere og medarbejder.

Husk bredden i regionernes opgaveportefølje – regionerne løser også vigtige opgaver på fx socialområdet og i regional udvikling

Regionerne løser opgaver af væsentlig samfundsmæssig værdi, som ikke direkte er sundhed, men dog knytter sig til sundhed og/eller den regionale sammenhængskraft. Disse opgaver findes bl.a. på socialområdet og i de regionale udviklingsafdelinger. Her løses opgaver, som er helt afgørende del af velfærden, og som får samfundet til at hænge sammen. Nogle har en forebyggende funktion i forhold til borgernes sundhed og helbred, andre relaterer sig til fx transport og klima og naturbeskyttelse.

I forhold til de regionale udviklingsopgaver og opgaverne på socialområdet er der i dag i regionerne samlet dybt specialiseret viden i nogle stærke faglige miljøer. Uanset hvilken organisering, man politisk lægger sig fast på, er det vigtigt, at man forholder sig til, hvordan man kan bevare denne specialviden og understøtte de faglige miljøer, som er forudsætningen for at levere velfærd på disse områder.

En reform af sundhedsstrukturen i Danmark kommer til at trække på de administrative ressourcer – prioritér denne del af processen

Det tilkommer ikke Djøf at pege på, hvilken model for fremtidens sundhedsstruktur, man politisk skal lægge sig fast på. Derimod tilkommer det os at pege på, at al erfaring viser, at store forandringsprocesser både i deres forberedelse og udførelse trækker store vekslers på de ledelsesmæssige og administrative ressourcer.


I regeringsgrundlaget, løntreparten og i de netop indgåede økonomiaftaler med regionerne er der stillet krav om substantielle administrative besparelser. Alle regioner drøfter netop nu, hvor disse besparelser skal findes. Disse besparelser harmonerer særdeles dårligt med, at der nu lægges op til massive forandringer, som vil forudsætte, at der er ledelsesmæssige og administrative ressourcer til at understøtte alt fra datasikkerhed og it-infrastruktur til kvalitetstandarder, økonomi og håndtering af personalejuridiske spørgsmål.

En omstilling af sundhedsstrukturen vil kræve, at der afsættes de fornødne ressourcer. Alternativt må der fra politisk side udvises forståelse for, at der ikke samtidigt kan nås de samme servicemål som hidtil.

Konklusion

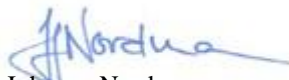
Vores opfordring er helt overordnet, at man fra politisk hold skynder sig langsomt og skaber rammerne for, at alle relevante faglige indsigter og inputs bliver inddraget. Samtidig er det vores forventning, at man husker, at der i regionerne bliver løst opgaver, som understøtter og supplerer de sundhedsfaglige. Endelig er det vores opfordring, at man allerede nu begynder at tænke i, hvordan man fastholder lederes og medarbejderes trivsel og motivation igennem hele processen.

Med venlig hilsen



Hanne Fugl Eskjær

Formand for Offentlige Chefer i Djøf



Johanne Nordmann

Formand for Djøf Offentlig

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

DM støtter regeringens ambition om at skabe et sundhedsvæsen, der bedre er i stand til at håndtere både eksisterende og kommende udfordringer, som presser det danske sundhedsvæsen.

DM finder, at det er et grundlæggende princip, at politiske beslutninger bliver truffet på viden og grundige analyser. Med sundhedsstrukturkommissionens afrapportering anerkender DM, at der er lavet et grundigt og dybdegående vidensgrundlag med anbefalinger, der kan være med til at realisere regeringens ambitioner om at skabe et bedre sundhedsvæsen.

En central del af afrapporteringen omhandler de afledte konsekvenser for regionernes øvrige opgaver, hvor Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der ved model 1 og 3 skal findes en anden placering af regionernes øvrige opgaver, mens det i model 2 er en bunden opgave at finde en anden placering. Sundhedsstrukturkommissionen definerer sundhed som regionernes kerneopgave. DM finder, at den kollektive trafik, jordforurening, råstofindvinding på land, ungdomsuddannelser, planlovsområdet, kulturområdet, det højtspecialiserede socialområde, og specialundervisningsområdet er vigtige offentlige opgaver, som bidrager til regeringens ambition om et sammenhængende Danmark, hvor man kan arbejde og bo i hele landet.

DM anerkender, at det ikke har været en del af kommissionens formål at pege på alternative placeringer eller forholde sig til, hvordan regionernes øvrige opgaver bliver løst i dag. Men samtlige offentlige opgaver skal placeres der, hvor de løses bedst. Derfor er det nødvendigt at få grundigt undersøgt, hvordan opgaverne løses bedst, og hvilke konsekvenser det vil have at flytte opgaverne, inden der eventuelt træffes en politisk beslutning om at flytte opgaver væk fra regionerne. DM mener, at en af de mest centrale hensyn i placering af regionernes øvrige opgaver er, at der findes den rigtige balance mellem det lokale kendskab og tilhørsforhold og de stærke faglige miljøer. Det er vigtigt, at regeringen forholder sig til det hensyn for alle områderne, hvis regeringen ønsker at ændre på regionernes opgaveportefølje, som det bliver anbefalet af Sundhedsstrukturkommissionen.

Det er vigtigt for DM at påpege, at store organisatoriske omstruktureringer har konsekvenser for berørte medarbejdere. De er potentiale for positive forandringer, såsom nye karrieremuligheder, øget effektivitet, mv., men der er samtidig betydelige risici for øget stress, utryghed og tab af erfaring blandt medarbejderne. Omstruktureringer kan skabe betydelig usikkerhed blandt medarbejdere, både hvad angår deres jobstatus og fremtidige arbejdsopgaver. Frygt for afskedigelser, ændringer i arbejdsopgaver og nye arbejdsgange kan medføre øget stress og utryghed. Omstrukturering kan føre til øget arbejdspress på grund af nye eller flere opgaver, som måske ikke følges af en tilsvarende stigning i ressourcer eller personale. En vellykket omorganisering kræver derfor omhyggelig planlægning, åben kommunikation og støtte til medarbejderne.

Det er DM's erfaring, at gennemgribende og store organisatoriske omstruktureringer er omkostningstunge. Derfor glæder det DM, at Sundhedsstrukturkommissionen har et stort fokus på omstillings- og implementeringsomkostninger ved ændringer i den regionale sundhedsstruktur, og at det er et centralt hensyn i afrapporteringen. DM påpeger, at det samme gør sig gældende for regionernes øvrige opgaver. Det vil også indebære betydelige omstillings- og implementeringsomkostninger, hvis de fratages regionerne. DM opfordrer derfor regeringen til at sikre, at det kommende forslag om en ny sundhedsstruktur indeholder tilstrækkeligt finansiering og en realistisk plan for implementering for regionernes øvrige opgaver, hvis forslaget indeholder en flytning af opgaverne.

Hvis I har spørgsmål eller vil høre mere om DM's hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport, er I velkomne til at kontakte undertegnede på nedenstående kontaktoplysninger.

På vegne af DM

Jeppe Rye Aaløse (han/ham)
Politisk rådgiver
Direkte +4551232894



Peter Bangs Vej 30
2000 Frederiksberg
+45 38 15 66 00
dm.dk



Høringsvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Formandskabet for DMCG.dk

Den 5. august 2024

Sundhedsstrukturkommissionens rapport har været afventet med spænding, da vi i DMCG.dk formandskabet mener, at det danske sundhedsvæsen har brug for at "ryste posen" og at de strukturelle spor dels justeres – dels omlægges.

Vi er overordnet meget tilfredse med kommissionens bud på såvel de påpegede sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen samt de seks centrale anbefalinger.

Vi føler os vidt imødekommet i forhold til de anbefalinger vi tidligere på året tilsendte den arbejdende kommission.

I forhold til **Anbefaling 2 "Ny organisering af digitalisering og data"**, som vi på kræftområdet finder en af de vigtigste, ønsker vi at fremhæve den unikke kobling og synergi af kliniske retningslinjer og kvalitetsdatabaser forankret i fagligheden, som bærer en stor del af æren for kræftområdets succes. Den faglige forankring har desuden vist sig uundværlig i forhold til den landsdækkende implementering af kræftgruppernes kliniske anbefalinger - inklusiv afvikling af unyttige undersøgelser og behandlinger.

Det anbefales derfor, at ovenstående model ikke kun styrkes, men også udbygges til det øvrige sundhedsvæsen. En ny national dataplatform står indenfor kræftområdet højest på ønskesedlen i forbindelse med den kommende Kræftplan V.

En platform med anvendelse af "real-time" data, som bl.a. gennem klinisk fase IV-forskning vil kunne understøtte de evidensbaserede behandlingstilbud inkl. trykprøvning af bl.a. Medicinrådets anbefalinger.

Vi mangler kliniske data til understøttelse af det forventede kommende stærkt udbyggede samarbejde på tværs af regioner og sektorer, samt helt konkret i forbindelse med en bydende nødvendig fremtidig evidensbaseret differentiering i sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

Formandskabet for sammenslutningen af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, DMCG.dk

Michael Borre
Professor, overlæge, dr.med., ph.d., Urinvejskirurgi
Aarhus Universitetshospital

Camilla Qvortrup
Overlæge, Afdeling for Kræftbehandling
Rigshospitalet

Høring: Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Bemærkninger fra Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi



22. juli 2024

Formand: Samuel Azuz

formanden@dskf.org

Dansk selskab for Klinisk Farmakologi, hvis virke primært tager afsæt i rationel farmakoterapi i begge sektorer, har med interesse læst Strukturkommissionens bud på et fremtidigt bedre fungerende sundhedsvæsen. Lægemidler er slet ikke nævnt i rapporten, hvilket vi mener er problematisk, da netop behandling med lægemidler medfører store helbredsmæssige gevinster og belastninger i sundhedsvæsenet – såvel behandlingsmæssigt som økonomisk og på tværs af sektorer.

Selskabet vil i den anledning meget gerne tilbyde vores hjælp og gøre opmærksom på vores speciale og allerede eksisterende tilbud til hjælp på lægemiddelområdet for læger i begge sektorer. DSKF mener at ensartet uafhængig lægemiddelrådgivning og -prioritering af bestemte lægemidler i hospital og almenmedicin bør være en del af en fremtidig sundhedsstruktur. Klinisk farmakologi kunne skrives ind som koordinerende instans i forhold til dette, da der er klinisk farmakologiske afdelinger fordelt på 5 regionale afdelinger. Lægemiddelbehandling gavner de fleste, men skader dem, der ikke får reduceret dosis, ophørt behandling, ændret behandling (f.eks. i forhold til interaktionsproblematik) når relevant.

Polyfarmaci som led i multisygdom bliver i fremtiden mere og mere udtalt med flere ældre og større muligheder for lægemiddelbehandlinger. Dette har igennem mange år haft stor bevågenhed, hvorfor praktiserende læger i stigende grad har efterspurgt klinisk farmakologisk speciallæge assistance til håndtering heraf. De 5 regionale klinisk farmakologiske afdelinger har netop til opgave at sikre formidling, overvågning og hjælp til læger i forhold til lægemiddelrådgivning, medicingennemgang, udvikle basislister over rationelt lægemiddelbrug, tilbyde undervisning og kvalitetssikring.

Konkret anbefaler Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, at der i forbindelse med et øget afsæt i behandling via primærsektor bør kunne etableres en ensartet struktur med tilbud om rådgivning til primærsektor via klinisk farmakologisk speciale i alle dele af Danmark. Dette i tæt samarbejde med primærsektorens lægemiddelenheder. Som eksempel på en struktur kan nævnes Telefarmakologisk Ambulatorium, som aktuelt er etableret i Region Syddanmark. Dansk selskab for Klinisk Farmakologi indgår gerne i dialog mhp. bedst mulig implementering af de foreslåede indsatser i fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi

Vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Tak for muligheden for at deltage i denne høring.

Onkologien er et speciale, som udvikler sig hastigt over tid med en tiltagende grad af kompleksitet i behandlingerne – både hvad angår den medicinske kræftbehandling og stråleterapien. Udover dette, udvikles nye forbedrede metoder til opsporing, opfølgning og monitorering af kræft. Denne positive udvikling bidrager blandt andet til at kræftpatienterne lever længere – og sammen med den demografiske udvikling med flere ældre borgere – betyder det samlet set at antallet af kræftpatienter stiger væsentligt.

Sundhedsstrukturkommissionen peger på at *”opgaveløsningen og rollerne i sundhedsvæsenet løbende omlægges, så mere løses i det primære sundhedsvæsen med fokus på at forebygge forværring af sygdom og understøtte egenomsorg, vel at mærke med opbakning fra specialisterne på sygehuset eller i speciallægepraksis.”*

Indenfor onkologien vil der være mange indsatser, som ikke kan varetages i det primære sundhedsvæsen, men der vil også være behandling/opfølgning, som vi ville kunne pege på i fremtiden, kunne varetages i det primære sundhedsvæsen – under supervision af onkologiske fagspecialister. Vi har helt konkrete eksempler herpå, som vi gerne bidrager med. Vi er dog opmærksomme på at én af de helt store barrierer for udlicitering af opgaver/ændret opgavefordeling er begrænsede ressourcer i det primære sundhedsvæsen – særligt i visse områder i Danmark jf. Fig. 6 og 7 s. 9 i rapporten. Derudover er en manglende fælles data/videns-plattform (journalføringssystem) en begrænsende faktor, som i den kliniske hverdag betyder at mange patienter oplever u hensigtsmæssigheder i overgangene, samt usammenhængende forløb med mangelfuld kommunikation og uklar opgavefordeling mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Det er særligt udfordrende for patienter, som har behov for palliativ støtte – og særligt for mindre ressourcestærke patienter.

Derfor er hele fundamentet for både sammenhæng i patientforløbet og mulighed for ændret opgavefordeling at det primære sundhedsvæsen styrkes og den digitale løsning til kommunikation forbedres. Derfor understøtter DSKO også Sundhedsstrukturkommissionen anbefaling om en national dataplatform og en digital infrastruktur, som skal understøtte sundhedspersonalet. Her er det væsentligt at sundhedspersonalet bliver inddraget, så vi både kan drage nytte af nuværende løsninger, men også kan finde løsninger som er optimeret til den kliniske hverdag. Dataindsamling vil også være væsentlig for at indsamle vigtig viden om nutidens patienter, som kan understøtte en forbedring og udvikling i behandlingen af fremtidens patienter.

En af de vigtige hjørneste for at undgå at antallet af kræftpatienter stiger uoverstigeligt og fortsat kan håndteres indenfor rammerne i fremtiden er forebyggelse. *”Det er dokumenteret, at 40 % af alle kræfttilfælde kan forebygges, hvis vi gør det, vi allerede ved, der skal gøres. Men kun 3 % af sundhedsbudgetterne bliver i øjeblikket brugt til sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Derfor er der et kæmpe potentiale for handling. En indsats for forebyggelse af kræft hjælper også til at bekæmpe fedme og andre ikke-smitsomme sygdomme som hjerte-kar-sygdomme og diabetes, fordi der gælder de samme*

Hørings svar – Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

risikofaktorer for dem.” (Kilde: Europakommissionen:

https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_da). En stor del af forebyggelsesindsatsen ligger i det primære sundhedsvæsen og det er ikke konkretiseret i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, men i DSKO mener vi, at dette område ikke må overses – som en del af en holdbar fremtidig sundhedsstrategisk løsning.

Forskning er et andet centralt element for, at vi i fremtiden fortsat kan forbedre behandlingen af vores patienter. Vi er i den forbindelse bekymrede over indstillingen i anbefaling 3, forslag 5 til at *”Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.”* Det bør ikke være et mål at nedbringe antallet af lægelige ph.d.’er, især når man samtidig i anbefalingerne anfører, at mere sundhedstjenestelig forskning ønskes. Læger er blandt de bedst kvalificerede til klinisk forskning og bidrager til høj kvalitet og relevans i projekterne samt opretholder aktive forskningsmiljøer lokalt på hospitalerne. Derudover kan læger med en ph.d. bedre fortolke ny forskning, inddrage den i deres arbejde og implementere den nyeste viden i praksis.

Geografisk og social ulighed er indenfor onkologien, ligesom indenfor de fleste andre specialer, en stor udfordring. DSKO hilser derfor initiativet til en mere optimeret ressourcefordeling, der afspejler befolkningssammensætningen og befolkningens behov i alle dele af landet velkomment.

Vi bidrager gerne yderligere, såfremt der er behov for at uddybe eller kommentere på ovenstående – eller øvrige aspekter af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Med venlig hilsen

På vegne af DSKO bestyrelsen



Malene Støchkel Frank,

Formand for Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
Overlæge, Klinisk Forskningslektor
Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder,
Sjællands Universitetshospital
Institut for Klinisk Medicin, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet,
Københavns Universitet

Tlf. +45 56513279
Mobil +45 28574392

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

E-mail: sum@sum.dk



**EPILEPSI
FORENINGEN**

St Gråbrødrestgade 10, 1.

5000 Odense C

Tlf +45 66119091

CVR-nr.: 57 41 54 28

epilepsi@epilepsiforeninge.dk

www.epilepsiforeningen.dk

Odense, den 5. august 2024

Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Epilepsiforeningen takker for muligheden for at afgive høringssvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024 med tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen.

Behov for at styrke sundhedsfaglige indsatser på botilbud

Epilepsiforeningen støtter sundhedskommissionens forslag om at styrke sundhedsfaglige indsatser på botilbud med krav om fast tilknyttede læger samt en tovholderfunktion. Dertil centralt fastsatte kvalitetsstandarder for at løfte og ensarte kvaliteten af de sundhedsfaglige indsatser på botilbud.

En fasttilknyttet læge vil kunne sikre en stærkere forebyggende og behandlende indsats til beboere på botilbud.

Tovholderfunktionen kan sikre et mere sammenhængende forløb i forhold til de aktører inden for og uden for botilbuddet, som er involverede i indsatsen over for den enkelte beboer.

Af kommissionsrapporten finder vi det dog meget uklart, om forslagene alene er tiltænkt socialpsykiatriske botilbud, eller om det også påtænkes at omfatte somatiske botilbud hvor der bor mennesker med udviklingshandicap?

Epilepsiforeningen anbefaler på det kraftigste, at man styrker de sundhedsfaglige indsatser på botilbud, hvor der bor mennesker med epilepsi og udviklingshandicap. Vi oplever i praksis et stort behov for nytænkning og kvalitetssikring af sundhedsindsatser og vidensniveau på bosteder for mennesker med epilepsi og udviklingshandicap.

En ny forskningsrapport fra Statens Institut for Folkesundhed marts 2024¹ dokumenterer, at personer med udviklingshandicap har en markant øget risiko for at dø tidligt af årsager, som de ikke burde dø af i et land som Danmark. Og har man epilepsi samtidig med et udviklingshandicap er overdødeligheden særlig høj.

¹ [Dødelighed blandt 18-74-årige med udviklingshandicap \(sdu.dk\)](#)

Eksperterne bag rapporten peger på et betydeligt forebyggelsespotentiale, hvor overdødeligheden især kan mindskes ved at styrke sundhedsfaglige indsatser på bosteder.

Rapporten afdækker samtidig stor ulighed i sundhed for denne yderst sårbare gruppe af medborgere grundet begrænset adgang til sundhedsfaglig hjælp.

Derudover ved vi fra nyere dansk forskning, at personer med epilepsi, der samtidig har svær psykiatrisk sygdom lever 13-16 år kortere end personer i befolkningen generelt².

Epilepsiforeningen har af samme grund sammen med LEV (forening for mennesker med udviklingshandicap) og Dansk Sygeplejeråd konkret foreslået³ etablering af netop sundhedsfaglige udgående teams med ekspertise inden for udviklingshandicap, der kan tilbyde daglig støtte og behandling til personer med epilepsi og udviklingshandicap på botilbud.

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger flugter rigtigt fint med dette ønske, men vi er som skrevet i vildrede om det reelt omfatter vores målgruppe af mennesker med epilepsi og udviklingshandicap?

Det vil i vores optik være en katastrofe, hvis mennesker med epilepsi og udviklingshandicap ikke medtænkes i denne sammenhæng. Ikke mindst fordi fordelene ved en øget bevidsthed om sundhedsfaglighed er åbenlyse, og fordi problemerne derude yderst veldokumenterede.

Brug for sammenhæng og kædeansvar

Epilepsiforeningen støtter sundhedsstrukturkommissionens forslag om et enhedssundhedsvæsen med opgavesamling og kædeansvar.

Sundhedsstrukturkommissionen beskriver en række af de problemer for patienter og pårørende, som skabes af manglende strukturel sammenhæng mellem det som foregår i sundhedsvæsenet, og det som sker i landets kommunale forvaltninger.

Det er problemer vi kan genkende til hudløshed fra vores medlemskreds, samt Sundhedsstyrelsens solide anbefalinger fra ultimo 2023 for tværsektorielle forløb for mennesker med epilepsi⁴

Her er netop "siloproblemet" en af de udfordringer, der går igen. Og som jo reelt ikke kan løses indenfor den eksisterende struktur. Her er brug for nytænkning. Især i det helt afgørende og nødvendige samarbejde der sker mellem især sundhedssektoren og socialforvaltningerne.

Epilepsiforeningen savner derfor – meget - at sundhedsstrukturkommissionen kommer med konkrete forslag til, hvordan man specifikt kan øge sammenhængen mellem sundhedsvæsenet og

² <https://doi.org/10.1093/brain/awac042>

³ <https://www.epilepsiforeningen.dk/nyheder/epilepsiforeningen-lev-og-dansk-sygeplejeraad-i-faelles-opraab/>

⁴ [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med epilepsi \(sst.dk\)](#)

socialsektoren? Dette hænger givetvis sammen med mandatet, men der vil være brug for betydelig politisk opmærksomhed på at sikre at denne vinkel tænkes ind i en fremtidig løsning.

Epilepsiforeningen har sendt sundhedsstrukturkommissionen konkrete forslag til at sikre bedre sammenhæng i tværgående forløb mellem sygehuse og hele det kommunale landskab (se bilag 1).

Bekymring for afspecialisering af sygehusektor ved løft af primær sektor

Epilepsiforeningen støtter sundhedsstrukturkommissionens forslag om aflastning af sygehuse ved at udvikle det primære sundhedsvæsen og samtidig mindske den geografisk ulige lægedækning.

Det vil for Epilepsiforeningen være væsentligt at få afdækket potentielle muligheder og udfordringer for epilepsipatienter med styrkelse af den primære sektor.

Styrkelse af det primære sundhedsvæsen må til gengæld ikke ske på bekostning af sygehusene ved, at de afspecialiseres grundet manglende personaleressourcer, investeringer, forskning, vækst og udvikling.

Det højt specialiserede sundhedsvæsen spiller en fuldstændig afgørende rolle for nogle af dette lands mest sundhedsudsatte borgere. Der hvor sygdommen medfører betydelig invaliditet, og ofte giver behov for mangeårig eller livslang bistand. Det kommer et nært sundhedsvæsen aldrig til at løse.

Aflastning af sygehuse og løft af primær sektor kan næppe ressourcemæssigt ske i samme takt.

Epilepsiforeningen ser derfor med stor bekymring på Sundhedsstrukturkommissionens præmis om et ressourcemæssigt nulsumsspil mellem primær og sekundær sektor.

Bæredygtig ramme for rådgivning af primær sektor

Kommissionen lægger vægt på, at sygehusene med rådgivning skal påtage sig en større rolle i udvikling af det primære sundhedsvæsen. Det er vi fuldstændigt enige i. Det har også potentiale til at binde indsatserne - langt - bedre sammen, end vi oplever i praksis i dag.

Det er Epilepsiforeningens opfattelse, at rådgivning om mennesker med epilepsi til primær sektor bør udføres af fagpersoner i det sekundære sundhedsvæsen med speciale i epilepsi.

Samtidig er det Epilepsiforeningens vurdering og anbefaling, at der er brug for en fagligt bæredygtig struktur og ramme for sygehusenes rådgivning til primærsektoren.

Vi ser ikke, at det her kan lade sig gøre, uden at man selvstændigt forholder sig til hvem og hvordan, denne rådgivning skal leveres.

Af kommissionsrapporten finder vi det uklart, om sygehusenes rådgivning alene omfatter de almenmedicinske tilbud, og vi finder det uklart, hvilke faggrupper, der kan hente rådgivning fra sygehuse.

Epilepsiforeningen anbefaler, at rådgivningen fra sygehusene også omfatter rådgivning af såvel sundhedsfagligt og ikke-sundhedsfagligt uddannet personale på botilbud.

Specialsygehuse efter Sundhedsloven § 79, stk. 2

Epilepsiforeningen finder det bekymrende, at sundhedsstrukturkommissionen i sit udspil ikke nærmere og fremadrettet forholder sig til specialsygehuse efter Sundhedsloven § 79, stk. 2.

På Epilepsihospitalet Filadelfia udføres i henhold til Sundhedsstyrelsens specialeplan højt specialiseret udredning og behandling af epilepsi foruden en betydelig internationalt anerkendt forskning.

For hele epilepsiområdet er det afgørende, at Epilepsihospitalet Filadelfia er velfungerende under nogle bæredygtige rammer.

Vi henviser til og bifalder høringsvar fra Danske Patienter og Danske Handicaporganisationer.

Epilepsiforeningen står til rådighed for yderligere oplysninger og dialog.

Venlig hilsen



Lone Nørager Kristensen
Landsformand

BILAG 1:

Til Sundhedsstrukturkommissionen fra Epilepsiforeningen, sendt den 11. januar 2024

Kommentarer og forslag fra Epilepsiforeningen til Sundhedsstrukturkommissionen

Epilepsiforeningen har følgende kommentarer og forslag til Sundhedsstrukturkommissionen:

1. Behov for bedre sammenhæng i indsatserne mellem sektorerne:

Der er udarbejdet en statusevaluering af en række initiativer, der har været søsat på epilepsiområdet i forlængelse af en statslig bevilling for nogle år siden. Det er DEFACTUM, som har gennemført evalueringen for Sundhedsstyrelsen, og evalueringsrapporten findes her:

<https://www.defactum.dk/projekter/showPublication?publicationId=1156&pageId=343600>

(....en læsevenlig guide kunne være især at bide mærke i resumé af samlede resultater side 4-5 side 47 – 51...)

I evalueringen bider vi i særlig grad mærke i følgende:

Den sætter fingeren på en række af de svære dilemmaer, der generelt findes omkring sammenhæng – eller især mangel på samme – i de indsatser og opgaveforståelser regioner og kommunerne har ift. borgere med kroniske sygdomme – i dette tilfælde epilepsi. *(....men det kunne sandsynligvis også sagtens være om en masse andre sygdomme, som IKKE fylder alverden ude i de kommunale forvaltninger....)*. De velkendte strukturelle barrierer, står stadig i centrum for mangel på løsninger; i rapporten eksemplificeret ved:

- Viden og udveksling af viden om sygdommen (epilepsi) ikke er en fast integreret del af arbejdet mellem sektorerne; ikke engang når der helt åbenlyst er brug for det ift. den enkelte borger. For eksempel har fagpersonale på kommunale bosteder ikke adgang til viden om epilepsi, når der er brug for det. Der er ingen fast forankret vidensenhed eller funktion, som har til opgave kontinuerligt at levere allround sundhedsfaglig viden til de ikke-sundhedsfagligt uddannede ude i kommunerne.
- Sygehuspersonale har et selvstændigt ansvar for bedre at spille bolden videre med overlevering af oplysninger – men det sker ikke nødvendigvis.
- I evalueringen bliver helt utydeligt hvem der reelt har ansvar for at iværksætte de såkaldte funktionsevnevurderinger? Sundhedsstyrelsen ender med at anbefale, at alle sektorer og fagpersoner bør være opmærksomme på kognitive vanskeligheder. Evalueringen viser, at i praksis tager ingen ansvaret, og især kommunerne ikke tager
- initiativ til, at der foretages funktionsevnevurderinger. Samtidig viser projektresultaterne, at en lille indsats med støtte til mennesker med kognitive vanskeligheder, kan gøre en stor positiv forskel for uddannelse, job og livskvalitet.
- Fagpersonale fra alle sektorer peger på behovet for en kommunal koordinator. Men der er – utrolig – stor uenighed om hvordan. Nogle af regionsfolkene foreslår at kommunernes personale udstationeres på sygehusene, mens kommunerne ikke rigtigt mener de kan passe viden om mindre områder ind nogen som helst steder.

- Udviklingsprojekterne har været præget af manglende deltagelse og engagement af fagpersoner fra det kommunale landskab og de alment praktiserende læger – som oftest begrundet i manglende ressourcer og opgaveforståelse.

Samlet set indeholder evalueringen – set gennem vores briller – en meget praksisnær beskrivelse af udvalgte faglige og strukturelle udfordringer når vi taler om kroniske sygdomme som ofte varer mange år, og involverer mange sektorer. Og derfor kunne evalueringen tjene som et indspark, inspiration eller andet til det uhyggeligt vigtige arbejde Strukturkommissionen sidder midt i.

2. Behov for særlig opmærksomhed omkring sundhedsindsatserne for personer med udviklingshandicap og på botilbud:

Epilepsiforeningen er særligt optagede af botilbudsområdet, som vi i praksis oplever, har et stort behov for nytænkning og kvalitetssikring ift. sundhedsindsatser og vidensniveau.

Det mener vi der er solid dokumentation for:

- Det er veldokumenteret, at der både er markante sundhedsproblemer og en markant overdødelighed i gruppen af borgere med udviklingshandicap. Statens Institut for Folkesundhed udgav i 2022 en rapport, som belyste problemstillingerne: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2022/doedelighed_udviklingshandicap (se især tabel 7 på side 29, hvor man kan se at gruppen af borgere med udviklingshandicap og epilepsi har en meget markant overdødelighed...)
- Vi har solid dansk forskning fra epilepsiområdet, som peger på betydelige udfordringer:
 - o <https://www.epilepsiforeningen.dk/nyheder/dansk-forskning-vaekker-international-opsigt/>
 - o <https://www.epilepsiforeningen.dk/nyheder/mennesker-med-epilepsi-lever-i-gennemsnit-10-12-aar-kortere-end-andre/>
- Der er gennem de senere år – jævnfør ovenstående - arbejdet med en række projekter på epilepsiområdet. Det hele startede dog ud med at Sundhedsstyrelsen inviterede en række eksperter med til bords, for at lave et slags statusdokument:
 - o Sundhedsstyrelsens rapport "Eftersyn af indsatsen til mennesker med epilepsi, 2018" <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/eftersyn-af-indsatsen-til-mennesker-med-epilepsi> (se især afsnit 3.3 side 21 – 22)

Rapporten kom med to centrale forslag til indsatsområder:

- *"Sundhedsfaglige kompetencer på bosteder: Kommunerne sikrer, at bosteder har personale med relevante sundhedsfaglige kompetencer, der kan varetage medicinering, give akut anfaldsbrydende medicin, håndtere og genkende anfald samt foretage observation og registrering af anfald, som er vigtigt for, at den ansvarlige læge kan tilrettelægge den medicinske behandling."*
- *"Ambulant opfølgning på bosteder. Regionerne tager initiativ til, at mennesker med epilepsi med udviklingshæmning, når det er relevant, kan modtage ambulant opfølgning på eget bosted."*

Os bekendt er der ikke nogen som har et reelt overblik over om ovenstående sker i praksis.

I forlængelse af ovenstående rapport, blev der igangsat en række projekter, hvor leve- og behandlingsvilkårene for gruppen af personer med udviklingshandicap og epilepsi behandles. Det er især i følgende dokumenter:

- "National Behandlings- og visitationsvejledning, 2022" (Dansk Neurologisk Selskab): <https://epilepsi-nbv.dk/> (her kan man med fordel især kigge i afsnit 5.7 <https://epilepsi-nbv.dk/kapitel/behandling-af-boern-unge-og-voksne-med-fysisk-og-eller-psykisk-udviklingshandicap/>)
- "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med epilepsi, 2023" (Sundhedsstyrelsen): (<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Epilepsi/Epilepsi-tvaersektorielle-forloeb.ashx> (her kan man med fordel kigge på afsnit 3.3 og 5.5 – især ift. det sidste afsnit dukker der nogle "skal-opgaver" op som vi tænker er vigtige – og som der os bekendt intet reelt overblik er over i dag):
 - Skal-opgave:
"Botilbud/bosted: Det er ledelsen (driftsherren) på botilbuddets/bostedets ansvar at sikre, at der er personale, som har kompetencer til at håndtere beboere, både børn og voksne, med epilepsi. Ledelsen skal sikre, at der foreligger skriftlige behandlingsplaner for personalet, hvor det bl.a. fremgår, hvordan man registrerer anfald og foretager en struktureret anfaldsbeskrivelse, hvordan man registrerer bivirkninger og administrerer medicin (daglig og akut), og hvordan man skelner anfald fra adfærd. (38)(36) Af behandlingsplanen skal det desuden fremgå, hvem der har behandlingsansvaret, og hvordan denne kontaktes."
- Derudover kører der aktuelt et projekt som endnu ikke er afsluttet, men som handler om hvordan man får spredt sundhedsfaglig viden til landets kommuner. Man kan læse lidt om projektet her: <http://epilepsinyhedsbrevet.dk/ny-status-paa-epilepsisatsningen-fremdrift-og-fremskridt-det-virker/>

For at opsummere vores position:

Vi mener generelt der er brug for en mere målrettet indsats på botilbudsområdet. Der er – efter vores opfattelse - for meget som hviler på tilfældigheder, traditioner, forskellige fagforståelser, hastigt skiftende personaler i landets botilbud og mange steder er man ofte afhængige af engagerede ledere og ansatte...og pårørende...!

Det er – hvis nogen skulle være i tvivl - nogle af landets mest sundhedsudsatte borgere, som lever i de her botilbud. Der bør derfor arbejdes målrettet med systematisk kvalitetssikring og kvalificering af sundhedsarbejdet derude.

Når vi kigger på Styrelsen for patientsikkerhed og deres virksomhed/tilsynsrapporter, kan man konstatere, at de generelt kommer på arbejde ved deres tilsynsbesøg derude. Og hvis vi ellers forstår det korrekt, er man kun i relativt beskedent omfang kommet i gang med de sundhedstjek, som blev introduceret på området i 2022. Men de kan ikke stå alene; det sundhedsfaglige niveau bør tænkes ind i dagligdagen på landets botilbud.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Ergoterapeutforeningen
Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
Cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 4. juli 2024
Side 1
Ref.: UG
E-mail: ug@etf.dk
Direkte tlf.: 53 36 49 25

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedrørende:

Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Ergoterapeutforeningen takker for invitationen til at være høringspart til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Ergoterapeutforeningen vil også gerne benytte lejligheden til at takke for at have været inddraget gennem følgegruppen til kommissionen.

Vi er helt overordnet positive overfor, at der nu er kommet forslag om at fremtidssikre sundhedsvæsenet, så særligt rammerne og sektorovergangene kan modsvare en ændret demografi, forandringer i medarbejdersammensætninger, ny teknologi og ikke mindst patienternes stigende forventninger til behandlingsresultater.

Vi ser også, at nye løsninger med mere behandling i borgerens eget hjem kan rumme gode perspektiver, hvis rammer og lovgivning på relevant vis understøtter nærhedsbegrebet. Hertil ser vi gerne, at også **forebyggelse, genoptræning og rehabilitering** indarbejdes langt tidligere i forløb for at imødekomme de tre udfordringer, som fremstilles i rapporten.

I rapporten lægges op til at styrke almen praksis og det er godt. Men der er lavt fokus på andre sundhedsprofessionelle i rapporten. Tværfaglighed og tværprofessionelle indsatser kan styrke det nære sundhedsvæsen efter LEON-princippet, billigt og lettilgængeligt.

Vi mener, at hovedopgaven i en ny kommende struktur er, at fragmenterede opdelinger i behandlingsansvar reduceres mest muligt, at usammenhængende patientforløb og ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen samt den geografiske og sociale ulighed i sundhed bliver håndteret i de politiske processer, som følger efter høringsfristen.

Ergoterapeutforeningen kan generelt bakke op om de fem (seks) tværgående anbefalinger, som vi mener rummer væsentlige forhold til forbedringer. Vi vil derimod ikke direkte analysere de tre forvaltningsmodellers relevans for de ergoterapeutiske fagområder.

Således har vi valgt at fremhæve bemærkninger til områder under de fem anbefalinger, hvor vi særligt mener, at der bør ske ændringer. Derefter følger øvrige



bemærkninger til områder, som ikke direkte fremstilles i rapporten, men som er niveauet under eller konsekvensen af udfordringsbilledet.

Øvrige bemærkninger vedrører:

- Ældreområdet
- Midlertidige pladser
- Hjælpemiddelområdet
- Strukturel forebyggelse
- Private aktører, herunder ergoterapeuter

Vi har benyttet nedslag fra rapportens kapitel 14, som vi mener har et godt data- og informationsgrundlag for den videre proces af relevans for borgernes adgang til ergoterapi og dermed ergoterapeuters virke.

Udvalgte områder i anbefalingerne som Ergoterapeutforeningen vil fremhæve:

Sundhedsloven vs. Serviceloven: Snitfladerne mellem §140 i Sundhedsloven og træning efter §86 i Serviceloven bør generelt revideres og særligt kvaliteten i træning efter §86 bør skærpes.

Det er nødvendigt, at lovgivningen bliver sammenhængende ift. genoptræning og rehabilitering mellem sektorer. De nuværende lovgivningsmæssige overgange er ikke optimale. Generelt bør genoptræning og rehabilitering indarbejdes i Sundhedsloven.

Vi ser i dag eksempler på, at genoptræningsplaner, der er lavet i regionerne, afvises af kommunerne med en anden lovgivning. Det efterlader borgeren i et uacceptabelt limbo og underminerer patientrettigheder.

Ergoterapeutforeningen er stor tilhænger af anbefalinger om nationale kvalitetsstandarder. Vi mener, at i takt med omstillingen mod mere behandling i det nære og i almen praksis, skal henvisningsprocedure til genoptræning uden forudgående sygehuskontakt være muligt.

Almen praksis / egen læge skal derfor kunne udskrive genoptræningsplaner, så borgerne ikke skal omkring et sygehus for at blive henvist til genoptræning efter §140. (anbefaling 1 om at styrke almen praksis). Muligheden for at kunne udskrive genoptræningsplaner bør dog også omfatte speciallæge praksis.

Der bør generelt være en større forpligtelse hos de ansvarlige leverandører, så indsatserne rent faktisk kommer til at indeholde det nødvendige kvalitetsniveau. Dette bør gælde for hele landet, så ulighed i sundhed ikke forværres yderligere (anbefaling 3).

Ergoterapeutforeningen deler opmærksomheden på, at der er specifikke områder som fx hjerneskadeområdet, hvor der er behov for samling og specialisering for at få ensartet kvalitet.

Det er også afgørende, at der sikres en økonomisk tilskyndelse til at prioritere genoptræning og rehabiliteringsopgaver. Genoptræning skal altid være noget, det kan betale sig at satse på. Det vil medvirke til at sikre, at så mange borgere som muligt får den højest mulige funktionsevne og bedst mulige livskvalitet, og på sigt opnås besparelser i sundhedsvæsenet.



Psykatrien: Vi deler positionen om, at psykiatrien skal fuldt integreres i det somatiske sundhedsvæsen (anbefaling 4). Det er helt urimeligt, at mennesker med psykiske sygdomme grundet underbehandling af somatiske lidelser i gennemsnit skal dø langt tidligere end andre mennesker i samfundet.

Vi ser positivt på de stillede forslag om bla. faste læger på botilbud og nationale kvalitetsstandarder for socialpsykiatrien.

Vi så gerne, at anbefalingerne havde et ambitionsniveau om, at socialpsykiatrien også bliver omfattet af Sundhedsloven og ikke forsat hører under Serviceloven. Socialpsykiatrien har i lang tid lidt under lav sundhedsfaglighed og stor personaleomsætning. Desværre kan vi konstatere at socialpsykiatrien ikke indgår i rapporten, hvilket for os at se er en stor mangel.

Vi finder, at uden et fuldt kædeansvar i psykiatrien bliver det meget svært at løfte og udføre genoptræning og recovery pba. genoptræningsplaner, da disse ser ud til fortsat at ramme en stopklods i det nære sundhedsvæsen.

Der er desuden et stort behov for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere i psykiatrien – herunder ergoterapeuter. Sundhedsstyrelsen foreslår en ny specialuddannelse i psykiatri og børne- ungdomspsykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter for at imødekomme disse udfordringer og for at styrke indsatserne til mennesker med psykiske lidelser. Ergoterapeutforeningen og Danske Fysioterapeuter ser gerne denne specialuddannelse etableret snarest.

https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Psykiatri/Master_FYS-ERGO_Rapport_250422.ashx

Praksisforskning: Det glæder os at læse, at der under anbefaling 3 er en underanbefaling 5, som særligt har til formål at fremme den praksisnære forskning, som ergoterapeuter er en af de faggrupper, som udøver:

Sundhedsfaglig forskning skal i højere grad målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser på sygehusene. Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger.

Forskning indenfor ergoterapi og aktivitetsvidenskab har været støt stigende siden midten af forrige århundrede. Herhjemme har der været forsknings- og udviklingsarbejde indenfor ergoterapi og aktivitetsvidenskab siden 1990'erne, men antallet af forskeruddannede ergoterapeuter er først for alvor vækstet i de seneste to årtier. Med etableringen af særligt Forskningsinitiativet for aktivitetsvidenskab og ergoterapi på Syddansk Universitet skabtes mulighed for, at ergoterapeuter kan indskrives som ph.d studerende i et miljø, hvor der foregår forskning af relevans for ergoterapi og sundhedstjeneste.

Trods mangeårige forskningsindsatser er der fortsat behov for forskning af relevans for ergoterapi, herunder forskning der skaber evidens for ergoterapeutiske indsatser. Der er således behov for at styrke fokus på ergoterapi i forskningskonksten til gavn for borgernes hverdagsliv.

Link til Ergoterapeutforeningens Forskningspolitik fra 2024
[ETF_forskningspolitik_A5_enkelt sider2024 \(1\).pdf](#)



Datadrevet sundhed: Forslaget om et nationalt datacenter vil vi umiddelbart bakke op om (anbefaling 2. underanbefaling 3). Heri forstår vi, at datadeling på tværs ligger implicit i forslaget. Hvis de nødvendige GDPR- løsninger bliver indhentet vil det være vejen frem.

Datadrevet sundhed er afgørende for at fremme og kvalitetsudvikle danskernes sundhed.

I det nye Kvalitetsinstitut, hvor Behandlingsrådet og RKKP fremover skal samles vil ergoterapeuter gerne have indflydelse. Det er i Regi af Kvalitetsinstituttet, at der fremover skal udvikles kliniske retningslinjer. Dette område bør gøres til genstand for tværfaglig deltagelse, herunder af ergoterapeuter.

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) med drift og udvikling af omkring 80 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er et godt eksempel på, hvordan man kan lave datadrevet sundhed. Databaserne bør dog også kunne være med til på systematisk vis at kvalitetssikre det samlede patientforløb på tværs af sektorerne og ligeledes høste data fra kommunerne.

De nationale kvalitetsdatabaser bør således rulles ud i kommunerne, så vi kan få data på tværs, som samlet set kan forbedre borgernes hverdagsliv. Derfor bør kommunerne have en mere ensartet praksis i indsamling af data, så vi kan forbedre patientforløb på tværs af sektorer og rehabiliterings- og behandlingsindsatser optimeres.

Vi vil desuden anbefale, at der ses på unødigt dobbeltregistrering og at sundhedsvæsenets indsatser registreres i et system.

Digitale løsninger: Når der er behov for indsatser, som bredt set kan være med til at fremme sundhed, er vi grundlæggende positive overfor at se på digitale løsninger for den enkelte borger. Det gælder velfærdsteknologi, brugen af AI mv. Vi ser også et stort potentiale i borgerens egen monitorering med digitale hjælpemidler til mestring af sygdom og kroniske lidelser i hverdagen.

Vi må dog samtidig sikre os, at borgeren også er med på at benytte digitale løsninger og har de rette forudsætninger herfor. Ergoterapeuter arbejder allerede nu med redskaber til screening af borgernes digitale kompetencer, som vi gerne ser en bredere implementering og forankring af.

Det individuelle perspektiv i relation til digitale tilbud skal udvikles og tilbud skal være tilgængelige og nuancerede, så de kan passe til forskellige borgeres funktionsevneniveau.

Øvrige bemærkninger til udfordringsbilledet, som Ergoterapeutforeningen vil fremhæve:

Ældreområdet: Implementering af Ældrereformen bør indeholde lovgivning som fortsat kan styrke borgernes rehabilitering. Ergoterapeutforeningen mener, at §83A i Serviceloven grundlæggende har været med til at fremme borgernes selvhjulpethed og reduceret udgifter til passiv pleje. Dette paradigmeskift må ikke gå tabt i hverken en ny sundhedsstruktur eller ældrereform. I borgernes hverdag skal der fortsat være lovgivning, som giver det nære sundhedsvæsen incitamentet til indsatser, som kan fremme forebyggelse af funktionsevnetab mv.

Ergoterapeutforeningen finder, at der er behov for tydeligt at omsætte kommissionens grundige demografiske analyse og statistik i en reform af det samlede



sundhedsområde. En meget stor del af ældreområdet målgruppe, er også sundhedsområdets brugere.

Sundhedsstrukturkommissionens identificering af tre væsentlige tendenser, der ændrer forudsætningerne for opgaveløsningen i fremtiden, angår ikke mindst ældreområdet. Det fremtidige sygdomsbillede og mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere, betyder at ældreområdet allerede nu står overfor udfordringer.

Midlertidige pladser: Med stadig hurtigere udskrivelse fra sygehus, stiger behovet for det der i dag kaldes "midlertidige" pladser. Borgere udskrives til behandling og pleje i eget hjem. Når det ud fra borgerens tilstand ikke er muligt, kan borgeren visiteres til en midlertidig plads. Der er flere udfordringer med konstruktionen og uligheden, idet kommunerne kan vælge at behæfte sengepladsen med brugerbetaling. Derudover har kommunernes midlertidige pladser meget forskellighed i kvalitet og hvad angår antallet af pladser og faglige kompetencer på lokationen.

Ergoterapeutforeningen anbefaler, at midlertidige pladser fremadrettet hører under Sundhedsloven, at der tilknyttes lægefaglighed (evt. udskrivende afdelings ansvar) og at rehabilitering/genoptræning bliver en fast integreret ydelse med det formål, at borgere hurtigt kan klare sig i eget hjem. Ergoterapeutforeningen anbefaler, at egenbetaling for ophold i midlertidig sengeplads ligestilles med ophold i regional hospitalsseng.

Hjælpemiddelområdet: Vi anbefaler, at lovgivningen på hjælpemiddelområdet samles i en lovgivning.

Hjælpemidler er integreret i forskellige lovområder – herunder serviceloven, beskæftigelsesområdet og skole- og uddannelsesområdet. Det betyder blandt andet, at et hjælpemiddel følger institutionen f.eks. folkeskole, gymnasie, arbejdsplads, fritidsaktivitet, og ikke borgeren. Ligesom et barn skal aflevere et givent hjælpemiddel for derefter at søge om et nyt identisk hjælpemiddel ved overgang mellem folkeskole, gymnasium og videre på universitet. Det er u hensigtsmæssigt. Hjælpemidlet skal følge borgeren og ikke uddannelsesinstitutionen/jobbet, og derfor skal hjælpemiddelområdet samles i en lovgivning.

Ergoterapeuter er den primære faggruppe på hjælpemiddelområdet, og Ergoterapeutforeningen bifalder, at Sundhedsstrukturkommissionen også sætter fokus på de afgrænsningsudfordringer, der er forbundet med adgangen til hjælpemidler og behandlingsredskaber. Alt for ofte ender borgeren som kastebold med ventetider og frustrationer som følge, fordi lovgivningen ikke tydeliggør, hvornår det er kommunens, og hvornår det er regionens ansvar at hjælpe borgeren.

Derfor skal det såkaldte afgrænsningscirkulære ophæves, så det bliver tydeligt, hvem der har ansvaret for specifikke kategorier af produkter.

Ergoterapeutforeningen har sammen med Kommunernes Landsforeningen foreslået "Skab klarhed på hjælpemiddelområdet":

1. Saml ansvaret for tildeling af kropsbårne hjælpemidler i regionerne
2. Saml ansvaret for de midlertidige hjælpemidler i kommunerne

[file:///C:/Users/ug/Downloads/Skab-klarhed-paa-hjaelpemiddelomraadet-ETT-KL-%20juni%202024%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/ug/Downloads/Skab-klarhed-paa-hjaelpemiddelomraadet-ETT-KL-%20juni%202024%20(3).pdf)



Kropsbårne hjælpemidler: Vi foreslår, at ansvaret for udlevering af kropsbårne hjælpemidler, der involverer en lægefaglig vurdering flyttes til regionerne.

Vi foreslår, at der laves en tydelig afgrænsning af hvilke kropsbårne hjælpemidler, der kræver lægefaglig vurdering. Det drejer sig fx om stomiposer, blodsukkermålere, glukosemålere og kompressionsstrømper. Der er ingen grund til, at kommunen skal ind over bevillingerne i og med, at kommunerne ikke foretager den endelige vurdering. På den måde vil borgerne hurtigere få adgang til det produkt, de har brug for, og der vil ikke længere være tvivl om, hvem der har ansvaret for bevilling og finansiering. (Del 4/ kap. 14./ s. 330-331).

Midlertidige hjælpemidler: Vi foreslår samtidig, at kommunerne overtager hele ansvaret for de midlertidige hjælpemidler. Det vil sikre en mere helhedsorienteret indsats til borgeren og fjerne overgangen fra midlertidige hjælpemidler til blivende hjælpemidler. Det vil desuden mindske bureaukrati og administration. Samtidig vil et samlet driftsansvar i kommunerne kunne være med til, at flere hjælpemidler genbruges og således bidrager til en mere effektiv og bæredygtig omsætning.

Samtidig foreslår Ergoterapeutforeningen, at visse behandlingsredskaber de såkaldte tekniske behandlingsredskaber såsom ståstøttestativ og tyngedyneprodukter mv. som kan genbruges, henføres til kommunernes fulde ansvar. Disse produkter vil derefter kunne udlånes fra de kommunale hjælpemiddeldepoter med genanvendelse og bæredygtighed for øje.

Strukturel forebyggelse: I den strukturelle forebyggelse fokuserer man på at fremme sunde rammer (jf. sundhedsloven) og på at modvirke den sociale ulighed i sundhed, som betyder at socialt og økonomisk udsatte borgere, de kortest uddannede og mennesker med psykiatriske lidelser har en langt lavere middellevetid og højere forekomst af sygdom end andre grupper.

Den individuelle forebyggelse foregår i tæt samspil med borgernes hverdagsliv og her er incitamentet i strukturerne af stor betydning for om der faktisk finder forebyggelse sted.

Efter vores mening bør forslag til både strukturel forebyggelse og individrettet forebyggelse indgå i en kommende national sundhedsplan. Vi læser desuden af afsnittet i del 4 / kap. 14/ s.360 om medarbejdere i forebyggelse, at der er relativt få medarbejdere i (de individrettede) forebyggelsesindsatser, hvilket vi vil tillade os at forholde os kritiske overfor, hvis vi vil have markante resultater på området.

Private aktører, herunder ergoterapeuter: Det er med beklagelse, at vi konstaterer, at der fortsat ikke er forslag om overenskomst med sygesikringen for ergoterapeuter. Det skaber ikke kun ulighed i konkurrencen mellem faggrupper, men også ulighed for borgerne/patienterne ift. at kunne benytte relevante og forskellige indsatser.

Som det er i dag, kan privatpraktiserende speciallæge eller almen praksis ikke henvise patienter til en ergoterapeut med offentligt tilskud, som man kan til fx en fysioterapeut eller en psykolog. Ergoterapeutforeningen har mange eksempler med borgercases, som viser, at behovet for privat ergoterapi er stigende for alle aldersgrupper med medfødte eller erhvervede handicaps, opståede skader eller senfølger.



Mange borgere kan ikke få den ergoterapi, som de har brug for i det offentlige, når det fx kommer til fx arbejdsrehabilitering og ergoterapi til børn, hvorfor der er brug for private tilbud.

Det skaber ulighed i sundhed. Derfor foreslår vi, at egen læge og speciallæge fremover både skal kunne henvise til privat overenskomstdækket ergoterapi.

Ergoterapeutforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle uddybende kommentarer i forhold til høringssvaret, og vi deltager meget gerne i det opfølgende arbejde om udvikling af fremtidens sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Tina Nør Langager
formand for Ergoterapeutforeningen



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Torvegade 74, 6700 Esbjerg

Dato

05. august 2024

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra Sundhed & Omsorgsudvalget samt Ældrerådet og Ældresagen i Esbjerg Kommune

Sundhed & Omsorgsudvalget samt Ældrerådet og Ældresagen i Esbjerg Kommune (i det følgende benævnt Esbjerg Kommune) takker for muligheden for at blive hørt i forbindelse med udgivelsen af Sundhedsstrukturkommissionens rapport 'Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen' og anerkender Sundhedsstrukturkommissionens omfattende arbejde.

Esbjerg Kommune genkender udfordringerne i sundhedsvæsenet, som beskrives i rapporten, og vi er enige i, at der er behov for at investere i det nære og forebyggende sundhedsvæsen med fokus på sundhed for alle, lige adgang og differentierede indsatser.

Esbjerg Kommune bakker op om KL's svar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport og nærværende høringsvar skal betragtes som et lokalt supplement til dette.

Tværgående anbefalinger

Esbjerg Kommune bakker op om de tværgående, modeluafhængige anbefalinger, som virker fornuftige og som et godt afsæt for udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen til gavn for borgerne i hele landet.

Strukturkommissionens forslag til forvaltningsmodeller

I april 2024 blev der indgået aftale om en ældrereform, der bygger på selvbestemmelse, tillid og samspil med lokalsamfundet, og bærende værdier i den kommende ældrelov er blandt andet det tætte samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund.

En fortsat, lokal forankring af ældreområdet er en forudsætning for dette, og det er derfor afgørende, at der sikres sammenhæng mellem sundhedsreform og ældrereform.

Esbjerg Kommune bakker derfor op om en model, hvor de nære sundhedsopgaver fortsat løses og udvikles tæt på borgernes hverdagsliv, i nær sammenhæng med øvrige kommunale opgaver, i samarbejde med almen praksis og med fokus på, at udgangspunktet for fremtidens sundhedsvæsen er, at borgerne holdes raske og sunde hele livet.

Med dette som udgangspunkt er det Esbjerg Kommunes vurdering, at de bedste forudsætninger for et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen, der styrker nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng, er indeholdt i Strukturkommissionens model 3.

Med fastholdelse af den nuværende ansvarsfordeling af opgaverne indenfor sundheds- og ældreområdet, undgås tab af den sammenhængskraft, der er i kommunerne i forhold til at varetage borgernes sundhed gennem hele livet.

Esbjerg Kommune mener derfor, at den nødvendige styrkelse af det samlede sundhedsvæsen bør ske med udgangspunkt i de tilbud, der allerede i dag eksisterer uden for landets sygehuse. Kommuner og almen praksis er tæt på borgernes hverdagsliv og møder dem i alle livets faser, hvilket giver gode forudsætninger for helhedsorienterede tilbud og services. Dette er muligt med udgangspunkt i model 3.

I relation til model 3 har Esbjerg Kommune en række opmærksomhedspunkter og eksempler fra hverdagen, som uddybes i det følgende.

Samspil med borgeren og civilsamfundet

I kommunerne er sundhed mere end blot fravær af sygdom, smerter og andre begrænsninger. I Esbjerg Kommune har vi således et helhedsorienteret syn på sundhed, som for os handler om både fysisk, psykisk og social trivsel.

For at sikre borgernes muligheder for at leve et godt liv og skabe værdi for samfundet, etablerer og driver vi sundhedsindsatser og tilbud der, hvor folk lever, leger, arbejder og udfolder sig. Og det gør vi i tæt samarbejde med borgeren, almen praksis, erhvervslivet, boligforeninger, idrætsforeninger, interesseorganisationer, lokalråd og andre aktører i civilsamfundet. Samskabelse af tilbud og muligheder er centralt i vores tilgang og er en vigtig del af det fælles ansvar for sundheden i Esbjerg Kommune.

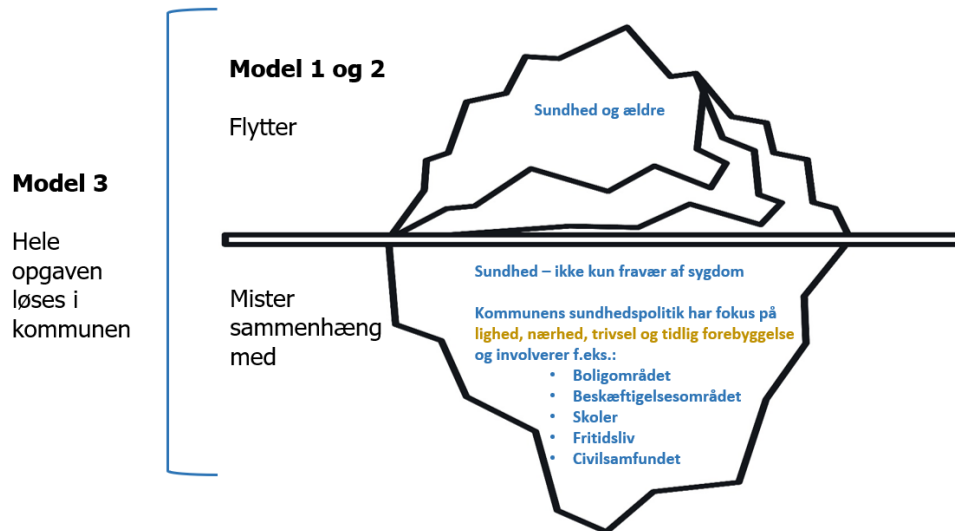
De kommunale sundhedsfaglige medarbejdere er placeret i borgernes nærmiljø med løbende kontakt til alle parter i borgernes forløb lige fra egen læge, specialiserede afdelinger på sygehusene til andre grene af kommunen og borgernes netværk.

Med udgangspunkt i model 3 er der mulighed for, at vi i kommunerne kan fortsætte og videreudvikle det gode arbejde, der allerede er i gang tæt på borgerne med stor inddragelse af civilsamfundet.

Sammenhæng på tværs af aldre, fagligheder og forvaltningsområder

I kommunerne møder vi borgerne gennem hele livet, og vi møder dem i alle livsfaser. Opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet løses i Esbjerg Kommune altid i et tæt samspil med den enkelte borger og civilsamfundet og sker i et tæt samarbejde mellem forskellige fagligheder og fagområder.

I Esbjerg Kommunens sundhedspolitik har vi fokus på lighed, nærhed, trivsel og tidlig forebyggelse og involverer fx boligområdet, beskæftigelsesområdet, skoler, fritidslivet og civilsamfundet. Den tidlige forebyggelse med fokus på fremme af sundhed og trivsel sker således i et tæt samspil mellem kommunens forskellige forvaltningsområder. Det tætte samspil sikrer adgangen til nære, helhedsorienterede sundhedstilbud, der skaber værdi i borgernes hverdagsliv, og som er et væsentligt element i forhold til at imødegå de udfordringer, vi står overfor i sundhedsvæsenet.



Med visionen "Sundhed - Energi til det gode liv" har Esbjerg Kommune søsat en ambitiøs sundhedspolitisk ramme, der skal styrke borgernes muligheder for at tilvælge det sunde og gode liv. Overordnet set går det godt. Sundheden i kommunen bevæger sig i den rigtige retning. Men der er stadig uligheder i sundheden, der kalder på handling. Et af de steder er Treenigheds Sogn i Esbjerg by.

Resultater fra en nylig gennemført undersøgelse ved Århus Universitet viser, at risikoen for at dø før man fylder 75 år er dobbelt så høj i Treenigheds Sogn sammenlignet med lignende områder i Esbjerg og landsgennemsnittet - en risiko, der forbliver høj, selv når man tager højde for områdets køns- og alderssammensætning.

Der kan naturligvis være flere grunde til, at levetiden i Treenigheds Sogn er lavere end i andre af byens områder. Vi ved dog, at flere af områdets borgere har forskellige udfordringer i livet. Nogle borgere har kun en svag tilknytning til fællesskaber og idrætsforeninger, og flere lider af kroniske sygdomme som diabetes og KOL. Alle disse forhold skaber udfordringer i hverdagen, der gør, at man måske ikke altid har overskud til at vælge en sund livsstil eller til at engagere sig i aktiviteter og tilbud.

I Esbjerg Kommune har vi derfor igangsat et projekt, hvor alle os, der holder af området - borgerne, kommunen, forenings- og erhvervslivet og mange andre aktører i civilsamfundet, kan samarbejde om ideer til at løfte sundheden og fællesskabet og gøre sognet til et endnu bedre sted at bo.

I Esbjerg Kommune anser vi det som afgørende for fremtidens sundhedsvæsen, at denne form for samarbejde kan fortsætte og dermed, at sammenhængskraften mellem kommunerne, forskellige aktører i nærmiljøet og civilsamfundet bevares.

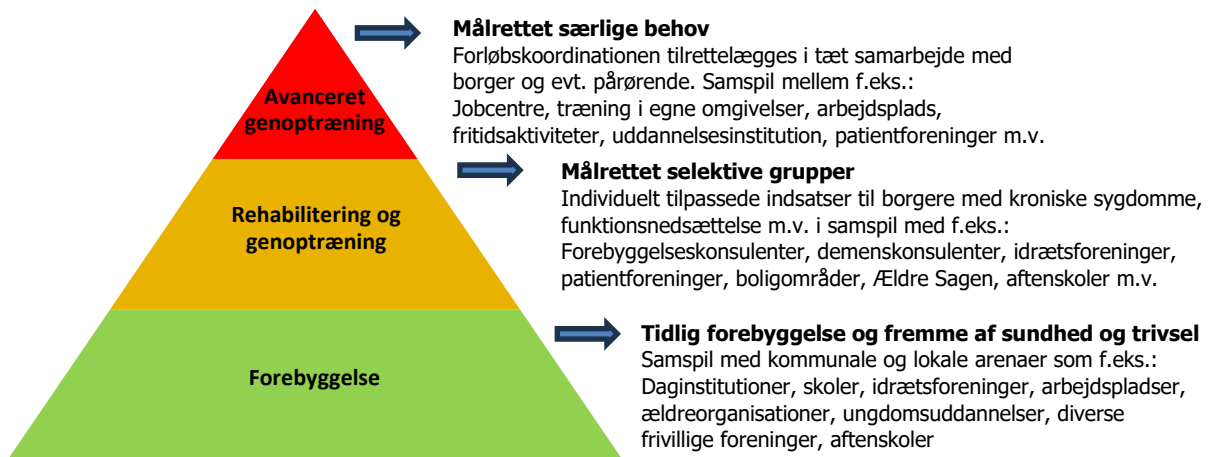
Patientrettet forebyggelse og genoptræning

Med kommunalreformen fra januar 2007 fik kommunerne ansvar for forebyggelsesindsatsen overfor borgere med kronisk sygdom, og siden har man arbejdet for at skabe sunde rammer i borgernes liv og tilbud til dem, der har brug for særlig støtte til at leve sundere eller mestre livet med kronisk sygdom. Det er en opgave, der er løst ved høj grad af inddragelse af civilsamfundet.

Støtten til at leve et godt liv med kronisk sygdom i egen hverdag og hjem er vigtigt for langt de fleste mennesker med kronisk sygdom. Kommunerne

har en unik mulighed for at give denne støtte med fokus på sundhed og hverdagsliv, så borgerne undgår at blive fastholdt i rollen som patient med sygdom og behandling som omdrejningspunkt. Det mener vi er vigtigt at fastholde.

Esbjerg Kommune har fx oprettet 16 sundhedsklinikker, hvor borgerne kan modtage hjælp indenfor både sygepleje og telemedicin samt hjælp til at overskue et behandlingsforløb eller generelle gode råd om forebyggelse. Klinikkerne er placeret forskellige steder i kommunen tæt på borgerne.



Mange genoptræningsplaner tildeles borgere under 65 år. Koordineringen med beskæftigelses-, social- eller børn- og ungeområdet er derfor væsentlig i forbindelse med en lang række planer. Dette er medvirkende årsag til, at Esbjerg Kommune også inden for genoptræningsområdet vurderer, at det er vigtigt, at ansvaret forbliver i kommunerne så nærheden til tilbuddene kan bevares, at der sikres kontinuitet og unødige snitflader undgås.

Kommunerne har en række midlertidige pladser, som kan tilbydes borgere, der fx har brug for at genvinde funktionsevnen efter en indlæggelse på sygehuset, har brug for pleje og træning ved akut sygdom så indlæggelse undgås eller, hvor der er behov for at afklare fremtidigt behov for hjælp og boform.

I Esbjerg Kommune er det udelukkende fysisk indrettede pladser på plejehjem og døgnrehabilitering. Hovedparten af ikke færdig behandlede borgere vil fremadrettet foregå i sundhedsklinikker eller borgerens eget hjem. Der er derfor ikke meningssskabende at flytte pladserne til andre aktører.

Kommunal akutfunktion og helhedspleje er hinandens forudsætninger

I Esbjerg Kommune mener vi ikke, at akutsygeplejen bør flyttes fra kommunerne. Akutfunktionen i en kommune er vævet tæt ind i alle de sundhedsfagliges opgaver og løses derfor i fællesskab. I Esbjerg Kommune er det alle kommunale sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, der varetager akutfunktionsopgaver eller dele heraf. Akutfunktionen kan ikke isoleres og udskilles til at være båret af et mindre antal sygeplejersker i et akutteam.

Helhedspleje er et centralt element i den nyligt lancerede ældrereform. Hvis det skal være muligt at kunne indfri vigtige elementer, som kontinuitet og helhedspleje, er det afgørende at bevare hele den kommunale sygepleje, og dermed også akutfunktion, tæt på borgeren.

Siden kommunalreformen i 2007 har kommunerne overtaget en lang række komplekse behandlingsopgaver fra sygehusene, og vi har løbende tilrettet os og sikret, at alt sundhedsfagligt personale har de rette faglige kompetencer til at varetage opgaverne.

Kommunerne spiller en afgørende rolle i forhold til at forandre og styrke vores sundhedsvæsen. I Esbjerg Kommune er vi klar til at tage ansvar og bidrage til at skabe et bedre og mere sammenhængende sundhedsvæsen for alle borgere, hvor borgerne modtager behandling og pleje af høj, faglig kvalitet tæt på eget hjem, med kommunen som central aktør. Overdragelse af flere sygeplejefaglige opgaver fra sygehuse til kommuner vil være med til at skabe større sammenhæng og faglig kvalitet i borgernes behandlingsforløb.

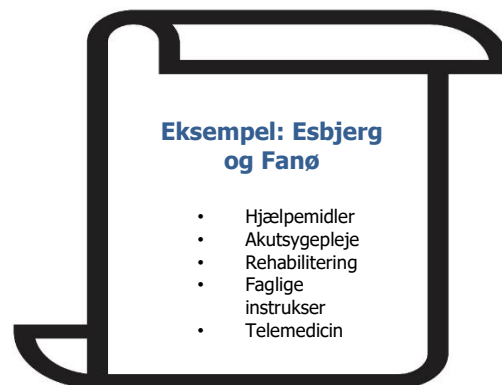
Med en styrket økonomi til kommunerne vil model 3 give mulighed for flere ressourcer i de eksisterende tilbud i kommunerne, og flere opgaver tæt på borgeren vil kunne løses.

Store kommuner hjælper små kommuner

Esbjerg Kommune bakker op om muligheden for tværkommunale samarbejder, som er indeholdt i model 3. Vi er som stor kommune klar til at tage ansvar for at understøtte mindre kommuner.

I Esbjerg Kommune har vi gennem en årrække samarbejdet med Fanø Kommune indenfor en række områder som fx hjælpemidler, akutsygepleje, rehabilitering, faglige instrukser og telemedicin.

Vi oplever samarbejdet som en god måde at sikre volumen, specialisering og kompetencer til gavn for borgerne, og Esbjerg Kommune bakker således op om lignende forpligtende samarbejder på flere områder og med andre kommuner.



Vi håber, at ovenstående input vil blive brugt i det videre arbejde frem mod en ny sundhedsreform.

Med venlig hilsen

Sundhed & Omsorgsudvalget samt Ældrerådet og Ældresagen i Esbjerg Kommune

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering fra et samlet Nordjylland

På vegne af et samlet Nordjylland, de 11 nordjyske kommuner, Region Nordjylland, Aalborg Universitet, University College Nordjylland, SOSU-Nord, SOSU-STV og Erhverv Norddanmark, vil vi gerne takke for muligheden for at give et fælles nordjysk høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering og regeringens kommende udspil til en sundhedsreform.

Først og fremmest vil vi gerne anerkende og kvittere for det omfattende arbejde, som Sundhedsstrukturkommissionen har lagt i at udarbejde anbefalinger, der sigter mod at styrke det nære sundhedsvæsen for borgere og patienter. Kommissionens arbejde indeholder mange positive takter med potentiale til at sikre et robust sundhedsvæsen, som kan håndtere de sundhedsudfordringer, vi som samfund vil opleve.

Afsættet for fremtidens sundhedsvæsen

I et samlet Nordjylland vil vi gerne særligt støtte op omkring kommissionens tværgående anbefalinger, der vedrører det 1) almenmedicinske tilbud, 2) digitaliserings- og dataområdet, 3) fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, 4) psykiatri og 5) private aktører inden for sundhedsvæsenet.

Konkret ser vi i Nordjylland behovet for:

- **Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud:** Vi ser et stort behov for at styrke det almenmedicinske tilbud, så det bedre kan håndtere komplekse sundhedsudfordringer og spille en mere integreret rolle i sundhedsvæsenet. Udvidelse af kapacitet, kompetenceudbygning samt tilpasning til lokale behov og fokus på kvalitetsforbedring er vigtige skridt i retning af at opnå dette. Det er afgørende at sikre en jævn geografisk fordeling af almenmedicinske læger både på landsplan og specifikt i hele Region Nordjylland, særligt hvor der i dag er udfordringer med lægedækningen.
- **Anbefaling 2: Ny organisering af digitalisering og data:** En digital transformation er afgørende for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Vi støtter en strategi, der fremmer et smidigere samarbejde på tværs af sektorerne, hvor digitale løsninger og øget datadeling bidrager til bedre integration mellem sektorer, så borgeren oplever et let, smidigt og effektivt forløb. For at støtte denne vision er det vigtigt at fastsætte, hvilke digitale løsninger der bør udvikles og udbredes nationalt, og hvilke der kan udvikles lokalt for at støtte denne vision. Drift og udvikling af IT-løsninger bør dog forankres lokalt, og ikke centralt, således løsninger udvikles i et tæt samspil med klinikken og de brugere, som skal anvende løsningen.
- **Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet:** Vi er enige i vigtigheden af at tilpasse ressourcerne både mellem det primære sundhedsvæsen og sygehusene samt geografisk på tværs af landet. Det er vigtigt at prioritere midler til det nære sundhedsvæsen, samtidig med at vi sikrer økonomisk og geografisk støtte til både det primære og sekundære sundhedsvæsen. Vi skal opretholde en balance, der afspejler sundhedsvæsenets behov og udfordringer, samtidig med at den opbyggede kapacitet i sekundærsektoren bevares. En styrkelse af det nære sundhedsvæsen forudsætter en prioritering af midler, der svarer til opgavens omfang. I den forbindelse er det afgørende, at der prioriteres nye penge til at udvikle det nære sundhedsvæsen, og ikke blot som foreslået en omprioritering af allerede afsatte demografimidler. Desuden mener vi, at bloktilskuddet skal gennemgås for at sikre økonomisk lighed på tværs af regionerne.

Sundhedsvæsenets fremtidige struktur bør støtte et nært, sammenhængende og forebyggende sundhedssystem præget af lighed, nærhed og bæredygtig organisering. Sundhedsvæsenets organisering har

været til debat i alt for lang en periode, og der er brug for en organisering, der er robust og fremtidssikret, således fokus kan være på at omstille et samlet sundhedsvæsen til at kunne adressere de fremtidige udfordringer, som en ændret sammensætning af borgernes behov afstedkommer. Derfor udtrykker Nordjylland bekymring over en eventuel centralisering.

De opgaver, som kommissionen rent organisatorisk foreslår centraliseret, vil fortsat skulle løses i eller meget tæt på borgernes hjem. Her er lokalt kendskab og forankring (herunder også politisk) en klar fordel. Derudover skaber en samling af opgaver hos en mere central aktør blot nye snitflader til tilstødende opgaveområder.

Effektive løsninger på sundhedsudfordringer kræver et tæt samarbejde på lokalt niveau. Nordjyllands succes med lokale initiativer som IV-behandling i kommunalt regi; TeleCare Nord som er et samarbejde mellem de 11 nordjyske kommuner og Region Nordjylland om telemedicinske sundhedstilbud til borgerne i Nordjylland; samt de lokalt tilpassede indsatser fra sundhedsklyngerne demonstrerer, hvordan nærhed og lokal forankring kan forbedre behandlingen og samtidig optimere ressourceforbruget i sundhedsvæsenet. Vi har i Nordjylland ligeledes stærke relationer, og arbejder tæt sammen med vores anerkendte forskningsinstitutioner og uddannelsesinstitutioner, som spiller en afgørende rolle i at forbedre behandlingen og plejen af vores borgere. Vi har de relevante uddannelsesinstitutioner i regionen, så vi kan uddanne læger, sygeplejersker, jordemødre, social- og sundhedsassistenter mv. til social- og sundhedsområdet. Vi prioriterer kompetenceudvikling af vores personale og støtter den kontinuerlige udvikling af nordjyske sundhedsmedarbejdere. Dette sker bl.a. gennem vores tværsektorielle samarbejde, hvor vi systematisk inddrager nordjyske uddannelses- og forskningsinstitutioner. Den stærke tradition for samarbejde på tværs af fagområder og sektorer som vi har i et samlet Nordjylland, understreger behovet for at bevare og styrke den lokale forankring, således den relationelle koordinering også i fremtidens sundhedsvæsen vil komme borgerne til gavn.

Kommissionens foreslåede samling af opgaver adresserer ikke tilstrækkeligt borgernes behov for bedre sammenhæng. Et samlet Nordjylland er enige om at anbefale dele af Model 3. Vi støtter en version, hvor Region Nordjylland bevares, og hvor Regional Udvikling og Specialsektoren fortsat er en del af regionernes opgaveportefølje.

Ligesom vores hovedorganisationer, ser parterne generelt forskelligt på flytning af sundhedsopgaverne. Til gengæld er vi i Nordjylland enige om at bevare driften af plejehjem og hjemmeplejen i kommunerne.

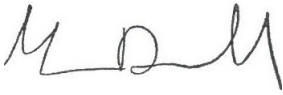
Der er dog brug for tydeligere opgavebeskrivelser via lovgivning og kvalitetsstandarder, incitamenter i retning af forebyggelse, og en klar prioritering af et nært sundhedsvæsen med lokal forankring, lokale løsninger og de nødvendige ressourcer.

Vi ønsker at understrege vigtigheden af, at enhver reform af sundhedsvæsenet sikrer en solid demokratisk forankring og respekt for regionale forskelle og behov. Det er afgørende, at Nordjylland og andre mindre befolkede områder ikke overses eller marginaliseres i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen. Derfor ønsker de 11 nordjyske kommuner og Region Nordjylland som førnævnt igen at tydeliggøre over for regeringen, at det er et fælles ønske, at Region Nordjylland bevares i enhver kommende omorganisering af sundhedsområdet.

Med denne henvendelse håber vi, at Regeringen vil tage det nordjyske perspektiv med i deres videre arbejde og tilgodese de gode ting, vi allerede gør i Nordjylland.

Med venlig hilsen


Nordjyske borgmestre og rådmænd, regionsrådsformand, rektor og bestyrelsesformænd



Mads Duedahl
Regionsrådsformand Nordjylland



Mikael Klitgaard
Borgmester Brønderslev Kommune



Mads Duedahl
Bestyrelsesformand University College
Nordjylland



Birgit S. Hansen
Borgmester Frederikshavn Kommune



Mogens Jespersen
Borgmester Mariagerfjord Kommune



Søren Smalbro
Borgmester Hjørring Kommune



Per Bach Laursen
Borgmester Vesthimmerlands Kommune




Mogens Gade
Borgmester Jammerbugt Kommune



Jesper Greth
Borgmester Rebild Kommune



Niels Jørgen Pedersen
Borgmester Thisted Kommune



Lasse Frimand Jensen
Borgmester Aalborg Kommune



Hans Ejner Bertelsen
Borgmester Morsø Kommune



Jes Lunde
Rådmand Aalborg Kommune



Rasmus Haugaard
Bestyrelsesformand Erhverv Norddanmark



Tobias Birch Johansen
Borgmester Læsø Kommune



Henrik Gregersen
Bestyrelsesformand SOSU-STV

Kr. Gaardsøe

Kristian Gaardsøe
Bestyrelsesformand SOSU-NORD

Per Michael Johansen

Per Michael Johansen
Rektor Aalborg Universitet

6. august 2024

Høringssvar om sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har anmodet Faglige Seniorer om at afgive høringssvar til sundhedsstrukturkommissionens afrapportering om fremtidens sundhedsvæsen. Sammen med de øvrige organisationers bemærkninger vil det indgå i regeringens forslag, som skal ligge til grund for de politiske forhandlinger om reformer af sundhedsvæsenet.

Faglige Seniorer er en interesseorganisation for 260.000 seniorer, som enten er på arbejdsmarkedet eller er overgået fuldt og helt til en tilværelse som pensionister.

Sundhedsstrukturkommissionens rapport omfatter den samlede indsats, som udføres i det danske sundhedssystem. Det er store og meget komplekse udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor og det afspejler sig også i den afrapportering, hvor der anbefales reformer i forskellige niveauer og retninger.

Faglige Seniorer har naturligt valgt at kommentere på de elementer af opgavesamlinger og forvaltningsmodeller, som har størst betydning for de ældre borgere, men anerkender, at der naturligvis også kan være andre interesser, som er helt legitime i forhold til organiseringen af det samlede fremtidige sundhedsvæsen.

Nødvendigt med en sammenhængende organisation

Danmark har et godt og velfungerende sundhedsvæsen og der er en udbredt tilfredshed blandt borgerne i forhold til de ydelser, som de modtager. De er generelt af høj kvalitet. Men når man ser på de udfordringer, som ikke mindst følger af store demografiske forandringer, så er det nødvendigt at få etableret en sammenhængende organisation, som er i stand til at gennemføre vigtige beslutninger om mål og prioriteringer.

Men sundhedsvæsenet skal også kunne fungere i samspil med andre samfundsmæssige opgaver. Senest har folketinget med et bredt flertal besluttet,

at fundamentet for den fremtidige ældrepleje skal være en helhedspleje baseret på decentrale faste teams og det vil ikke kunne fungere uden et stort islæt af sundhedsfagligt personale. I forbindelse med de politiske forhandlinger om fremtidens sundhedsvæsen, så skal dette opgavemæssige samarbejde være intakt – ikke mindst på baggrund af det store antal ældre, som fremadrettet får brug for sundhedsmæssige ydelser, således som strukturkommissionen har analyseret sig frem til i rapporten.

Der må sættes klare mål for reformerne

Faglige Seniorer vil, som en anden grundlæggende forudsætning for en succesrig reformproces, anbefale, at man beslutter nogle klare mål for den eller de reformer, som skal gennemføres. Det giver også muligheder for at stykke reformprocessen op i nogle faser eller delreformer, fremfor at lave en meget omfattende reorganisering, som giver store styringsmæssige udfordringer.

Erfaringer med meget omkalfatrende reformprocesser er sjældent succesrige, fordi man ikke kan håndtere processerne i et komplekst styringsystem. I denne sammenhæng skal der både laves opgavemæssige samarbejder og forvaltningsmodeller og det indebærer stor risiko for, at man taber en del af det potentiale, som ligger i at samle de sundhedsmæssige opgaver under en ny struktur.

Sundhed skal funderes i et politisk styresystem

Faglige Seniorer lægger desuden stor vægt på, at de sundhedspolitiske prioriteringer funderes i et politisk system med politisk valgte som ansvarlige. Det er vigtigt med demokratisk legitimitet og sikre, at der er opbakning til de rammer, som sundhedsvæsenet skal udvikle sig indenfor. Når det er fastslået, så er det selvsagt også vigtigt, at de sundhedsfaglige beslutninger træffes af det kyndige sundhedspersonale, som vi har i det danske sundhedsvæsen. Det er vigtigt at få inddraget i forbindelse med de prioriteringer, som også bliver nødvendige i fremtiden.

Faglige Seniorer vil i denne høring lægge fokus på de indholdsmæssige tendenser og udfordringer. Det er det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, som skal præge den kommende reformproces. Vi deler sundhedsstrukturkommissionens analyse og konstaterer, at andelen af befolkningen, som er over 80 vil stige med 14 pct frem til 2035. Det er sammen med den store

stigning i antallet af borgere med psykiske lidelser de altdominerende udfordringer for sundhedsvæsnet. På begge disse indsætter anbefales helt specifikke og tydelige handlingsplaner, som nationalt kan præge de regionale og lokale tilpasninger.

Begge disse handlingsplaner kræver vigtige indsætter for at skaffe mere sundhedsfagligt personale med kompetencer indenfor de to nævnte udviklingsområder. Der er også behov for en styrket forskning, som kan sikre, at sundhedsvæsnet fremover kan leveresundhedsydelser på højeste niveau.

Et usammenhængende patientforløb

I lighed med sundhedsstrukturkommissionens analyser, så konstaterer Faglige Seniorer også, at mange ikke mindst ældre borgere, at indsætten præges af usammenhængende patientforløb. Det må være muligt at forenkle og forbedre kommunikationen mellem de enkelte behandlingsinstitutioner, så borgerne oplever, at de får et forløb, der er forståeligt og logisk. Der kan opstå fejl. Et sygdomsforløb kan være komplekst, men man oplever ganske enkelt for ofte, at 'den ene hånd ikke ved hvad den anden gør'. Dette problem er særligt udfordrende for ældre medborgere, som ikke altid har de nødvendige forudsætninger og ressourcer til at følge med i behandlingens forskellige komponenter.

Der er et klart forbedringspotentiale i forhold til kommunikation med patienter og pårørende. Et sammenhængende patientforløb er særlig afgørende når vi taler om ældre og plejekrævende patienter. Faglige Seniorer støtter, at der overføres fleres ressourcer til den primære sektor, som kan understøtte en fremtidig helhedspleje. Selvom ældreplejen har haft politisk bevågenhed, så har det ikke udløst en større investering både hvad angår personale og et tilstrækkeligt antal aflastningspladser og plejehjemspladser.

Både i det forebyggende arbejde og i rehabiliteringen efter et sygdoms-/indlæggelsesforløb kan der med fordel skabes en bedre indsæt. Det vil tage en del af presset på vores kapacitet på sygehusene, så den specialiserede viden og kompetence kan koncentreres om behandlingen. Der skal uddannes og fordeles læger med speciale indenfor almen medicin og der skal uddannes flere der kan understøtte den forebyggende og plejende indsæt i forhold til ældres behov.

Sygehuse med særlig kapacitet indenfor de geriatriske har også vist sig særdeles nyttige i forhold til at yde den højeste kvalitet indenfor ældrepsykiatri – herunder også de forløb, der afslutter et langt liv. Det ønsker vi også prioriteret i en samlet national indsats.

Lige adgang til sundhed bør være en forudsætning

Faglige Seniorer deler kommissionens overordnede pejlemærker med sundhed for de mange, lige adgang til sundhed og differentierede indsatser på de mest vitale indsatsområder. Det bør være det som dominerer de kommende politiske reformforhandlinger.

I fremtiden vil der være risiko for en større geografisk og social ulighed i forhold til at søge og opnå behandlinger i sundhedsvæsenet. Denne ulighed vil blive forstærket jo ældre man bliver. Der skal sikres bedre rammer, så mange ældre ikke rammes af den stigende ulighed.

Det kræver politisk prioritering af ressourcer og det kræver et bedre samspil mellem offentlige og private sikringsydelser. Det må og skal sikres, at de socialt og geografisk mest udsatte kan få andel i sundhedsydelser – også i de højt specialiserede dele af sundhedsvæsenet.

Flere ressourcer er nødvendigt

Regeringen har i 2030-planen afsat 5 mia. kr. ekstra årligt til en sundhedspakke. Og der er afsat 2,3 mia. kr. til en ekstra indsats på psykiatriområdet. Der vil blive fremlagt et forslag til en sundhedsfond til vedligeholdelse af og modernisering af sygehuse. Med de analyser, som sundhedsstrukturkommissionen har udarbejdet, så er det - trods de store beløb - alligevel stramme rammer om udviklingen af et stærkt sundhedsvæsen. Der skal flere ressourcer til.

Indenfor den nationale ramme er der samtidigt behov for at overflytte ressourcer til den primære sundhedssektor. Det er tvivlsomt om de 3,5 mia. kr. der i 2030 planen skal bruges til en styrkelse af den primære sundhedssektor. Det fremstår ikke i dag klart, hvordan denne prioritering skal spille sammen med den ekstra investering i den fremtidige ældrepleje herunder hele den forebyggende og rehabiliterende indsats. Derfor er det en klar anbefaling

fra Faglige Seniorer, at der hurtigst muligt etableres den nødvendige politiske afklaring af de to store indsatsområder i den samlede velfærdspolitik.

Faglige Seniorer støtter nedsættelsen af et tværgående nationalt prioriteringsråd – mest sundhed for pengene, som kan fremlægge forslag til en samlet national strategi for sundhedsvæsenet inklusive de kommende sundhedsydelse indenfor ældresektoren.

Sundhedsvæsenets organisering

Den sidste del af sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger omhandler anbefalinger til en ny samlet organisering af sundhedsvæsenet. Strukturkommissionen anbefaler en ny og mere sammenhængende model i form af sundheds- og omsorgsregioner med et regionalt sundhedsråd som omdrejningspunkt. Det vil give de bedste potentielle forudsætninger for at udvikle et sammenhængende sundhedsvæsen.

Det vil indebære betydelige overflytninger af opgaver og økonomi fra kommuner til regioner ikke mindst i forhold til sundhedspleje af ældre. Det står efter Faglige Seniorers vurdering i modsætning til de anbefalinger som ældreformen lægger for at skabe en meget decentral helhedspleje. Og det vil kunne underminere de klare prioriteringer, som den politiske aftale om fremtidens ældrepleje forudsætter.

Kommissionen har som udgangspunkt for opstilling af de 3 modeller opstillet 3 forvaltningsniveauer og 3 opgavesamlinger. De har hver deres begrundelse for at lave en mere sammenhængende strategi for fordeling af økonomi og ressourcer. Og de kan og bør også inddrages i forbindelse med de politiske valg af en ny organisering. Valg af model kan der gennemføres en række konkrete forslag til en mere effektiv og smidig organisering.

Faglige Seniorer anbefaler, at der gennemføres en ny sammenhængende enhedsorganisering af sundhedsvæsenet, hvor der sker en tydelig opgavesamling og prioritering af den primære sundhedssektor. Det kan ske efter en model, hvor der både inddrages en række anbefalinger fra model 1 og model 3.

Der er formentlig behov for en ny regional opdeling af regionerne, som vil give de bedste forudsætninger for at imødegå de geografiske skævheder i kvalitet og tilbud, som det nuværende sundhedsvæsen præges af. Men det bør nøje analyseres i hvilket omfang en eventuel ny regional opdeling af

opgaverne, vil påvirke økonomi og ressourceforbrug. Der er en betydelig risiko for, at en omfattende omstrukturering vil dræne det samlede sundhedsvæsen for så betydelige ressourcer, at der - i hvert fald i en årrække - bliver færre midler og ressourcer til det, som det hele handler om: Mere sundhed til borgerne.

Men der er også behov for at styrke den kommunale sundhedspleje i sammenhæng med den nye ældrereform. Grundlaget for den kommunale sundhedspleje er i dag uklar og er medvirkende til en utilstrækkelig og sammenhængende patientbehandling.

Det vil samtidig give de mindste risici for, at reformprocessen drukner i alt for store omvæltninger, men kan udnytte en række af de fordele, der er ved at have et rimeligt decentralt udgangspunkt for gennemførelse af den samlede strukturændring.

Der skal lægges tydelige nationale mål og strategier til grund for den samlede omprioritering af sundhedsvæsenet. Og her er udnyttelse af ny teknologi også en væsentlig forudsætning.

I sidste ende skal det stå klart, at reformprocessen skal domineres af de centrale pejlemærker om sundhed for de mange og mere lighed i sundhedsbehandlingen.

På vegne af Faglige Seniorer

Mette Kindberg
Landsformand

Palle Smed
Direktør

Falcks høringsvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport ”Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen”

Sundhedsstrukturkommissionen præsenterede den 11. juni 2024 seks tværgående anbefalinger og tre forslag til forvaltningsmodeller for nye måder at indrette sundhedsvæsenet. Falck takker regeringen for muligheden for at afgive høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Kommissionen lægger op til store forandringer af de eksisterende strukturer og dynamikker i sundhedsvæsenet. Falck deler analysen af, at de nuværende strukturer ikke kun gør patienten til kasterbold i et opdelt sundhedsvæsen, men også udgør en bremse for udvikling og udbredelse af innovative løsninger. Løsninger der vil give patienterne bedre behandling, større sammenhæng og mere lige adgang, men som også kan lette presset på sundhedsvæsenet. Falck finder det derfor centralt, at en kommende sundhedsreform sætter sammenhæng for borgeren i centrum.

Konkret bakker Falck op om, at en ny struktur samler ansvaret for tværgående patientforløb ved samme aktør, som skal have både opgave-, budget- og ledelsesansvaret. Dette vil både sikre optimale betingelser for patientforløb, hvor der er sammenhæng fra start til slut, men også understøtte, at de aktører, der udvikler og implementerer nye løsninger, oplever de positive effekter af at drifte, skalere og udbrede dem.

Falck vil yderligere fremhæve tre punkter, som kan understøtte målet om et sundhedsvæsen, som er mere sammenhængende, har ensartet kvalitet og implementerer de nyeste løsninger, uanset hvor i landet man bor:

1. Flere partnerskaber skal skabe skalerbare og bæredygtige innovative sundhedsløsninger (tilføjelse til kommissionens anbefalinger).
2. En klar national ramme skal sikre et ensartet akutberedskab på tværs af landet (tilføjelse til kommissionens anbefalinger).
3. Bedre brug af sundhedsdata på tværs af sektorer og aktører (kommentar til tværgående anbefaling nr. 2).

1. Flere partnerskaber skal skabe skalerbare og bæredygtige innovative sundhedsløsninger

Innovation på sundhedsområdet er en central del af løsningen, hvis vi skal imødegå et ændret og større pres på sundhedsvæsenet samt imødekomme forandrede sundhedsbehov i befolkningen. Selvom der i dag findes adskillige innovative projekter, som nedbryder sektorgrænser og former nye løsninger, overgår de sjældent fra projektfasen til drift

Dette er en problemstilling, som Sundhedsstrukturkommissionen også berører i den tværgående anbefaling nr. 2, hvor kommissionen beskriver samme type udfordringer for udbredelse af digitale løsninger. Her konkluderer kommissionen, at når velfungerende løsninger ikke efterfølgende bliver udbredt og implementeret, så medfører det et videnstab, men også et værditab for patienter og personale.

Falck anbefaler, at udviklingen af fremtidens sundhedsløsninger mellem private og offentlige parter sker i partnerskab. Konkret anbefaler Falck, at man i højere grad udvikler nye sundhedsløsninger i innovationspartnerskaber frem for som innovationsprojekter, så løsningens bæredygtighed og implementering er indtænkt fra start. Målet er, at innovative sundhedsløsninger i langt højere grad igangsættes med det klare formål at kunne gå i drift og skaleres på tværs af geografier. Det vil ikke kun skabe stabile, blivende og værdiskabende løsninger for borgere og medarbejdere, men også gøre det mere interessant for ikke-offentlige parter at medvirke til innovation i sundhedsvæsenet.

2. En klar national ramme skal sikre et ensartet akutberedskab på tværs af landet

Akutberedskabet udgør grundstammen i regionernes præhospitale indsats og består af ambulancer, akutbiler og akutlægebiler, samt en landsdækkende akutlægehelikopterordning. Ambulancedriften og det præhospitale område er i dag organiseret under de fem regioner. Det betyder, at hver region fastsætter egne servicemål og rammer for beredskabet, og at det er hver region, der selvstændigt udbyder opgaven eller driver ambulancetjenesten i eget regi.

Falck anbefaler, at der udarbejdes nationale rammer for det præhospitale område, som kan give øget transparens om, hvad borgerne kan forvente af akutberedskabet, samt sikre at borgerne får et mere ensartet tilbud på tværs af landet. Ensartede krav vil ligeledes lette samarbejdet på tværs af regionsgrænser, uanset om det er offentlige eller private aktører, som afvikler driften. Samtidig vil det medvirke til, at nye løsninger lettere kan implementeres på tværs, da rammerne for beredskabet er de samme. Falck anbefaler desuden at fastholde den nuværende størrelse på de præhospitale delområder.

3. Bedre brug af sundhedsdata på tværs af sektorer og aktører

Sundhedsstrukturkommissionen fremhæver i den tværgående anbefaling nr. 2 mulighederne i ny teknologi og data, men også de udfordringer og begrænsninger, der er for nuværende.

Skal borgerne opleve mere glidende overgange på tværs af sektorer og den rette indsats på det rette tidspunkt, skal det sundhedspersonale, som er inde over borgerens forløb, have adgang til et overblik over borgerens aktuelle forløb og tilstand i realtid. Det er hverken godt for borgeren eller en effektiv brug af ressourcer, at det sundhedspersonale, som møder borgeren i hjemmet, ikke kan dele tidstro data med sundhedspersonalet på hospitalet, i kommunen og i praksissektoren.

Endvidere kan bedre brug af sundhedsdata styrke udredning, behandling og frigøre ressourcer i sundhedsvæsenet, ligesom bedre brug af sundhedsdata er en forudsætning for at kunne realisere potentialet i lovende teknologier som kunstig intelligens. Begge dele sker i dag kun sporadisk, da sundhedsvæsenets digitale infrastruktur er opdelt og ofte ikke kan dele data.

Som svar på dette foreslår Sundhedsstrukturkommissionen konkret, at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data med fem tilhørende mål. Falck vil særligt fremhæve målet om en national dataplatform og digital infrastruktur, som skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet og løbende forbedre sundhedstilbud. Falck støtter derfor Sundhedsstrukturkommissionens forslag om en national dataplatform og digital infrastruktur. Falck anbefaler i den forbindelse, at offentlige og ikke-offentlige aktører sidestilles for at sikre sammenhæng og kvalitet i behandlingen på tværs af sundhedsvæsenet samt mulighed for at realisere potentialet i ny teknologi og digitale løsninger.



5.08.2024

bjk

Høringssvar fra Farmakonomforeningen vedr. Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Farmakonomforeningen takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Farmakonomforeningen holder sig i høringssvaret til det, vi ved noget om - altså medicin og sundhed. Vi vil derfor for nuværende overlade drøftelserne om regionernes fremtidige opbygning til en politisk drøftelse. Vi vil dog i den forbindelse fremhæve, at det i en kommende strukturreform er væsentligt, at der også er fokus på, hvordan man styrker medicinsikkerheden. Medicinsikkerhed er en væsentlig svaghed i den nuværende sundheds- og socialsektor, og adresseres ikke for alvor i anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen, selvom det indgår andre steder i værket

Farmakonomforeningens overordnede bemærkninger

Helt overordnet har Sundhedsstrukturkommissionen leveret et solidt og vigtigt stykke arbejde. Vi forventer, at det samlede værk inklusive analysedelene, sammen med arbejdet fra Robusthedskommissionen, vil indgå som et vigtigt element, når politikere, embedsmænd og aktører de næste år drøfter sundhedssektorens udfordringer og strukturelle opbygning. Så herfra skal lyde en stor tak til alle implicerede for det seriøse arbejde.

Vi anerkender selvfølgelig, at kommissionen har skulle fungere indenfor sit kommissorium. Når det er sagt, er det nogle steder også tydeligt, at man trods muligheder for at komme med input fra aktørerne i sundhedssektoren har holdt en stor del af de fagpersoner, der reelt har hænderne på kogepladen i hverdagen på sygehuse, plejecentre, kommuner, regioner mv. i strakt arm, hvilket giver nogle blinde pletter i arbejdet, som vi håber at høringsprocessen kan afhjælpe.

Eksempelvis er der fuldstændigt et fravær af anbefalinger, der direkte sigter efter at etablere mål og initiativer til at sikre en højere grad af medicinsikkerhed, hvad der ellers er et udtalt problem i sundhedssektoren. Ligeledes er der i dag en række barrierer for, at man effektivt og sikkert kan nyttiggøre en række faggruppers kompetencer indenfor medicinområdet. Den medicinsikkerhedsmæssigt væsentligste barriere er i dag den manglende sundhedsfaglige autorisation af farmakonomer og farmaceuter, der bremser for, at man på en effektiv måde kan indgå fleksibelt i samarbejdet med andre faggrupper omkring medicinbehandling – hvad der ellers er et markant behov for. Disse forhold uddybes i følgende afsnit.

Der mangler fokus på medicin i anbefalingerne

Medicin er en del af de fleste borgeres behandlingsforløb. Ingen kan være i tvivl om, at der i den nuværende struktur er væsentlige problemer med medicin og processerne

omkring medicin og medicin håndtering. Det fremgår blandt andet klart af de mange registrerede utilsigtede hændelser, i indlæggelserne af ældre på medicinske afdelinger og i sager lokalt eks. i kommunerne. Problemerne ses rigtig mange steder, også hvor man lokalt har godt styr på processerne, men hvor det i overgange alligevel går galt. Fejl med medicin ved disse overgange gælder ikke kun ved sektorovergange, men også ved skift indenfor samme sektor.

I det samlede værk fra kommissionen er medicin berørt, men der er desværre ikke udarbejdet egentlige anbefalinger. Dette finder Farmakonomforeningen er en mangel, når man ser på de alvorlige implikationer, der knytter sig til netop medicin. Og uanset hvilken organisationsform, der besluttet i sundhedsvæsenet, er der behov for at styrke samarbejdet om medicin lokalt. Vi ved, at både Pharmadanmark og Apotekerforeningen deler disse synspunkter.

Manglende sundhedsfaglig autorisation af farmakonomer og farmaceuter blokerer for effektivt samarbejde om medicin i sundhedssektoren

Vi vil rette opmærksomheden på en lavthængende frugt i forhold til at styrke medicinsikkerheden i sundhedssektoren: autorisation af farmakonomer og farmaceuter.

Både i kommuner, regioner og på primærapotekerne er farmaceuter og farmakonoms patientnære opgaver i kraftig vækst, og den manglende sundhedsfaglige autorisation er et problem i forhold til effektivitet i opgaveudførelsen og i forhold til medicinsikkerhed. Og problemet forventes kun at blive større, i takt med at behovet for fleksibel opgavevaretagelse øges. Uanset hvilken struktur sundhedssektoren fremtidigt indrettes efter, vil det være en bunden opgave, at der skal behandles mere udenfor sygehusene, og der er autorisation helt afgørende.

Farmakonomer og farmaceuter er samfundets lægemiddeleksperter. Den manglende autorisation af de to faggrupper viser, at samfundet ikke har taget sikkerhed, patientrettigheder og processer omkring medicin lige så seriøst som ved øvrig behandling, hvor patienten er sikret via personalets autorisation. Det på trods af at medicinering er den kategori, hvor der sker flest utilsigtede hændelser, og medicin håndtering er et kendt risikoområde, hvor der til stadighed bliver gjort fund ved de sundhedsfaglige tilsyn på plejecentre, i hjemmeplejen og i hjemmesygeplejen.

Den manglende sundhedsfaglige autorisation er et problem for blandt andet patientsikkerheden, borgernes klagemuligheder, faktisk og reel systemadgang og ikke mindst for fleksibel og ikke-bureaukratisk opgaveløsning tæt på patienten.

Det klare behov for at autorisere farmakonomer og farmaceuter bakkes op af blandt andet et samlet Sundhedskartel, FOA, Amgros, Farmakonomforeningen og Pharmadanmark. Og autorisation af disse to faggrupper er også nævnt som noget man skal se på i robusthedskommissionens arbejde. Den manglende autorisation blokerer for, at de medicin faglige strukturer kan fungere optimalt. Der er vedlagt bilag med uddybende argumentation for, at de to faggrupper skal autoriseres som sundhedspersoner.

Gode takter i netværksopbygning

Kommissionens rapporter kommer ind på mulighederne for netværksopbygning inspireret af Primary Care Networks (PCN) – altså grupperinger af alment praktiserende læger, der arbejder tæt sammen med deres lokalsamfund og sundhedspersoner for at kunne levere bedre, mere koordinerede ydelser tættere på patientens hjem, øge fokus på forebyggelse

og styrke kapacitet og modstandsdygtighed blandt leverandører af primære sundhedsydelser.

Farmakonomforeningen støtter, at der arbejdes videre med det spor, herunder at netværksarbejdet får en karakter, der også inkluderer forhold og ydelser omkring borgernes medicinering. Vi finder, at det vil være naturligt, at der i sådanne netværk deltager farmakonomer, farmaceuter og repræsentanter for apotekerne og sygehusapotekerne, for netop at styrke det fokus på medicin, der mangler i selve anbefalingerne fra kommissionen.

Digitalisering

Farmakonomforeningen støtter tanker om et mere digitalt sundhedsvæsen.

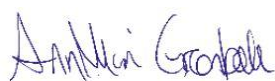
Medicinområdet er på mange områder velegnet til digitalisering, og i forhold nogle punkter er det kommet godt fra land, eks. med FMK. Det er dog tydeligt, at noget i den nuværende beslutnings- og incitamentsstruktur blokerer for, at man nyttiggør de synergier, der kunne og burde være mellem digitalisering og personalets kompetencer. Der mangler beslutningskraft på dette vigtige område.

Eksempelvis vil det være åbenlyst hensigtsmæssigt med en modernisering af recepten, gerne koblet direkte til ordinationen og det aktive lægemiddelstof, fremfor et konkret handelsnavn. Dermed vil personalet på apotekerne ud fra lægens ordination kunne finde både billigste og mest optimale lægemiddel. Det er også helt uforståeligt, at det endnu ikke har været muligt at etablere en digital model for en abonnementsordning, så lægemiddelbrugere med højt medicinforbrug kan slippe for store udsving i deres egenbetaling. Det kunne lette økonomien for nogle grupper, uden at det påvirkede den samlede betaling, eller tog noget fra nogen. Alle relevante parter giver udtryk for at kunne se ideen i et sådant forslag, men det synes vanskeligt at få det realiseret.

Farmakonomforeningen håber derfor meget, at de konkrete beslutninger på baggrund af sundhedsstrukturkommissionens arbejde vil lede frem til, at enkle og åbenlyst fordelagtige digitale løsninger får en lettere gang fremover.

Farmakonomforeningen står naturligvis til rådighed med uddybning og perspektiv. Tøv ikke med at kontakte os, hvis der er noget vi på nogen måde kan bidrage med. Vi ser i øvrigt frem til at bidrage ved drøftelserne om en kommende sundhedsreform.

Med venlig hilsen,



Ann-Mari Grønbæk

Formand for Farmakonomforeningen

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10 – 12
1216 København K



Vedr.: Høringssvar fra FAST om Sundheds-strukturkommissionens rapport

Hvem er FAST?

FAST – Fremtidens AkutSygehus i Thisted - er en folkeoplysende forening, der har til formål at støtte op om Aalborg Universitetshospital, Thisted. Vi arbejder for at fastholde og udvikle sygehuset i Thisted som akutsygehus.

Fremtidens sundhedsvæsen, set fra borgernes synsvinkel.

Sundhedsvæsenet har til opgave at sikre borgernes sundhed, og stille behandlingstilbud til rådighed, når der er brug for dette. For FAST er det vigtigt, at borgerne i alle dele af landet skal have lige adgang til sundhedsydelser.

Hvilken struktur man politisk ender med at vælge for sundhedsvæsenet, er set fra vores borgersynsvinkel ikke så vigtig. Det afgørende er, at borgerne – også i Nordvestjylland - har adgang til et sammenhængende og bæredygtigt sundhedstilbud, på samme niveau som i andre dele af landet.

Aalborg Universitetshospital, Thisted. Nærhed giver tryghed.

Sygehuset i Thisted er helt centralt for sundhedsvæsenet i Nordvestjylland. Det er et afgørende led i fødekæden som uddannelsessted for kommende medarbejdere, der skal sikre kvalificeret og lige adgang til et velfungerende sundhedsvæsen, - også geografisk set.

Sygehuset i Thisted har gennem de seneste år vist, at også mindre akuthospitaler kan levere en kvalitet, der er i top. Fødeafdelingen og skopiafdelingen på hospitalet er blevet kåret til Danmarks bedste, og dagkirurgisk afsnit modtog i foråret 2024 "Patienternes pris" i Region Nordjylland.

Akutsygehuset i Thisted ligger ca. 90 km fra andre akutsygehuse. For borgernes tryghed og oplevelse af ligeværd i sundhed er det afgørende vigtig, at der også i fremtidens sundhedsvæsen er et akutsygehus i Thisted. Nærhed giver tryghed.

Det gælder ikke mindst omkring fødsler, og for ældre borgere, der udgør en stor del af patienterne på sygehusene.

Region Nordjylland arbejder med "Hjemmeindlæggelser". Det er et godt tiltag, som bør fremmes mest muligt i fremtidens sundhedsvæsen, - ikke mindst i tyndt befolkede områder, hvor der for nogle borgere er langt til sygehuset.

Endelig er det vigtigt både for borgerne og erhvervslivet, at man kan komme til ambulans kontrol og behandling i nærområdet.

Sammenhæng og digitalisering i sundhedsvæsenet.

Når en borger går fra at være borger til at være patient, skal vedkommende ofte i kontakt med både sin praktiserende læge, kommunen og sygehuset. Det giver udfordringer, og borgeren oplever nogle gange at lande mellem to stole.

Det bør være en del af fremtidens sundhedsvæsen, at borgeren følges bedre på vej gennem, "systemet" når han/hun bliver patient. Det vil give øget tryghed for borgeren/patienten, og også sikre at handlingsplaner informeres og effektueres gennem systemet.

Alle dele af sundhedsvæsenet skal fremover kunne tale digitalt sammen, og alle borgere skal kunne få en e-konsultation både med sin egen læge og læger, der har behandlet vedkommende på sygehuset.

Det er – også i denne sammenhæng – vigtigt, at almen praksis bliver fuldt ud dækket af praktiserende læger, som kender patienten, og er med til at skabe større tryghed og sammenhæng i et patientforløb.

Nærdemokrati i sundhedsvæsenet.

Det er vigtigt at de, der træffer beslutninger om hospitalets drift og udvikling er i kontakt med borgerne i det område, som sygehuset betjener.

FAST lægger i sit arbejde vægt på at have en god, anerkendende og løbende dialog med Nordjyllands Regionsråd, kommunalbestyrelserne i Thisted og Morsø Kommuner og hospitalets ledelse. Vi oplever at dialogen er med til at kvalificere det arbejde FAST laver, - og giver inspiration til politikerne og hospitalsledelsen.

Det er vigtigt at beslutningsprocesser omkring sygehusene ikke centraliseres mere end det er tilfældet i dag. Sundhedsvæsenet er til for borgerne, og de skal opleve at det er nemt at komme i kontakt med beslutningstagerne. På den måde udvikles demokratiet i sundhedsvæsenet.

En decentral struktur er nødvendig for ligeværd i sundhedsvæsenet.

Uanset hvilken struktur-model der vælges politisk, så SKAL der fortsat være et akutsygehus i Thisted. Og i en overskuelig fremtid bør der etableres et hospice i Thy-Mors området, så lighed i sundhed også på dette område sikres.

Der vil altid være flere lokale sundhedstilbud i tæt befolkede områder end i tyndt befolkede. Men der skal være adgang til de basale sundhedsmæssige ydelser for alle borgere, uanset hvor i Danmark man er bosat. I den sammenhæng spiller Aalborg Universitetshospital, Thisted, en helt afgørende rolle.

Med venlig hilsen

Erik Holm

formand for FAST

Mail: erik.holm@hotmail.dk Mobil 51 24 34 48

FH Nordjyllands (Fagbevægelsens Hovedorganisation) hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionen rapport

FH Nordjylland takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionen rapport.

Hos FH Nordjylland bemærker og kvitterer vi for mange gode overvejelser vedrørende den fremadrettede struktur i det danske sundhedsvæsen, som for nuværende ikke befinder sig i en bæredygtig tilstand, hvorfor grundige overvejelser om fremtidens sundhedsvæsen er både velkomment og nødvendigt.

Organiseringen af strukturen på sundheds- og omsorgssektoren er selvsagt kompleks og omfattende, og hos FH Nordjylland anerkender vi det grundige arbejde, der ligger forud for Sundhedsstrukturkommissionen afrapportering. Vi vil betone vigtigheden af, at Region Nordjylland **ikke** nedlægges, sammenlægges med det eksisterende Region Midtjylland eller på anden vis udvandes og risikerer at blive negligeret. Vi oplever en stor, og på samme tid stigende, ulighed i sundhed, og at rykke styringen af sundhedsvæsenet længere væk fra den enkelte borger er den forkerte retning at gå. FH Nordjylland ser det som en klar prioritet, at sundhedsvæsenet skal tættere på borgerne, og skal være demokratisk styret, så vi kan sikre, at *alle* får et bedre, et mere lige og sammenhængende sundhedsvæsen, for at undgå yderligere ulighed.

Det helt og aldeles afgørende for en eventuel reform af sundhedsområdet i Danmark er, at det er borgernes ve og vel, der uforbeholdent står øverst, og at løsninger skal indrettes efter, hvordan vi skaber et system, der understøtter, frem for at underminere, sammenhængende patientforløb. Alle dele af sundhedssystemet skal have incitament til at yde den bedste sundhedsfaglige indsats i *hele* patientforløbet, hvilket ikke kun vil sige behandling, men også forebyggelse, pleje og efterbehandling. Vi kan ikke være et sundhedssystem bekendt, hvor der kan stilles tvivl om, hvorvidt nødvendig forebyggelse underprioriteres, fordi besparelsen tilfalder andre organisatoriske enheder, end der hvor forebyggelsen finder sted. Vi skal have et borgerrettet og system med kædeansvar og sammenhængende patientforløb, hvor strukturerne også har øje for de lovgivningsmæssige overlap der vedrører bl.a. ældre- og sociallovgivningen – det må kunne lade sig gøre!

Vi finder det kærkomment at drøfte fordelingen mellem sygehusvæsen og nære sundhedstilbud og ønsker at betone vigtigheden af, at hele sundhedssystemet, fra uddannelse til fordeling af ydernumre, skaber gunstige forhold og mulighed for lægedækning i samtlige regioner, også uden for de store byer. Den geografiske ulighed og ulighed i sundhed må ikke blive gensidigt forstærkende.

På tværs af landet skal vi have journalsystemer, som muliggør tværgående samarbejde på tværs af regioner og på tværs af primær og sekundær sektor. Det er afgørende, at al relevant viden for den sundhedsfaglige indsats er tilgængelig for de relevante sundhedspersoner, uden at det går ud over den enkelte borgers retssikkerhed.

Psykiatrien er i tiltagende grad et område, som er fuldstændig essentielt og en vigtig del af det danske sundhedsvæsen. Derfor opfordrer FH Nordjylland på det kraftigste, at det psykiatriske område tillægges den samme grundighed og fokus på sammenhæng og faglighed som det somatiske sundhedsvæsen. Det psykiatriske område skal stå i sin egen ret og ej betragtes som en underkategori i sygehusvæsenet.

På vegne af FH Nordjyllands Regionsudvalg
Anna Kirsten Olesen, formand FH Nordjylland

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendes via mail: sum@sum.dk

Sagsnr. 24-1871
Den 8. juli 2024

Bemærkninger til høring vedr. Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

FH – Fagbevægelsens Hovedorganisation takker for muligheden for at afgive høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Kommissionen har været på en vanskelig opgave, og der er mange udfordringer forbundet med at finde den optimale struktur for det danske sundhedsvæsen. Der vil uundgåeligt være fordele og ulemper ved forskellige modeller.

Samtidig har det seneste år budt på en række centrale kommissioner, reformer og udspil, som skal tænkes sammen med Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Det gælder særligt Robusthedskommissionens arbejde, hvor der bl.a. var fokus på medarbejdernes rolle og samspil. Et andet eksempel er 10-års planen for psykiatriområdet, men naturligvis også ældrereformen, som vil skulle implementeres i et tæt samspil med sundhedsområdet. Dette kan være særligt relevant ift. at indfri ambitionerne om helhedspleje i ældrereformen, hvor sundhedsområdet bør omfattes for at skabe den største effekt ift. de ældres samlede oplevelse af kvalitet og relevans. Derfor burde samspillet med ældreområdet fremstå stærkere i kommissionens anbefalinger.

Dog er ældreområdet ikke det eneste område, som kunne spille bedre sammen med sundhedsområdet. Det ville fx også være relevant at se på, hvordan der kan skabes et stærkere samspil med social- og beskæftigelsesområdet i landets kommuner.

Det er dog FH's vurdering, at kommissionens arbejde kan give et godt afsæt for de politiske drøftelser, udspil og forhandlinger som følger i 2. halvår af 2024. På trods af kommissionens grundige arbejde, vil der således stadig være en betydelig opgave forbundet med at konkretisere rammerne for fremtidens sundhedsvæsen.

I drøftelser om udviklingen af vores sundhedsvæsen er detaljerne naturligvis vigtige, men det er afgørende, at der også er fokus på de overordnede pejlemærker, som skal sætte retningen for udviklingen. FH peger ikke på én af de foreslåede strukturmodeller, men ønsker i stedet at sætte fokus på nogle af de afgørende pejlemærker, som bør være retningsgivende for det kommende arbejde med en sundhedsreform.

1. Borgerne skal have lige adgang til sundhedsydelser

Sundhedsvæsenets indretning og virke skal understøtte en lige adgang for alle borgere til forebyggelse, udredning, behandling og rehabilitering.

2. Finansieringen af sundhedsvæsenet skal være holdbar

Sundhedsvæsenets økonomi skal tage højde for den demografiske udvikling i

samfundet og sikre et velfungerende og attraktivt sundhedsvæsen af høj kvalitet. Opgaveflytninger må ikke presse finansieringen af øvrige velfærdsopgaver i kommuner, regioner eller staten. Det samme er gældende for de stigende medicinudgifter, som risikerer at presse de øvrige udgiftsområder på sundhedsområdet.

3. Finansieringen af sundhedsvæsenet skal være gennemsigtig

Finansieringen i sundhedsvæsenet skal ikke baseres på usikre rationaliseringer og besparelser. Eventuelle rationaliserings- og besparelsesgevinster må først indarbejdes i økonomien, når de er realiserede. Grundlaget for rationaliserings- og besparelsesgevinsterne skal være dokumenterede og tilgængelige for alle.

4. Sundhedsvæsenet skal være under demokratisk kontrol og placeringen af ansvar skal fremgå tydeligt

I dag er der for mange, som falder ned mellem to stole når de oplever at skulle navigere på tværs af de siloer, der er på sundheds- og socialområdet. For mange borgere vil der være et overlappende behov for fx sociale og sundhedsmæssige ydelser. Og alt for ofte er det op til borgeren at skabe sammenhæng mellem områderne. Dette gør sig fx gældende ift. udskrivning fra hospitalerne, hvor der skal sikres en god opfølgning samt en hurtig overgang til evt. genoptræning.

Ansvar for sundhedsvæsenets økonomi, kvaliteten og sammenhængen for patienterne samt ledere og medarbejders arbejdsforhold skal være tydeligt, så problemer kan løses, der hvor de opstår, og de ansvarlige folkevalgte kan stilles til ansvar.

5. Styringen og ledelsen af sundhedsvæsenet skal være understøttende for arbejdet med kerneopgaven

Den lokale tilrettelæggelse og de styringsmæssige rammer skal understøtte arbejdet med kerneopgaven. Frisatte ledere og medarbejders arbejde med at skabe kvalitet for borgeren skal være i fokus. Det kræver, at der i ledelserne og forvaltningerne er medarbejdere, som har en fagprofessionel baggrund og indsigt i institutionernes arbejde.

6. Ledere og medarbejdere skal have stabile og ordentlige rammer for deres arbejde

Ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet skal have ordentlige arbejdsvilkår, som gør det muligt for dem at levere en god kvalitet til borgerne. Der skal være et stabilt og godt arbejdsmiljø, tilstrækkelige ressourcer og personale, et passende ledelsesspænd og rum til at udvikle den faglige kvalitet af kerneopgaven. Dette skal også være med til at styrke rekrutteringen og fastholdelsen på sundhedsområdet.

7. Ledere og medarbejders faglighed skal inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet

Udvikling af sundhedsvæsenet skal ske i en tæt dialog mellem politikere, ledere, eksperter og medarbejdere. Ledere og medarbejders viden og indsigt i de konkrete udfordringer og potentialer er nødvendig, og skal inddrages for at skabe kvalitet for borgerne samt skabe udvikling og implementere nye løsninger. Det indebærer fx, at de lokale MED-organisationer skal inddrages i arbejdet.

8. Omorganiseringer i sundhedsvæsenet skal følge gældende overenskomster og aftaler

Omorganiseringer eller opgaveflytninger i sundhedsvæsenet, der flytter ledere og

medarbejderes arbejdssted eller medfører væsentlige ændringer i arbejdets indhold eller organisering, skal ske i overensstemmelse med de gældende aftaler og overenskomster med de faglige organisationer på området.

Udvalgte bemærkninger til kommissionens tværgående anbefalinger

FH ser et betydeligt potentiale i de tværgående anbefalinger. Anbefalingerne vil for de flestes vedkommende være relevante at arbejde videre med uanset hvilken overordnet struktur, der vælges for fremtidens sundhedsvæsen. Nedenfor fremgår en række udvalgte bemærkninger til de tværgående anbefalinger.

- **National sundhedsplan og kvalitetsstandarder**

Kommissionen foreslår en national sundhedsplan, som foruden et fokus på udviklingen af det nære sundhedsvæsen, varsler en mere systematisk tilgang til nationale kvalitetsstandarder og ressourcefordeling mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Her er det positivt, at bekæmpelse af uligheden i sundhed fremhæves, da dette er en helt afgørende opgave for fremtidens sundhedsvæsen – både den geografiske og sociale ulighed.

De nationale kvalitetsstandarder bør i samspil med et forebyggelsesfokus også inddrage områder, som ofte overses i de overordnede drøftelser af sundhedsvæsenet som fx tandpleje, ernæringsindsatser og det specialiserede socialområde, da disse kan medvirke til at forebygge sygdomme og sikre bedre og mere sammenhængende patientforløb.

I omstruktureringen af sundhedsvæsenet og i særdeleshed i ændringer i ressourcefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen er det afgørende, at enkelte områder ikke presses af besparelser og effektiviseringer uden at tilpasse opgaveporteføljen tilsvarende. Dette kræver en strategisk og gennemarbejdet plan, hvor økonomien også er tænkt ind.

- **Følgegruppe til reformsekretariat**

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der oprettes et reformsekretariat under Indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering. I dette arbejde bør der desuden oprettes en følgegruppe bestående af de relevante parter i sundhedsvæsenet – herunder repræsentanter for medarbejderne.

- **Digitalisering og data**

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. FH er enige i behovet for at forenkle og samtænke tilgangen til digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Det er desuden vigtigt at sikre medarbejderne en lettere adgang til relevant patientinformation, som kan styrke kvaliteten for patienterne og deres oplevelse af sammenhæng i systemet. Men det er vigtigt at pointere, at det naturligvis skal ske med øje for digitalt udsatte borgere og på et dataetisk grundlag.

- **Almen praksis og privatisering af sundhedsydelser**

Sundhedsstrukturkommissionen har en række anbefalinger om de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger, som skal understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

FH vurderer, at den almene praksis kan spille en stor rolle i fremtidens sundhedsvæsen, og det er oplagt at arbejde med en mere central tilgang, hvor der kan stilles flere krav til det almene praksisområde for at skabe en mere ensartet kvalitet med fokus på patientsikkerhed og lighed i sundhed.

Det er dog generelt problematisk med en stigende afhængighed af private løsninger og forsikringsordninger i sundhedsvæsenet (og fx ældreområdet). Et fokus på profit og afkast i leveringen af sundhedsydelser risikerer at skabe særdeles uhensigtsmæssig profitmaksimerende adfærd hos leverandørerne, hvilket der findes talrige eksempler på. Derudover kan det føre til, at borgere, som har råd til private behandlinger eller sundhedsforsikringer, kan købe sig ud af problemet, mens borgere som ikke har råd, må nøjes med en dårligere behandling. Allerede i dag ser vi forsikringsprodukter, som kan sikre ressourcestærke borgere adgang til velfærdsydelser, som andre må undvære fra det offentlige.

De frie valg af private tilbud kan desuden skabe en ubalance i sundhedsvæsenet, hvor det private tiltrækker ressourcer og medarbejdere til udvalgte attraktive behandlinger, mens det offentlige skal løfte de tungere opgaver, hvor det ofte kan være mere komplicerede og dyrere patientforløb.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nanna Højlund'. The signature is fluid and cursive, with the first name 'Nanna' being more prominent than the last name 'Højlund'.

Nanna Højlund

Næstformand, FH

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Høringssvar Sundhedsstrukturkommissionen

Filadelfia Epilepsihospital og sociale døgn- og dagtilbud takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi ønsker at bidrage med et yderligere perspektiv, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet i vores øjne med fordel kan tage med i det videre arbejde.

Sundhedsstrukturkommissionen har eksplicit valgt ikke at beskæftige sig med de private, ikke-kommercielle aktører. Det gælder specialsygehusene under §79 stk. 2 i sundhedsloven og øvrige selvejende institutioner, der som Filadelfia har tilbud, der bredere adresserer særlige behov hos mennesker med komplekse og livsvarige lidelser.

Vi ønsker at rette opmærksomhed på to ting i den anledning:

1. Mennesker, der har livsvarige behov for højt specialiseret udredning, behandling og støtte i mange af livets forhold, er svære at tilgodese i det almene sundhedsvæsen og kommunerne. Det er derfor vigtigt, at den forestående reform styrker og fastholder sammenhængende tilbud med høj kvalitet og ekspertise for borgere med fx epilepsi.
2. Organisationsformer som selvejende institutioner og ikke-kommercielle sygehuse er velegnede til at løse opgaver for det offentlige, hvor myndighedsgrænser normalt stiller sig i vejen for at give

Direktionen

Dato
29.07.2024

Ref.
lisbethn

E-mail
lisbethn@filadelfia.dk

sammenhængende tilbud til borgerne. Selvejende institutioner kan dermed være et alternativ til at ændre strukturen for at tilgodese mindre patientgrupper.

Uddybende bemærkninger

Sundhedsstrukturkommissionen har i sit omfattende arbejde, prioriteret ikke at adressere de opgaver, som historisk løftes af specialsygehusene under §79, stk.2. De beskriver dermed heller ikke de strukturelle udfordringer, sundhedsvæsenet i dag har med at hjælpe mennesker med epilepsi eller andre neurodegenerative sygdomme til kvalificeret behandling og støtte i dagliglivet. Ingen af kommissionens tværgående anbefalinger eller organisationsmodeller har forslag til at tilrettelægge tilbud, der på samme tid adresserer sundhed og sociale forhold, der ikke knytter an til enten psykiatri eller ældreområdet. Vi vil derfor opfordre til, at hensynet til disse borgere inddrages i det videre arbejde og at specialsygehusene også er en vigtig del af det fremtidige sundhedstilbud.

Som Danmarks eneste specialiserede epilepsihospital har vi på Filadelfia Sundhedsstyrelsens godkendelse til højt specialiseret behandling i epilepsi for børn og voksne og neurorehabilitering. Vi har international ekspertise i epilepsigenetik og neurofysiologi, tre professorater og omkring 100 peer-reviewede artikler årligt. Vi har hvert år mere end 1000 indlæggelser og 6500 ambulante besøg, hvoraf ca. 30 procent er virtuelle. Filadelfia udgør dermed et unikt og internationalt anerkendt tilbud i det danske sundhedsvæsen og en meget væsentlig del af kapaciteten på epilepsiområdet.

På Filadelfia har vi dagligt kontakt med mennesker, der har epilepsi. Mange har sygdomsbetingede funktionsnedsættelser udover evt. epilepsianfald. Det gælder typisk udviklingshæmning, fysiske handicap, ADHD, autisme og andre kognitive funktionsnedsættelser. Det betyder, at de også er udfordret i at fungere i uddannelse og arbejdsliv og ikke altid får den rette hjælp i det etablerede system. De har derfor stor gavn af et mangefacetteret tilbud som Filadelfia, der ser det hele menneske og ikke kun de sundhedsmæssige udfordringer. Særlige tilbud om fx psykoedukation, specialiseret rehabilitering og psyko-sociale udredningsforløb er af stor værdi for patienter såvel som samfund.

Tilsvarende gælder vores specialiserede skoletilbud og sociale dag- og døgntilbud, hvor personale med indgående viden om epilepsi og funktionsnedsættelser kan give målrettede tilbud af høj kvalitet til en udsat gruppe af børn og voksne.

Kendskabet til epilepsi i kommuner og det almene sundhedsvæsen er begrænset, til trods for, at 76.000 borgere har epilepsi. Filadelfia fungerer i dag som videnscenter for kommunerne ved at være leverandør for VISO specialrådgivning i epilepsi og udbyde undervisningsforløb i epilepsi til kommunale og private botilbud. En funktion, der vil kunne udvides til at omfatte sundhedsfaglig rådgivning og uddannelse til fx almen praksis og speciallægepraksis, hvis der etableres en tilsvarende model om specialiseret rådgivning på sundhedsområdet.

Når Filadelfia kan tilbyde et specialiseret, sammenhængende tilbud på tværs af sundheds- og servicelov skyldes det, at vi er en 127 år gammel veletableret selvejende institution. Vi har løbende haft mulighed for at investere i tidssvarende bygninger og udvikling af vores tilbud, blandt andet takket være vores status som §79, stk. 2 sygehus og driftsaftaler med Region Sjælland og Sorø Kommune. Det kommer i høj grad patienter, pårørende, regioner og kommuner i hele landet til gavn, at de kan trække på den kapacitet, der er opbygget hos os.

Sundhedsstrukturkommissionen beskriver indgående de sektorproblematikker, der udfordrer det danske sundhedsvæsen, men beskriver primært løsninger, der baserer sig på at flytte opgaver mellem regionalt eller kommunalt drevne organisationer eller en overenskomstbaseret praksissektor med små enheder.

Vi opfordrer til at, man inddrager selvejende nonprofitorganisationer som en integreret del af en fremtidig organisering i sundhedsvæsenet. Aftaler med selvejende institutioner kan give mulighed for at kommuner og regioner (uanset art og antal) sammen kan arbejde på tværs af de kendte sektorproblematikker. Selvejende institutioner er en kendt og velegnet måde at organisere særlige velfærdsopgaver og viser ofte vejen til nye måder at løse opgaverne på.



Det vil vi også i fremtiden meget gerne bidrage med fra Filadelfias side.

På vegne af bestyrelsen

Leif Vestergaard Pedersen
Formand

Jens Stenbæk
Næstformand

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

Høringssvar fra FOA vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 11. juni 2024 sendt Strukturkommissionens anbefalinger i høring med en frist for eventuelle bemærkninger den 6. august 2024.

FOA sætter pris på muligheden for at fremkomme med bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

FOA mener, at rapporten giver et godt grundlag for de politiske drøftelser, som vil pågå i efteråret 2024.

Generelle bemærkninger til rapporten

FOA er optaget af at skabe de bedste rammer for de forskellige medarbejdergrupper således, at de borgere, der har brug for mange forskellige sundhedsmæssige tiltag, får de allerbedste ydelser.

På den baggrund er det også vigtigt at se sundhedsstrukturkommissionens udspil i sammenhæng med ældrereformens temaer og robusthedskommissionens anbefalinger og særligt med blik på at sikre rette kompetencer til rette opgaver.

FOA ønsker ikke at fremhæve den ene strukturmodel frem for den anden, men er optaget af nogle principper for valg af model.

Generelle bemærkninger

En ny sundhedsstruktur skal for FOA bygge på flg. principper:

- Fremtidens sundhedsvæsen skal være demokratisk styret. FOA foreslår, at udgangspunktet for dette er et nærhedsprincip, så det politiske ansvar er entydigt og tæt på der, hvor opgaverne varetages.
- Det er afgørende for FOA, at der tages alvorligt fat i et opgør med den sociale- og geografiske ulighed i sundhed.

Dato:
06-07-2024

Dokumentnummer:
24/263927-1

Ref.:
Rikke Aller

FOA

Stauings Plads 1-3
1790 København V

Telefon:
46972626

www.foa.dk

- FOA foreslår, at der er en tæt sammenhæng mellem en kommende sundhedsstrukturereform og ældrelovreformen. I særdeleshed så sundhedsopgaver integreres i helhedsplejen.
- Den ny sundhedsstruktur skal skabe bedre muligheder for at sikre og understøtte det gode borger- og patientforløb, som FOAs forskellige faggrupper, sammen med andre faggrupper, bidrager til.
- Der skal sikres størst mulig sammenhæng for borgerne. Ansvar og overgange mellem sundhedsvæsenets enheder skal være tydeligere. Målet er, at ingen slipper borgeren, før den næste tager over.
- FOAs medlemmer skal have de nødvendige adgange til digitale løsninger og velfærdsteknologi, der skal understøtte borgerforløbene. Derfor mener FOA, det er en god ide, at ansvar og plan for digitale løsninger skal være et nationalt anlæggende. Det kan fx være: journalsystemer, sundhedsdata, AI og aktivitetsregistrering i ældrepleje og praksissektor.
- De økonomiske ressourcer skal følge med på hele sundhedsområdet i takt med, at befolkningen vokser og velstanden stiger. Der skal samtidig styr på medicinudgifterne, så de ikke dræner de øvrige udgiftsområder på sundhedsområdet, fx i form af en medicingaranti eller andet.

Opgaveløsning og faglighed

Det er helt afgørende for FOA, at FOAs medlemmer kan bruge deres kompetencer, udvikle dem og få nye kompetencer i fremtidens sundhedsvæsen. Vi ønsker at sikre mest muligt uddannet personale, den bedste rekruttering og fastholdelse af medarbejderne. Derfor skal en ny struktur understøtte udviklingsmuligheder og attraktive arbejdspladser for medarbejderne. Rette kompetencer til rette opgaver er et vigtigt princip. I den forbindelse, har FOA tidligere ifm. Robusthedskommissionens arbejde foreslået, at social- og sundhedshjælperne gives autorisation således, at deres kompetencer anerkendes og bringes bedre i spil.

Der skal ske en opgaveflytning mellem faggrupper og sikres mindre stive hierarkier og størst mulig tværfaglighed. Det forudsætter blandt andet frisættelse af medarbejderne sammen med en ledelse, der er tæt på både medarbejdere og borgere, som bl.a. Robusthedskommissionen påpegede.

FOA er optaget af, at den præhospital indsats indtænkes bedre i den samlede sundhedsstruktur. Der skal være bedre sammenhæng imellem ambulancetjeneste, patienttransport, akutmodtagelserne samt den kommunale hjemmepleje. Ambulancepersonalets kompetencer skal indtænkes som en ressource i det samlede sundhedsvæsen.

FOAs kommentarer til de 5 tværgående anbefalinger

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en **betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud** indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almenmedicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelse og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

- FOA bakker op om styrkelse af det almenmedicinske tilbud og ser sundhedshuse som en væsentlig del af fremtidens nære sundhedsvæsen. FOA har tidligere markeret, at lokale sundhedshuse kan fungere som omdrejningspunkt for medarbejderne i både den udekørende hjemmepleje og på plejecentre.
- Social- og sundhedsassistenter er en faggruppe i vækst i almen praksis. Det vil også være en oplagt faggruppe i et styrket almenmedicinsk tilbud.
- Serviceassistenter flytter med ud i sundhedshusene, hvor de kan varetage brede opgaver, samt sikre hygiejne generelt, hygiejnisk rengøring, affaldssortering mm.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres **en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet**. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

- FOA er enige i, at der skal ske en forenkling og en styrket sammenhæng i digitaliseringen. For mange systemer taler ikke sammen. Der bør være en gevinst i én samlet organisering.
- Medarbejdere i ældreplejen, som løser sundhedsopgaver, skal have mulighed for adgang til patientinformation og helt generelt nødvendig

viden og information til at skabe bedst kvalitet for borgerne. Et nyt center skal også sikre denne mulighed.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes **en national sundhedsplan**, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

- FOA hilser velkommen, at en række af forslagene retter sig mod problematikken om ulighed i sundhed. Det er helt afgørende, at forslagene har et perspektiv, der både retter sig mod geografisk og social ulighed.
- FOA opfatter det som positivt, at der er konkrete forslag om at flytte ressourcer til den mere borgernære sundhed. I takt med, at flere og flere opgaver overflyttes til primærsektoren, vil der blive et større behov for at styrke og gentænke personalesammensætningen – heriblandt også praktiserende lægers opgaver og rolle.
- Kommissionen overvurderer mulighederne for at reducere og effektivisere udgifterne på sundhedsområdet. Det fremstilles i rapporten som om, at 20 procent af sygehusaktiviteten vurderes unødvendig. Og samtidig som om, at man uproblematisk kan tilføre den økonomiske vækst **alene** til det primære sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet har i mange år stået for store besparelser og effektiviseringer, så at tro, at man kan gennemføre en omstrukturering sammen med store besparelser og effektiviseringer, vil være ødelæggende for det samlede sundhedsområde. Det er vigtigt, at hele sundhedsområdet følger befolknings- og velstandsudviklingen.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af **organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet** herunder, at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen for at understøtte en styrket

sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

- FOA savner et klart svar på, hvad der tænkes med socialpsykiatrien? Det er for snævert at se problemerne med sammenhæng i behandlingspsykiatrien udelukkende som et problem med sammenhæng til den somatiske behandling. Sammenhængen mellem social- og behandlingspsykiatrien har været et strukturelt problem i en årrække.
- Det kan overvejes at flytte den meget komplekse del af socialpsykiatrien væk fra kommunerne.
- FOA ønsker, at strukturreformen skal understøtte den 10-årige psykiatriplan. Planen understøtter en udbygning af både kapacitet og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykisk sygdom.
- FOA er usikker på, hvordan det specialiserede socialråde er indtænkt. På det specialiserede socialområde løses rigtig mange sundhedsopgaver, der har snitflader til regionernes sygehusindsats. Derfor er der brug for en ambitiøs specialeplan for det specialiserede socialområde, så rammerne for hjælpen forbedres markant, både hvad angår kapacitet og kvalitet. Det kan overvejes at flytte det specialiserede socialområde væk fra kommunerne.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for **de praktiserende speciallæger** tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

- Kommissionen diskuterer det private sundhedsvæsen i dette tema. 'Alles Lægehus' er et eksempel på, hvordan det kan gå, hvis private investorer skal have afkast af en klinik, som leverer sundhedsydelser. FOA mener, at sammenblandingen af private økonomiske interesser, og levering af sundhedsydelser, er u hensigtsmæssig.
- Når patienter har frit valg til at benytte private tilbud skaber det en ubalance i sundhedsvæsenet. Den private sektor tiltrækker ressourcer til få og lukrative områder, og det offentlige sundhedsvæsen står med de multisyge og komplicerede patientforløb.
- Private sundhedsforsikringer er ulighedsskabende og er med til, at nogle offentlige specialområder drænes for kompetencer, da

forsikringsfinansierede sundhedsopgaver skaber et unødigt supplement til det offentlige tilbud. En del af befolkningen har med forsikringsordninger et fast track til undersøgelser og behandling.

- Det private område skaber unødigt efterspørgsel på et i forvejen dækket område, som fx lægevagtordninger.

Venlig hilsen

Mona Striib
Forbundsformand

Undertegnede afgiver hermed hørings svar på vegne af Folkebevægelsen mod Ensomhed (FmE) i sin egenskab af forperson for samme. Hørings svaret gives i henhold til indenrigs- og sundhedsministerens brev af 11. juni 2024.

Sundhedsstyrelsen indførte i Sundhedsprofilen 2021 en række detaljerede spørgsmål om ensomhed (T-ILS). Dette skete i erkendelse af, at ensomhed nu betragtes som en udfordring for folkesundheden. Således viser en række studier, at ensomhed er associeret med helbredsproblemer. Forholdet mellem ensomhed og sygdom er komplekst. Ensomhed øger risikoen for helbredsproblemer, mens kronisk sygdom tilsvarende kan øge risikoen for ensomhed (jfr. Lasgaard og Friis, "Ensomhed i Danmark", DEFACTUM 2020).

Dette er baggrunden for, at Den nationale strategi og handlingsplan mod ensomhed ("Sammen mod ensomhed", Det nationale partnerskab mod ensomhed, 2023) dedikerer et helt kapitel til initiativer inden for arenaen Sundhed og pleje med det formål at forebygge og afhjælpe ensomhed.

FmE har i anledning af strategiens offentliggørelse i juni 2023 modtaget en bevilling fra SSA-reserven på 6,8 mio. kr., som blandt andet er øremærket til at følge implementeringen af strategi og handlingsplan. FmE har derfor gennemgået Sundhedsstrukturkommissionens rapport med henblik på at undersøge, om ensomhedsrelaterede initiativer og problemstillinger er behandlet af kommissionen.

Indledningsvis konstaterer vi, at ensomhed slet ikke er nævnt i kommissionens hovedrapport, hvilket set i lyset af ovenstående er overraskende. Selvom ensomhedsudfordringen ikke indgår, er der dog positive takter i kommissionens arbejde. Først og fremmest fordi kommissionen omtaler konceptet *social prescribing* - en form for social henvisning fra lægen til en aktivitet i det lokale civilsamfund via en brobygger. Et lovende initiativ, som også er foreslået i den nationale handlingsplan mod ensomhed, og som både Ældre Sagen og Røde Kors lige nu afprøver to forskellige steder i landet i samarbejde med praktiserende læger og sundhedshuse.

Men der er mange andre områder, hvor sundhedsvæsenets struktur og aktører bør indtænke ensomhedsudfordringer, for alle patienter med alvorlige diagnoser og deres pårørende er i forøget risiko for ensomhed. Disse menneskers muligheder for at opretholde nære relationer og fællesskaber bør i videst muligt omfang systematisk indtænkes i behandlings- og plejeplaner. Eksempelvis er der i strukturkommissionens rapport et langt kapitel om psykiatriske patienters mange udfordringer i et dysfunktionelt behandlingssystem (kapitel 12), og det bliver understreget, hvor stor deres risiko er for at også udvikle somatiske lidelser som følge af deres psykiske sygdom. Men man har desværre ikke øje for, at disse patienter først og fremmest har en ekstremt forøget risiko for at føle sig ensomme: Mindst 40 pct. af mennesker med længerevarende psykisk sygdom føler sig også svært ensomme, og det forringer deres livskvalitet og deres mulighed for at blive raske i meget betydeligt omfang. Desuden øges disse patienters risiko for over tid også at udvikle andre sygdomme som følge af den langvarige ensomhed (både somatisk og yderligere psykisk sygdom). Derfor skal deres relationer og fællesskaber være en del af behandlingsplanen i psykiatrien.

Det samme gælder i øvrigt for en række somatiske sygdomme. For eksempel viser en større dansk undersøgelse, at hjertepatienter, som føler sig ensomme, har to til tre gange så stor dødelighed som hjertepatienter, der har velfungerende relationer og føler sig en del af et fællesskab ("Significantly increased risk of all-cause mortality among cardiac patients feeling lonely"; Anne Vinggaard Christensen et al., Heart 2019).

FmE vil derfor anbefale, at der ved de kommende politiske forhandlinger om fremtidens sundhedsvæsen sker systematisk inddragelse af alle de relevante initiativer inden for sundheds- og

plejearbejdet, som anbefales af de 115 medafsendere på den nationale handlingsplan mod ensomhed. Det drejer sig om initiativerne 67 og 69-75, som peger på, hvordan sundhedspersonalet kan blive bedre til at spotte ensomhed blandt patienter og pårørende og italesætte problemet. Der er eksempler på, hvordan der kan brobygges til fællesskaber, og relationer kan opretholdes, selv om man gennemgår et langt sygdomsforløb. Der gøres opmærksom på behovet for eksempelvis patient- og pårørendegrupper på hospitalerne, og det italesættes, at det er helt centralt at sikre hjemligheden på bosteder, plejehjem og ikke mindst på psykiatriske afdelinger, så det er hyggeligt og rart at være der – både for patienten og de besøgende. Handlingsplanen er vedhæftet. Initiativerne gengives i øvrigt nedenfor, dog uden adgang til handlingsplanens noteapparat og faktabokse:

Initiativ 67: Styrk opsporing og henvisning i sundheds- og plejesektoren

Hvorfor: Vi skal fremme en mere systematisk opsporing af ensomhed blandt relevante pleje-, patient- og pårørendegrupper blandt både offentlige og private sundhedsaktører, herunder almen praksis som har en central funktion ift. opsporing af sygdom. Opsporingen bør derfor i langt højere grad end i dag tænkes ind i indsatser og funktioner, der allerede eksisterer, og hvor fagprofessionelle møder mennesker, der er i forøget risiko for ensomhed. Nogle fagprofessionelle vil være mere relevante end andre.

Hvordan: Der igangsættes en række initiativer for at styrke opsporing og henvisning vedr. ensomhed i kommuner, regioner og blandt private aktører:

Gode eksempler fra kommuner, regioner og private sundhedsaktører, der arbejder systematisk med opsporing af ensomhed, kortlægges og udbredes til relevante faggrupper, ledere og forvaltninger i kommunernes sundheds- og plejeforvaltninger og i regioner samt blandt private sundhedsaktører. Ift. ældreområdet kan der bl.a. hentes inspiration i [Videncenter for Værdig Ældrepleje under Sundhedsstyrelsen](#).

Faglig praksis ift. at opspore ensomhed udbredes i regioner og kommuner. Det understøttes økonomisk og fagligt fra nationalt hold, f.eks. gennem kompetenceudvikling, frikøb af timer og udgående faglig støtte.

Regioner og kommuner afprøver i samarbejde med civilsamfundet modeller for opsporing og viderehenvisning til afhjælpende tilbud blandt udvalgte målgrupper, der er i særlig høj risiko for at opleve ensomhed. Det vil sige borgere i særlige livssituationer, livsovergange med funktionstab eller lignende faktorer. Se mere om risikofaktorer ift. ensomhed på s. 13 i strategien. Der indsamles viden undervejs, som kan udbredes til andre regioner og kommuner efter forøget.

Initiativ 69: Opspor ensomhed og henvis til hjælp gennem almen praksis

Hvorfor: Undersøgelser viser, at praktiserende læger og læger i almindelighed kontaktes ekstra ofte af mennesker, der oplever ensomhed. Her oplever de, at ensomhed kan være svært at handle på, og at de mangler redskaber og viden til at hjælpe disse patienter godt videre.

Hvordan: Der udvikles og afprøves modeller for opsporing hos alment praktiserende læger med inspiration fra det engelske koncept 'social prescribing' (se initiativ 6). Det skal ske i samarbejde med PLO og civilsamfundet.

Her vil det være en klar fordel, hvis fællesskabsguiderne og overblikket over tilbud, som foreslået i initiativ 6 og 7, bliver etableret og indtænkt. Samtidig understøttes praktiserende læger i at indtænke ensomhed både ved fysisk og psykisk sygdom, som forskning viser, er en risikofaktor på lige fod med rygning, alkohol, m.m.

Initiativ 70: Afdæk og udvikl metoder og redskaber til at arbejde med ensomhed i sundheds- og plejesektoren

Hvorfor: Der skal findes virksomme metoder og redskaber til at opspore, henvise for og arbejde med ensomhed og styrke fællesskaber og relationer i sundheds- og plejesektoren.

Hvordan: Med input fra NPE's medlemmer (nu FmE) udarbejdes en kortlægning af eksisterende redskaber og metoder til arbejdet med at forebygge, opspore og afhjælpe ensomhed i regioner og kommuner. Her bør også kigges på redskaber og metoder, der er målrettet psykisk mistrivsel/mental sundhed, hvoraf nogle kan være brugbare ift. ensomhed også. Hvor der mangler redskaber og metoder, bør disse udvikles. Ift. opsporing kan der f.eks. være potentiale i at videreudvikle opsporingsredskabet i projektet Lift til en bredere målgruppe end unge (se mere om Lift under Initiativ 33), eller hentes inspiration i VBA (Very Brief Advice) – en metode, som tager 30 sekunder at gennemføre og bruges af frontmedarbejdere i regioner og kommuner til at støtte borgeren i at deltage i rygestopkursus. Det er her helt afgørende, at de opsporende medarbejdere kender til, hvor de kan henvise videre hen for hjælp i eget regi blandt andre lokale aktører eller ved, hvordan man henviser til en lokal fællesskabsguide.

Initiativ 71: Udbred metoder og redskaber til at arbejde med ensomhed i sundheds- og plejesektoren

Hvorfor: Medarbejdere og ledere i sundheds- og plejesektoren skal kende til ensomhedens alvorlige konsekvenser og sammenhæng til fysisk og psykisk sundhed. De skal, hvor det er relevant, kende til virksomme metoder og redskaber til at arbejde med ensomhed og karakteristika for målgrupper i særlig udsathed.

Hvordan: Viden, metoder og redskaber til at forebygge, opspore og afhjælpe ensomhed udbredes blandt relevante medarbejdere i sundheds- og plejesektoren. Her bør ift. ældremålgruppen hentes inspiration i Sundhedsstyrelsens og Videncenter for Værdig Ældreplejes arbejde på området. I forhold til børn som pårørende, bør der hentes inspiration fra Det Nationale Kompetencecenter for Børn og Unge i familier med psykisk sygdom (Kombu).

Der bør igangsættes følgende:

Viden bør bl.a. integreres i relevant efteruddannelse, og det bør sikres, at perspektivet er integreret i grunduddannelserne.

For at booste den faglige praksis og kulturændring igangsættes en oplysningskampagne med fokus på, hvordan man kan arbejde med ensomhed i hverdagen – målrettet forskellige faggrupper og funktioner i sundheds- og plejesektoren

Gode eksempler fra sundheds- og plejeindsatser, hvor relationsarbejdet er det centrale fokus, udbredes til relevante faggrupper og ledere i regioner og kommuner – herunder f.eks. projektet 'Kaffe først'.

Der bør ved brugen af metoder og redskaber altid spørges ind til og tages hensyn til den enkelte borgers egen opfattelse af situationen og behov for hjælp, da tiltag mod ensomhed formodes at være mere succesfulde, hvis de har grobund i forståelsen af, hvad personen selv mener med ensomhed, hvordan det relaterer sig til personens øvrige tilstand, og hvad de selv synes, forbedrer eller forværrer ensomheden.

Initiativ 72: Styrk adgang til fællesskaber, relationer og andre meningsfulde aktiviteter og brobygning under behandling og pleje

Hvorfor: Nogle behandlingsforløb er meget langvarige, f.eks. i psykiatrien. Derfor er det vigtigt, at brobygning til fællesskaber, relationer og meningsfulde aktiviteter er en del af behandlingsforløbet. Vi skal gøre det nemmere at indgå i relationer og fællesskaber for mennesker, der er i behandling eller modtager pleje og for deres pårørende. Det gælder både i forhold til at kunne vedligeholde eksisterende relationer og søge nye efter behov. Derfor bør vi styrke og udbrede samarbejdet mellem civilsamfund, regioner og kommuner på sundheds- og plejeområdet. Det skal dertil gøres nemmere at indgå i meningsfulde aktiviteter, som styrker følelsen af normalitet og mindsker isolationen fra den omkringliggende verden.

Hvordan: Følgende initiativer er relevante:

Sundheds- og plejepersonalet skal have fokus på og mulighed for hurtigt og let at aktivere støttefunktioner, der gør det muligt for de syge eller deres pårørende at opretholde eksisterende relationer og fællesskaber.

Der tilbydes allerede i dag en række støtte- og fællesskabstilbud fra civilsamfundsorganisationer og patientforeninger til patienter, pårørende og borgere med plejebehov – f.eks. patient- og pårørendecaféer på hospitalerne for både unge og gamle, besøgsvenner på afdelinger, plejehjem og i eget hjem for mennesker tilknyttet socialpsykiatrien, haveprojekter for indlagte i psykiatrien, mv. Disse tilbud bør udbredes og understøttes yderligere, ligesom der bør afsættes ressourcer til at udvikle og styrke samarbejdet mellem sundheds- og plejesektoren og civilsamfundet, der tilbyder aktiviteterne.

Det bør desuden vurderes, om der er behov for i fællesskab at udvikle flere typer indsatser til målgrupper med behov, hvor der i dag ikke findes tilbud.

Initiativ 73: Styrk, aflast og skab netværk blandt pårørende til alvorligt og langvarigt syge

Hvorfor: Nære pårørende til mennesker med demens og andre alvorlige sygdomme har svært ved at vedligeholde relationer og netværk, da de ofte er bundet til hjemmet med deres syge partner. Det øger risikoen for ensomhed, også når partneren går bort. Det gælder også for nære pårørende til mennesker med psykiske lidelser og funktionsned sættelser. Eksempelvis har børn af forældre med en funktionsned sættelse eller psykisk sygdom 3-4 gange højere risiko for at føle sig 'ofte ensomme' end andre børn.

Hvordan: Servicelovens §84 har fokus på aflastning og afløsning til pårørende, og der findes allerede gode både offentlige og civilsamfundstilbud om støtte og aflastning til pårørende til alvorligt syge/demensramte. F.eks. findes der i to ud af tre af landets kommuner LÆR AT TACKLE-selvhjælpskurser for mennesker med en langvarig sygdom og deres pårørende. Dertil er der i flere kommuner ansat en "pårørendevejleder", som orienterer pårørende til ældre om muligheden for aflastning samt tilbud i civilsamfundet.

Civilsamfundet, herunder patientforeninger, tilbyder også støtte til pårørende. Eksempelvis tilbyder Alzheimerforeningen 'aktivitetsvenner', der kommer og laver aktiviteter med den demensramte, og Røde Kors og Ældre Sagen afholder demenscaféer, hvor pårørende kan mødes med andre pårørende og deres partnere med demens for at skabe og vedligeholde netværk. Bedre Psykiatris lokalforeninger i hele landet tilbyder støttegrupper til mennesker, der er pårørende til mennesker med psykisk sygdom. Her mødes pårørende med ligesindede, møder andre i samme situation og får sammen med andre, sat ord på svære, tabubelagte følelser. Børn, der har forældre eller søskende med langvarige sygdomsforløb, kan få en voksenven gennem Børns Voksenvenner. Der bør udbredes viden om disse tiltag og lignende, så kommuner og regioner kan lade sig inspirere af løsningerne. De aflastende kommunale- og civilsamfundstilbud bør understøttes og udbredes yderligere – også ift. andre sygdomstyper, hvor det er relevant, men endnu ikke findes.

Initiativ 74: Giv social støtte i overgangen fra indlæggelse til eget hjem

Hvorfor: Vi bør sætte målrettet ind i de situationer og blandt borgere og patienter i sundheds- og plejesektoren, hvor vi ved risikoen for ensomhed er størst. Det gælder bl.a. i de mange skift og overgange, man oplever som patient eller borger med behov for pleje, hvor man risikerer at blive tabt og stå alene. En af de svære overgange er fra indlæggelse til eget hjem, hvis man ikke har et netværk eller tæt familie.

Hvordan: Der findes i dag tilbud om støtte i overgangen mellem indlæggelse og eget hjem fra civilsamfundet, herunder patientforeninger (f.eks. Hjerteforeningen). Disse tilbud bør styrkes og udbredes, så alle patienter med behov på sigt kan tilbydes et socialt overgangstilbud, når de udskrives. Der bør her være særligt fokus på sårbare patienter i udsatte positioner med høj risiko for ensomhed, herunder mennesker med en alvorlig funktionsnedsættelse eller et handicap. Tilbuddene kan være alt fra, at en frivillig følger patienten hjem og sørger for, der er mad i køleskabet, til at patienten har en besøgsven de første seks måneder, der hjælper med at skabe forbindelse til det lokale foreningsfællesskab. Videre kan det være tilbud om frivillige udskrivningskoordinatorer, som f.eks. Kræftens Bekæmpelse og Hjerteforeningen tilbyder.

Initiativ 75: Styrk overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien

Hvorfor: I overgangen fra børne- og ungepsykiatrien til voksenpsykiatrien skal den unge opbygge helt nye relationer, mens de befinder sig i en allerede sårbar livssituation. Der er behov for at styrke støtte og skabe relationel kontinuitet i overgangen, så ensomhed forebygges eller mindskes.

Hvordan: Der bør i månederne op til overgangen holdes afklarende samtaler mellem ansatte i børne- og ungdomspsykiatrien, ligesom den ansatte også bør fungere som kontakt til kommunen, hvis den unge har brug for sociale indsatser, og til speciallægepraksis, der ofte har en vigtig rolle ift. at hjælpe patienter på vej i overgange. Den unge bør også tilbydes en fast frivillig voksenstøtte eller anden relevant støtte fra civilsamfundet, der kan være en menneskelig støtte før, under og efter overgangen. Fællesskabsguiden kan her bidrage til at identificere og skabe kontakt til den rette hjælp. Se initiativ 6. Der arbejdes allerede mange steder med de gode overgange fra barn til voksen – disse erfaringer bør inddrages, ligesom der bør hentes inspiration fra Sundhedsstyrelsens 'Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi'.

Med venlig hilsen

David Vincent Nielsen

Forperson

Social-humanitær konsulent
Frivilligafdelingen
Direkte: 33 96 87 76
Mobil: +45 29 74 77 75
dvn@aeldresagen.dk



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Høringssvar fra Foreningen af Rådgivende Ingeniører til Høring af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Foreningen af Rådgivende Ingeniører (FRI) takker for muligheden for at afgive høringssvar til høring af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Indledningsvist ønsker FRI at understrege, at vi som brancheforening ikke har en faglig holdning til, hvordan det danske sundhedsvæsen organiseres, men at FRI, som alle andre aktører i Danmark har en legitim interesse i at organiseringen af sundhedsområdet optimeres. Til gavn for alle borgere og organisationer i Danmark.

Alligevel vil en mulig kommende reform af sundhedsvæsnets struktur potentielt have indflydelse på en række af de rådgivende ingeniørvirksomheders forretningsområder inden for miljøområdet, der for nuværende helt eller delvist administreres af de fem regioner. Her tænkes der fortrinsvis på jordforureningsområdet og indsatsen for at sikre drikkevandsressourcen. I FRI er vi bekymret for, at det vigtige arbejde med jord- og grundvandsforurening overses i arbejdet med at optimere organiseringen af sundhedsvæsenet - med alvorlig konsekvens for miljø og sundhed.

Sundhedsstrukturkommissionens blinde miljøvinkel: Hvad sker der med håndteringen af jord- og grundvandsforurening i Danmark, hvis regionerne nedlægges?

I det følgende opfordrer FRI til, at man i de politiske drøftelser vedrørende en ny organisering af sundhedsområdet ikke overser regionernes eksisterende arbejde og ansvar inden for jord- og grundvandsforureningsområdet. Mere konkret at man:

1. Undgår at skylle miljøet ud med badevandet i bestræbelsen på at optimere organiseringen af sundhedsvæsenet
2. Ikke undervurderer de samfundsmæssige risici ved en forringelse af rammerne for håndtering af jord- og grundvandsforurening
3. Anerkender og fastholder en meget velfungerende struktur omkring håndtering af jord- og grundvandsforurening for at sikre bl.a. rent drikkevand i Danmark og få "mest miljø for pengene"

Jord- og grundvandsforurening udgør en trussel for fremtidige generationer af danskere

I forbindelse med sundhedsstrukturkommissionens rapport er det uklart, hvad der sker med jordforureningsområdet, som regionerne i dag administrerer.

Jord- og grundvandsforurening stammer bl.a. fra virksomheder og industri, som gennem tiden har brugt miljøfarlige kemikalier. På grund af manglende viden om håndteringen af disse kemikalier, er Danmarks jord og grundvand mange steder blevet forurenede. Faktisk har regionerne i dag kendskab til ca. 40.000 forurenede grunde. Godt halvdelen er så forurenede, at de skal undersøges nærmere og eventuelt renses op, da forureningen her truer grundvandet, hvorfra dansk drikkevand hentes. Hvis kvaliteten af vores grundvand og drikkevand ikke beskyttes tilstrækkeligt, trues sundheden dermed for fremtidige generationer af danskere.

Derfor er det en samfundsmæssigt meget vigtig opgave at få undersøgt, om forureningerne udgør et problem, og få rensede de grunde, der udgør den største trussel for drikkevandet og sundheden. Hvis det ikke prioriteres, risikerer vi, at Danmark må opgive flere drikkevandsindvindinger. Dette vil ikke blot reducere den fremtidige drikkevandsressource, men også fordyre indvindingen af drikkevand, da der så må stilles krav til rensning.

Effektiv håndtering af jordforurening er fagligt kompleks

Jordforureningsområdet er et fagligt meget kompliceret område med et relativt begrænset antal fagpersoner i branchen (regioner, kommuner, staten, rådgivere, forskere, entreprenører). De ca. 40.000 registrerede grunde er forurenede med mange forskellige typer kemikalier, og forureningerne spredes på forskellige måder, alt efter om jorden består af ler, sand eller kalk. Derfor kræver det meget stor faglig indsigt og erfaring at sikre, at undersøgelserne udføres, og forureningerne fjernes på den bedste og mest omkostningseffektive måde, så vi får ”mest miljø for pengene” – og det kan vi i Danmark.

Siden kommunalreformen i 2007 har Danmarks fem regioner haft ansvaret for indsatsen over for jordforurening. Regionerne skal kortlægge, undersøge og oprense de forurenede grunde. Formålet er at sikre rent drikkevand, menneskers sundhed og beskytte overfladevand og natur. I 2023 brugte regionerne 538 mio. kr. på at bekæmpe jordforurening, og denne indsats er fortsat helt central i arbejdet med at beskytte grundvandet. Det er de såkaldte klorerede opløsningsmidler et godt eksempel på. Uden regionernes mangeårige indsats med at undersøge og oprense disse forureninger ville mange vandværker i dag være stærkt udfordret af forurening med klorerede opløsningsmidler – og mange ville også være lukket. Nu ser vi samme problematik med forøget pesticidfund og PFAS-forurening, som også kræver en fælles indsats.

Regional forankring sikrer, at vi løser forureningssagerne effektivt, hurtigt og billigt

Jord- og grundvandsforureningsområdet er med det nuværende set-up yderst veldrevet, og regionerne udgør stærke videnscentre inden for jordforurening. Gennem en mangeårig, solid opbygning af kompetencer og erfaring bl.a. hos regionerne rangerer den danske miljøbranche inden for jord- og grundvandsforurening blandt de absolut bedste i verden. Samtidig er systemet en platform for innovation og udvikling.

Værdien af regionernes kompetencer og erfaring ses bl.a. i et særdeles kvalificeret og effektivt prioriteringssystem for udvælgelse af de mest miljøfarlige forureninger, som sikrer, at vi i Danmark håndterer de mest skadelige forureninger først. Dertil kommer, at vi med det nuværende system løser forureningsagerne med en meget bred vifte af metoder og teknologier. Endelig har regionerne drevet udvikling indenfor jord- og grundvandsområdet (senest PFAS) bl.a. ved afsætning af udviklingspuljer. Samlet set betyder dette, at forureningsagerne løses effektivt, hurtigt og billigst muligt. Det er en velsmurt maskine, som giver mest mulig miljø for pengene.

I det nuværende set-up har man på en gang størrelsen og den regionale tilstedeværelse til både at kunne løfte fagligt tunge opgaver som generationsforureninger samt mindre komplekse jordforureningsager på borgeres ejendomme, hvor nærheden og lokalkendskabet er vigtig i opgaveløsningen.

Både uddelegering og centralisering er risikabelt

Vi er bekymrede for at sprede viden for tyndt ud, hvis enhederne bliver meget mindre, f.eks. ved at brede specialisterne/medarbejderne fra regionerne ud i kommunerne. Det vil "fortynde" viden og ødelægge de stærke videnscentre, som regionerne udgør i dag. Man vil ikke kunne opretholde den stærke faglighed og meget specialiserede viden, som kendetegner området i dag. Desuden risikerer man ikke at have den fornødne armslængde mellem de nødvendige miljømæssige prioriteringer og de lokale politiske processer.

Så vi ser store ulemper i at lægge opgaven ud til kommunerne, men vi er ligeledes bekymrede for at samle ansvaret i større enheder end i dag, da man så mister nærheden til borgerne og risikerer at give køb på den kæmpe vidensopbygning, der er sket lokalt i de enkelte regioner over en lang årrække, f.eks. ift. oprensning af generationsforureningerne. Den viden om de meget komplekse forureninger, som generationsforureningerne udgør, ligger lige nu regionalt, hvor viden er forankret, og hvor nærheden til borgerne og andre interessenter også er en yderst vigtig parameter. En tidlig og tæt interessentinddragelse har vist sig at være en forudsætning for et vellykket projektføreløb. Denne nærhed kan ikke etableres i statsligt regi, medmindre det nuværende regionale set-up kopieres én til én.

Der vil således være stor risiko for, at udgifterne til undersøgelserne og oprydningerne vil blive større pga. den manglende nærhed til borgerne samt risikoen for tab af den forankrede vidensopbygning, der er sket lokalt i de enkelte regioner over en lang årrække. Hvis der ikke findes den nødvendige faglighed, vil der være risiko for, at man benytter forældede metoder (f.eks. opgravning), eller at der ikke foretages tilstrækkelige undersøgelser til at kortlægge problemets omfang. Dette har ofte vist sig at være væsentligt fordyrende.

Kort sagt, så har kommunerne ikke muligheden for at opbygge den nødvendige faglige kompetence til at løse opgaven. Og staten har ikke nærheden til hverken borgerne, bygherre, kommunerne, virksomheder eller forsyningsselskaber, der påvirkes af forureningerne.

Samtidig vil der ved en ny organisering også ske en opsplitning af de eksisterende faglige miljøer i regionerne, fordi de faglige medarbejdere ikke ønsker at fortsætte i fx kommunalt eller statslig regi. Og nye faglige miljøer tager tid at bygge op igen. Det så vi senest i 2007, hvor Amternes administration af jordforureningsområdet blev overdraget til de nye Regioner. Her tog det en rum tid før de faglige miljøer i Regionerne igen var up-to-speed. Og i en tid, hvor vi som samfund ser ind i alvorlige miljø- og sundhedsmæssige konsekvenser som følge af jord- og grundvandsforurening, mener FRI ikke, at tiden er rigtig til rokke båden og gennemføre en reorganisering af regionernes arbejde indenfor jord- og grundvandsforureningsområdet.

Den tværgående organisering omkring generationsforureningerne fungerer godt

Dér hvor de enkelte regioner ikke kan gabe over de store og geografisk tværgående opgaver alene, findes i dag det tværregionale samarbejde i form af Regionernes Videnscenter, hvor regionerne ved fælles hjælp løfter nogle af de større indsatser som f.eks. vidensopbygning inden for PFAS (eksempelvis Udbud af demonstrationsprojekter for rensning af PFAS i jord), men også hele den koordinerende indsats, der er blevet lagt ift. udarbejdelse af planer omkring de såkaldte generationsforureninger, eksempelvis Høfde 42 og Kærgaard Plantage.

I 2020 udpegede regionerne 10 af Danmarks største jordforureninger som generationsforureninger. I 2021 blev der afsat 630 mio. kr. på finansloven til undersøgelse og oprensninger mellem 2021 og 2025 - og i april 2024 yderligere 550 mio. kr. ifm. udmøntning af Grøn Fond. Generationsforureningerne udgør en meget lille del af det samlede antal sager, som regionerne håndterer. Men disse forureninger er uhyre komplekse og har en udbredelse, så de vil være meget dyre at håndtere og oprense. Som for de øvrige forureninger, er både nærhed og faglighed centrale elementer i at sikre, at disse forureninger håndteres, så vi får ”mest miljø for pengene”.

Anbefalinger

Med ovenstående in mente er vores klare anbefalinger:

Fasthold den regionale forankring omkring jordforurening og grundvand. Herved bevares den nødvendige geografiske nærhed samt de faglige og administrative kompetencer. Og det nuværende set-up fungerer.

Afsæt tilstrækkelige midler til området, sådan at regningen ikke sendes videre til de næste generationer. Stabil finansiering er afgørende for at kunne gennemføre prioritering og afvikling af sagerne økonomisk og miljømæssigt optimalt.

Involvér fageksperter på området, når det eventuelt justerede system for jordforurening skal planlægges og realiseres – vi hjælper gerne til!

Med venlig hilsen

Ulrik Ryssel Albertsen



Ulrik Ryssel Albertsen
Erhvervspolitisk Chef
Foreningen af Rådgivende Ingeniører

Høringsvar fra F&P – Forsikrings- og pensionsbranchen

F&P takker for muligheden for at afgive høringssvar til *Sundhedsstrukturkommissionens rapport - Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen*.

Udfordringerne på sundhedsområdet er veldokumenterede med flere ældre, flere med kroniske sygdomme og flere multisyge. Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapport viser, at mere end en fjerdedel af befolkningen på 16 år og derover har to eller flere sygdomme. Samtidig bekræfter flere undersøgelser, at danskernes mentale trivsel er under pres.

Derfor var det betimeligt af regeringen i foråret 2023 at nedsætte en Sundhedsstrukturkommission til at komme med anbefalinger til at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

F&P finder kommissionens rapport gennemarbejdet og bemærker særligt, at kommissionen forholder sig til forsikrings- og pensionsbranchens bidrag på sundhedsområdet.

Kommissionen når blandt andet frem til følgende:

- Borgere med en sundhedsforsikring kan være med til at frigøre ressourcer i det offentlige sundhedsvæsen
- Sundhedsforsikringer finansierer i stigende grad områder, hvor der er egenbetaling, mens udgifter til operationer udgør en stadig mindre del af sundhedsforsikringsens samlede udgifter
- Der er umiddelbart ikke tegn på, at sundhedsforsikringer trækker ressourcer ud af de offentlige sygehuse i betydeligt omfang
- Sundhedsforsikringer gennem arbejdsgiver eller pensionskasse opfører normalt, når borgeren forlader arbejdsmarkedet.

06.08.2024

F&P
Philip Heymans Allé 1
2900 Hellerup
Tlf.: 41 91 91 91
fp@fogp.dk
www.fogp.dk
CVR 11 62 81 84

Mie Rasbech
Chefkonsulent
Dir. 41 91 90 93

Sagsnr. GES-2024-00230
DokID 488939

Forsikrings- og pensionsbranchens rolle på sundhedsområdet

F&P

Sagsnr. GES-2024-00230

DokID 488939

Vi vil gerne kvittere for, at kommissionen anerkender, at branchen bidrager og reelt kan være med til at afhjælpe presset på sundhedsområdet. 2,9 mio. borgere har en sundhedsforskning/-ordning, der kan hjælpe danskerne til et langt og sundt arbejdsliv. Branchen har også en væsentlig indsats vedrørende fastholdelse til arbejdsmarkedet med forsikringer for tab af erhvervsevne. Sådant en forsikring har 2,5 mio. danskere. Det betyder, at branchen har et stort incitament til at hjælpe syge og skadelidte borgere til at bevare arbejdsmarkedstilknæytningen. På den måde supplerer forsikrings- og pensionsbranchen velfærd.

Branchen er ikke et parallelt sundhedsvæsen, som kommissionen også angiver i sin rapport. Vi er en samarbejdspartner på sundhedsområdet, der ved at give en tidlig indsats supplerer med ydelser, der forebygger, at fysiske og psykiske skavanker bliver til skader, der kan medføre langvarigt sygefravær og kræve behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Mens det offentlige sundhedsvæsen skal sikre danskerne mest sundhed for pengene, er branchens indsats at bidrage til, at danskerne bevarer deres arbejdsmarkedstilknæytning. Det er forskellige roller og kræver forskellige indsatser.

Derfor bakker forsikrings- og pensionsbranchen også op om et stærkt offentligt sundhedsvæsen, hvor politikerne løbende forventningsafstemmer både kvaliteten og omfanget af ydelserne med borgerne.

Vi finder det derfor også opløftende, at kommissionen peger på behovet for endnu mere samarbejde mellem branchen og det offentlige sundhedsvæsen.

Danskernes sundhedstilbud leveres i dag af et mix af offentlige og private aktører, hvilket gør samspil og koordination afgørende. Nedenfor har vi anført tre områder, hvor det gør sig særligt gældende.

1. Bedre digitalisering og brug af data

I et bæredygtigt sundhedsvæsen er patienten i centrum. Det indebærer også en effektiv digital infrastruktur, hvor deling af relevant sundhedsdata, der med udgangspunkt i borgerens samtykke, formidles smidigt. F&P er derfor også enig i kommissionens betragtninger om, at en fragmenteret IT-arkitektur, som vi kender den i dag, hæmmer udveksling af patienternes oplysninger mellem relevante interessenter.

F&P tilslutter sig derfor kommissionens anbefaling om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet og etableringen af én forpligtende strategi for indsatsen.

I den sammenhæng indtænker kommissionen i begrænset omfang relationen mellem det offentlige sundhedsvæsen og private aktører. I rapportens kapitel

13 fremhæver kommissionen, at brugen af private aktører kan være et godt supplement til det offentlige sundhedsvæsen. Vi opfordrer derfor til, at man i de politiske drøftelser af en fremtidig digital infrastruktur bruger denne lejlighed til at indtænke borgernes samlede forløb på tværs af det offentlige sundhedsvæsen og private aktører. Formålet er at sikre sammenhæng og kan samtidig være med til at understøtte lokal opgaveløsning tættere på borgerne.

F&P

Sagsnr. GES-2024-00230

DokID 488939

2. Tydeligere politisk prioritering og brug af den samlede kapacitet

Den samlede kapacitet på sundhedsområdet skal anvendes. Det betyder, at vi skal bruge og anerkende de eksisterende kompetencer. I nogle tilfælde bliver en diagnose eller hjælp betvivlet, hvis den er givet i privat regi. Udgangspunktet må være, at lægefagligt arbejde har samme kvalitet uanset om det er udført i den offentlige eller den private sektor. Ofte er ydelsen gennemført af de samme sundhedsprofessionelle, da f.eks. en gruppe af læger arbejder både i det offentlige og det private sundhedsvæsen.

En national sundhedsplan, som er kommissionens anbefaling 3, bør derfor også i et ressourcaperspektiv have for øje, at sundhedsydelser ikke kun leveres i det offentlige sundhedsvæsen, men at der også er ressourcer at hente i den private sektor.

Hvis vi derudover skal sikre den bedste ressourceanvendelse, herunder at branchens supplementer på sundhedsområdet reelt understøtter en sund befolkning, er det desuden afgørende at politikerne er tydelige i deres prioritering af, hvad borgerne kan forvente er offentlig finansieret velfærd, og hvor man selv må betale eller sikre sig på anden vis, fx med en forsikringsordning. Vi vil derfor opfordre til, at denne sondring indarbejdes i en national sundhedsplan.

3. Klog brug af det almene medicinske tilbud

Det sidste område vi vil fremhæve, er almen praksis. Almen praksis er hovedindgangen til sundhedsvæsenet, og det skal den ifølge kommissionens anbefaling 1 blive ved med at være. Det er vi enige i, og dermed også i kommissionens betragtning om, at det ikke er hensigtsmæssigt at branchen ansætter egne læger. Det betyder samtidigt, at vi skal bruge de praktiserende lægers tid hensigtsmæssigt. Derfor drøfter branchen også løbende, hvordan vi bedst aflaster vores brug af almen praksis.

Forsikrings- og pensionsbranchen har et velfungerende og løbende samarbejde med Praktiserende Lægers Organisation om blandt andet brug af attester. Det er et samarbejde som også kommissionen finder hensigtsmæssig.

Almen praksis er indgangen til det offentlige sundhedsvæsen og binder på den måde den private sundhed sammen med den offentlige sundhed. I dag kræver nogle ydelser fra sundhedsforsikringer visitering fra almen praksis.

Det skyldes, at branchen ofte ønsker en lægefaglig vurdering for at sikre, at borgeren ikke fejler noget ukendt og for at undgå eventuel overbehandling. Det gør særligt forventningsafstemning omkring netop denne vurdering afgørende, da det ikke blot er ”en bestilling” på en sundhedsforsikringsydelse, som patienten får hos lægen. En patient med en sundhedsforsikring skal modtage samme lægefaglige rådgivning som en patient uden en forsikring. Det fokus er ikke mindst vigtigt i lyset af Lægeforeningens undersøgelse fra foråret 2024, der viser, at nogle læger oplever at være pressede til at henvise patienter med en sundhedsforsikring.

Derudover er det vigtigt at have fokus på den praktiserende læges rolle som tovholder. Både ved tab af erhvervsevne og på sundhedsforsikringsområdet yder branchen en stor indsats som ”tovholder” eller ”navigator”. Det burde nok i højere grad være en offentlig opgave eller som minimum ske i et endnu bedre samspil, men i dag oplever branchen et stort behov for at hjælpe borgeren med at navigere i sit eget forløb. Den opgave kan med fordel holdes for øje hver gang almen praksis’ rolle og opgaveportefølje justeres.

F&P

Sagsnr. GES-2024-00230

DokID 488939

Bilag 1

F&P

F&P's position vedrørende sundhed er sammenfattet i følgende pejlemærker for vores arbejde på området:

Sagsnr. GES-2024-00230
DokID 488939

1. Vi bakker op om et stærkt offentligt finansieret sundhedsvæsen, hvor politikerne løbende forventningsafstemmer både kvaliteten og omfanget af ydelserne med borgerne.
2. Forsikrings- og pensionsbranchen er en del af velfærden. Vi anerkender dilemmaer omkring A- og B-hold, og vi har som branche et ansvar for at være opmærksom herpå. Det er vi fx ved at bidrage med brede og kollektive løsninger og ved at udvikle løsninger, der tilbyder borgerne forsikringsalternativer til egenbetaling af de sundhedsydelser, der ikke finansieres af offentlige midler.
3. Vi arbejder for at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af offentlige og private tilbud ved at sætte borgeren i centrum.
4. Vi arbejder som branche for at fremme løsninger, der bidrager med innovation og nytænkning på sundheds- og forebyggelsesområdet.
5. Vi anerkender, at sundhedsvæsenet oplever knaphed på arbejdskraft og at der er mange dilemmaer knyttet hertil. Vi har som branche et ansvar for at være opmærksom herpå ved fx at bidrage til at effektivt samspil via øget brug af digitale løsninger.



Høringssvar fra Fredericia Kommune vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Fredericia Kommune takker for muligheden for at give høringssvar, og kvitterer samtidig for gode pointer, intentioner og det store arbejde bag kommissionens rapport.

Fra Fredericia Kommune bakker vi op om KLs høringssvar, men vi vil gerne supplere med perspektiver fra Fredericia, og vores erfaringer med at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i tæt samarbejde med lokale sundhedsaktører, såvel som civilsamfund og andre væsentlige aktører i borgernes liv og hverdag.

Et sundhedshus - for alle - skabt i fællesskab

I Fredericia har vi gennem en årrække arbejdet sammen med Region Syddanmark, Sygehus Lillebælt og Psykiatrien for sammen at nytænke og skabe sundhedstilbud tæt på borgernes hverdag. Fredericia Sundhedshus er i høj grad et resultat af tæt samarbejde med lokale aktører, som har forpligtet hinanden på at turde og at ville udfordre de formelle rammer for sundhedsvæsenets opgaveløsning.

Samtidig repræsenterer Fredericia Sundhedshus et vigtigt bud på, hvordan det formelle sundhedsvæsen sammen med civilsamfund, frivillige lokale foreninger og private aktører kan skabe synergi i samarbejdet og i de nære tilbud til borgerne.

Vi kan være bekymrede for, om de samme muligheder vil være til stede i en fremtidig struktur, hvor der er lagt op til væsentlig mere centralisering.

De vigtigste sundhedsindsatser ligger ikke i sundhedsvæsenet

Strukturkommissionen lægger op til et sundhedsvæsen, hvor fokus i meget høj grad er på behandling og sammenhæng i patientforløb. Det er vigtige områder, men med et snævert fokus på sundhed og omsorg, ser vi en risiko for at sundhedsvæsenet "lukker sig om sig selv". Dermed bliver det sværere at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i samarbejde med aktører, der er langt tættere på borgernes hverdag og liv, end det behandlende sundhedsvæsen.

I Fredericia ser vi ind i et perspektivrigt samarbejde med boligorganisationerne, hvor det fælles blik på borgernes hverdagsliv, giver helt nye muligheder for at arbejde med trivsel, fællesskaber og tryghed. Kan viceværten være den, der kigger forbi og giver en hjælpende hånd med batterier i høreapparatet eller en

rollator, der driller? Kan medborgerhuset danne rammen om fremskudte kommunale funktioner, foreningsliv i nærmiljøet og reducere social ulighed i sundhed?

Kommunernes brede opgaveportefølje giver værdifulde muligheder i forhold til at indgå i samarbejde på tværs. Dette vil blive væsentlig sværere, hvis store dele af de kommunale opgaver centraliseres.

Vi ser frem til at følge den politiske proces med at styrke det danske sundhedsvæsen, med input fra de mange aktører, der spiller sammen om at skabe sundhed og trivsel for danskerne.

På vegne af Fredericia Kommune



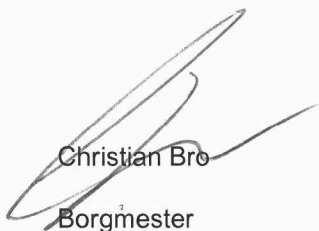
Søren Larsen

Formand, Senior og Socialudvalget



Connie Maybrith Jørgensen

Formand, Beskæftigelses- og Sundhedsudvalget



Christian Bro

Borgmester



Dato: 01-07-2024

Sagsnr: 29.00.00-K04-1-24

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Frederiksberg Kommune takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde, der er et godt skridt på vejen mod at skabe forandringer for at fremtids-sikre Danmarks sundhedsvæsen.

Vi er generelt set meget positivt stemt over for de seks tværgående anbefalinger, der kan gennemføres uanset hvilken forvaltningsmodel, der ligger til grund for fremtidens sundhedsvæsen. Dog er det vores opfattelse, at der mangler et grundlæggende forebyggende og rehabiliterende sigte i anbefalingerne. Med en styrkelse af de forebyggende og rehabiliterende indsatser vil sygdomsbyrden og behandlingsbehovet potentielt kunne mindskes, og sundhedsvæsenet være mere bæredygtigt. Vi har siden kommunalreformen i 2007 arbejdet alment forebyggende på tværs af alle kommunens opgaveområder. En opgave der aldrig har aldrig ligget på regionalt plan. Det er ærgerligt, at kommissionens rapport og anbefalinger er udtalt patient- og sygdomsorienterede, hvor vi i kommunerne ser borgerne i et helhedsperspektiv med udgangspunkt i borgernes hverdagsliv og deres generelle ressourcer samt inddragelse af pårørende og lokalsamfundet og en rehabiliterende og forebyggende tilgang. Desuden ser der ud til at være langt fra sundhedsstrukturkommissionens rapport til værdierne i den kommende ældrelov om mere selvbestemmelse, mere tillid og tættere samarbejde med civilsamfundet og de pårørende.

Den fremtidige forvaltningsmodel for sundhedsvæsenet skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Frederiksberg Kommune ser ikke, hvordan forvaltningsmodel 1 og 2 vil skabe større nærhed, da modellerne omfatter store 'opgavesamlinger', som vil være en centralisering af opgaver, som kommunerne i dag varetager. Der ligger desuden en indlejret logik i modellerne om at sammenhæng og omstilling sker af sig selv ved, at opgaverne løses i samme sektor – dette stiller Frederiksberg Kommune sig meget endog skeptisk overfor. Intet har tidligere vist os at dette skulle være tilfældet. Dertil kommer, at borgerne med rette bør kunne placere et tydeligt ansvar i forhold til fx ældreplejen – dette opnås ikke ved en centralisering af hele ældreområdet. Det er derfor vigtigt, at ældreplejen

fortsat er underlagt direkte, lokaldemokratisk kontrol og ansvar, der fortsat med fordel bør ligge i kommunerne.

Frederiksberg Kommune ser derfor størst potentiale i model 3, der tilnærmelsesvis ligner den struktur, vi har i dag. Dog savner vi en konkretisering af, hvordan nærheden og sammenhængen kan styrkes. Vi mener, at uanset hvordan opgavefordelingen bliver mellem sundhedsvæsenets aktører, vil der være behov for tæt tværsektorielt samarbejde. Dette er nødvendigt for at skabe sammenhængende forløb for borgerne, og for at beholde borgerne så vidt muligt i de nære tilbud. Derfor har vi også et ønske om et endnu tættere samarbejde med almen praksis, så udviklingen af det nære sundhedsvæsen fortsat tager afsæt i et helhedsorienteret borgerperspektiv. Vi mener, at det nuværende sundhedsklyngesamarbejde her har vist sig at have et stort potentiale på administrativt niveau. Det fælles populationsansvar og den nye samarbejdsform har allerede styrket vores kendskab til hinandens sektorer og spiret lovende nye initiativer. Dog oplever vi ikke det politiske niveau i sundhedsklyngerne har en hensigtsmæssig beslutningsstruktur i den nuværende form. Sundhedsklyngerne har i dag et meget lille økonomisk grundlag, der kun rækker til midlertidige indsatser, og det politiske niveau kommer nemt til at agere en bureaukratisk flaskehals for relativt driftsnære beslutninger. Frederiksberg Kommune har dårlige erfaringer med sygehusdrift i regi af H:S, og vi ser derfor fremtiden for klyngerne på primært administrativt niveau.

Vi stiller os kritisk overfor muligheden i den såkaldt 'lille opgavesamling', der ligger i forvaltningsmodel 3. Frederiksberg Kommune leverer allerede i dag høj kvalitet i vores specialiserede rehabiliteringsindsatser såvel som i akutfunktionen, og forstår ikke motivationen for at flytte de pågældende opgaver ud af kommunernes hænder. Det vil være et stort videns- og kompetencetab for kommunerne, og opgaverne vil blive afkoblet kommunens øvrige opgaver, hvor det i dag er naturligt at skabe sammenhæng. Vi mener desuden, at der er andre kommunale opgaver, der er mere oplagte at overveje at lægge under regionerne, opgaver inden for det specialiserede socialområde såsom misbrugsbehandling. Opgaveflytning bør være overdragelse af det fulde ansvar inklusiv finansiering. Opgaver der måtte overdrages bør være opgaver med klare sundhedsmæssige snitflader, komplekse forløb eller andre omstændigheder som taler for samling hos regionerne.

I kommunerne har vi over mange år oplevet uplanlagt og ufinansieret opgaveglidning, som har givet os flere sundhedsopgaver. Efter udskrivelse skal vi gribe både mere syge borgere med psykiatriske lidelser og borgere med somatisk sygdom, hvilket kræver mere af os både med hensyn til økonomi og kompetencer. For at kunne sikre kvalitet i opgaveløsningen på sigt, er det derfor afgørende at bundne opgaver og økonomi følges ad uanset, hvordan opgaverne bliver fordelt mellem sektorerne. Dertil bør fremtidens sundhedsvæsen have indbyggede blandt andet økonomiske incitamenter, der understøtter at borgerne er reelt færdigbehandlede, når ansvaret for dem overgår til kommunen - med en åbenhed for, at planlagt færdigbehandling i borgerens eget hjem kan være en del af løsningen.

Vi forstår, at vi i Frederiksberg Kommune står et relativt privilegeret sted, når vi sammenligner os med andre kommuner – vi har god lægedækning og vores borgere har ikke langt til speciallæger og hospitaler. Men det giver også grund til bekymring. Vi har brugt år på at udvikle et godt samarbejde med de andre sektorer i sundhedsvæsenet. Et eksempel er vores samarbejde med Bispebjerg Hospital, der yder lægelig understøttelse af kommunens midlertidige rehabiliteringspladser – dette er med til at udvikle og understøtte de faglige kompetencer hos vores medarbejdere, og forebygger genindlæggelser. Vi har bekymring for om vi risikerer, at alt det gode, vi har brugt år på at bygge op, vil gå tabt ved den nye struktur – og man dermed forringer kvaliteten ét sted, for en potentiel styrkelse af kvaliteten et andet sted.

Vi efterspørger generelt en større tillid til, at kommunerne er i stand til at løse flere opgaver på sundhedsområdet. Vi kan som en del af et styrket primært sundhedsvæsen arbejde for en større ensartethed i de kommunale sundhedstilbud, for eksempel gennem udbygning af tværkommunale samarbejder understøttet af fælles kvalitetsstandarder og en national sundhedsplan, der kan sikre en strategisk specialisering. Dette vil give en større gennemsigthed for vores samarbejdspartnere og ikke mindst for borgerne. Minimumskrav til hvad vi som kommuner skal levere af sundhedsindsatser, skal naturligvis bakkes op med det nødvendige økonomiske fundament.

Vi håber, at vores perspektiver vil blive taget med i overvejelserne, når der i den kommende tid skal tages beslutninger om strukturen for fremtidens sundhedsvæsen – så vi får et sundhedsvæsen, der er robust, sammenhængende og til gavn for alle borgere. Frederiksberg Kommune har med 105.000 indbyggere en størrelse som er fuldt bæredygtig til at løfte de kommende opgaver i det nære sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

Michael Vindfeldt
borgmester

Merete Hildebrandt
formand for Sundheds- og
Forebyggelsesudvalget

Sine Heltberg
formand for Ældre- og
Omsorgsudvalget

Styrk det borgernære sundhedsvæsen

- Høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Jeg har som borgmester i Frederikssund Kommune i det nordlige hjørne af Region Hovedstaden med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionen anbefalinger til fremtidens organisering af det samlede sundhedsvæsen i Danmark.

Kommissionen har mange gode anbefalinger, som jeg er enig i. Det gælder især de seks tværgående og modeluafhængige anbefalinger, herunder at styrke almen praksis i tæt sammenhæng med det nære sundhedsvæsen, en samlet national sundhedsplan og en bedre fordeling af speciallæger. Vigtigst er det, at kommissionen peger på, at vi efter en årrække, hvor vi markant har styrket det specialiseret sygehusvæsen, nu også skal styrke det nære sundhedsvæsen.

Model 3 kommer tættest på at styrke et borgernært sundhedsvæsen

Kommissionen anbefaler tre modeller for, hvor sundhedsopgaverne i fremtiden varetages bedst. To af de tre modeller peger på en centralisering af ældre- og sundhedsopgaverne i enten 8-10 sundhedsregioner eller en statslig sundhedsorganisation. Jeg tror ikke, at centralisering og mastodont-organisationer skaber større sammenhæng for den enkelte borger. Snarere tværtimod. Sammenhæng skabes nemlig ofte helt tæt på borgerne med udgangspunkt i borgerens behov og ønsker, snarere end af store administrative organisationer.

Derfor er jeg som borgmester i Frederikssund Kommune slet ikke tvivl om at kommissionens model 3 kommer tættest på en brugbar model for fremtidens sundhedsvæsen. Det nære sundhedsvæsen varetages nemlig bedst, der hvor borgerne bor – og i tæt samarbejde med bl.a. de lokale bolig-, idræts-, sociale og sygdomsbekæmpende foreninger, lokalområdet, de lokale virksomheder og de lokale praktiserende læger.

Samtidig skabes bedre sundhed for borgerne ikke i sundhedsvæsenet alene, men i høj grad i samspil med de øvrige velfærdsopgaver, som fx beskæftigelsespolitikken, den sociale indsats, hverdagen i dagtilbud og skoler eller via anlæg af cykelstier og rekreative områder. Jeg vil derfor advare mod, at en eventuel isolering af sundheds- og ældreopgaven fra

BORGMESTER

Dato

24. juni 2024

Frederikssund

Kommune

Torvet 2

3600 Frederikssund

De ældre er ikke kun patienter

Vores ældre er borgere langt mere end patienter. Derfor var vi mange, der var glade for regeringens ældrereform fra januar i år. Reformen pegede nemlig på helt centrale temaer som helhedspleje, faglig frisættelse, øget beslutningskraft til borgeren selv og deres pårørende og øget involvering af lokalsamfundets ressourcer. Det er korrekt, at ældre- og sundhedsopgaverne ofte går hånd i hånd, men centralisering er næppe vejen til øget selvbestemmelse, mere nærhed og større fokus på den enkelte ældre.

I Frederikssund Kommune har vi i de sidste år udviklet faste tværfaglige teams om borgere, der bor i eget hjem. Her arbejder SOSU-medarbejdere, sygeplejersker, terapeuter og visitatorer tæt sammen alle ugens syv dage hele døgnet rundt om at skabe det bedste liv for vores ældre medborgere – og ofte i tæt kontakt til borgerens praktiserende læge. Nærværende, kontinuerlig og stabil pleje og omsorg er nemlig ofte langt vigtigere for vores sårbare ældre medborgere, end specialiseret behandling. Derfor er der oftere brug for et stærkere samarbejde i den nære borgerindsats mellem kommunens medarbejdere og med almen praksis – end i snitfladen op mod hospitalerne.

Jeg anbefaler et styrket borgernært sundhedsvæsen, som tager udgangspunkt i borgernes behov og som bor og prioriteres lokalt i tæt samspil med lokalområdet praktiserende læger og lokalsamfundet mange indsatser og ressourcer – og som naturligvis også har et solidt samarbejde med hospitalerne, når borgerne ind i mellem har brug for specialiseret behandling.

Venlig hilsen



Tina Tving Stauning

Borgmester

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmen 10-12
DK-1216 København K
Sendt til: sum@sum.dk

København 6. august 2024

Vedrørende høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Fresenius Kabi takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anerkender den store opgave, som regeringen står over for. Der er hævet over enhver tvivl, at sundhedsvæsenets organisering bør omstruktureres – det ser vi som leverandør til sundhedsvæsenet, hvor især det sammenhængende patientforløb lider.

Vi vil i dette høringssvar ikke komme med en anbefaling til, hvilken model vi mener, at regeringen bør arbejde videre med. Vi vil derimod pege på en sundhedsmæssig, strukturel udfordring, der går på tværs af de forskellige modeller og anbefalinger, og som regeringen bør have med i sine overvejelser, når den skal udarbejde sit forslag til en ny sundhedsreform – og pege på en simpel løsning.

Sundhedsstrukturkommissionen peger selv på det stigende antal ældre som en stor byrde for sundhedsvæsenet og som centralt at takle med en kommende reform. Der kommer 300.000 flere borgere over 80 år frem mod 2050, forlyder det. 60 procent af ældre i hjemmeplejen og på plejehjem er i ernæringsrisiko ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2022 „Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko“.

Underernæring kan opstå af flere årsager. Det kan være som følge af manglende appetit, som starter en ond spiral med stadigt mindre indtag, der igen giver en svækket almen tilstand og gør en borger mere modtagelig for fx en lungebetændelse eller et fald. Dette påvirker evnen til at klare sig selv og medfører et øget behov for hjælp. Underernæring kan også være en følge af kroniske eller akutte sygdomme fx ved KOL, hvor det kan være meget svært at indtage tilstrækkelig energi. Eller det kan være ved kræft, hvor det kan være en del af sygdomsbilledet, som ved tidlig indsats kan påvirkes og dermed få et bedre behandlingsforløb.

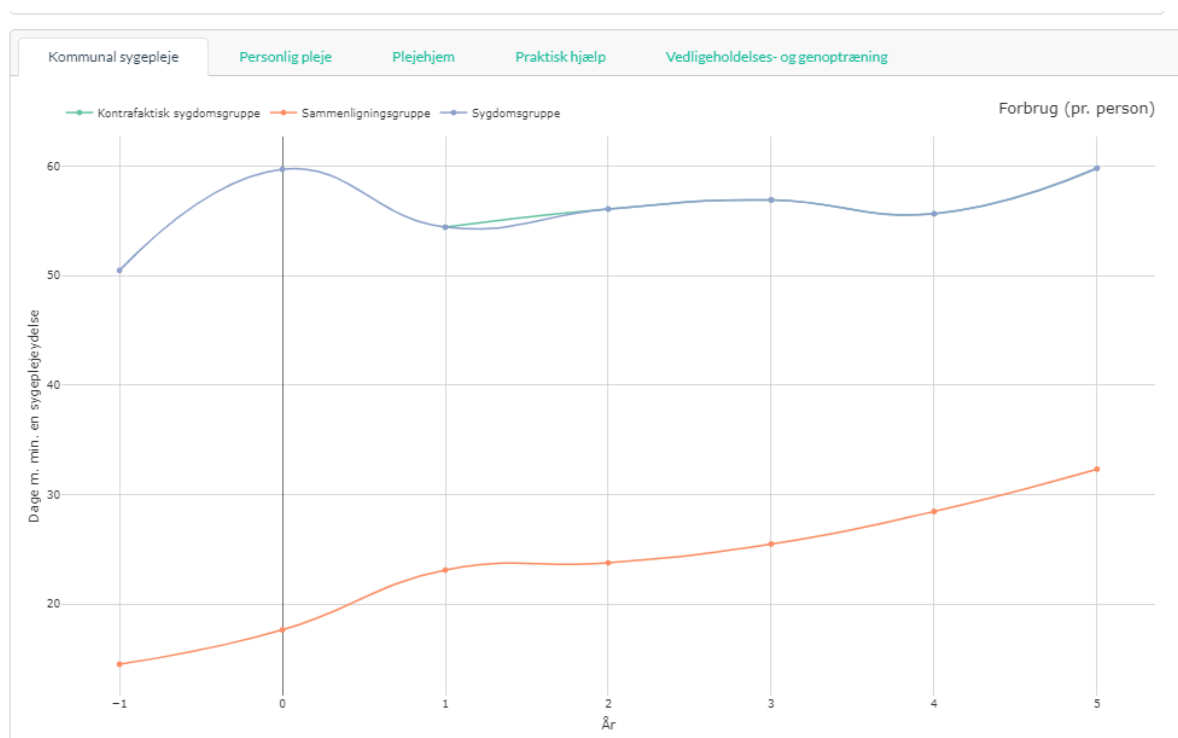
Underernæring har store konsekvenser for borgeres helbred, livskvalitet og behov for pleje. Udfordringerne med ernæring går på tværs af sektorerne. Ansvarsfordelingen for opsporing, opfølgning og behandling er ikke klar, hvilket gør, at sektorovergange ikke fungerer.

Ved udskrivelse fra sygehus i dag, er en ernæringsplan fx ikke noget, som følger med i en GOP. Efter en udskrivelse bliver ernæringstilstanden typisk ikke fulgt op på af kommunen, borgeren bliver yderligere underernæret, hvilket resulterer i forværring af helbredet, flere indlæggelser og større behov for pleje. Det kan også være behandling med parenteral ernæring på sygehus, hvor der er behov for hjemmesygepleje, men kommunen vil ikke overtage ansvaret for administration af behandlingen.

Og underernæring koster. Det har været svært at sætte et konkret beløb på, da underernæring er præget af stor underdiagnosticering. Men i foråret kom underernæring med som sygdomsgruppe i VIVE's Beregner for Investeringer i Sundhed (BIS), og dermed er det muligt at få et godt bud på, hvad underernæring koster samfundet. Beregneren viser, at underernæring blandt ældre over 65 år (uden kræft eller KOL-diagnose) koster mere i både almen praksis og hospitalerne. Den største økonomiske byrde ligger dog i kommunerne.

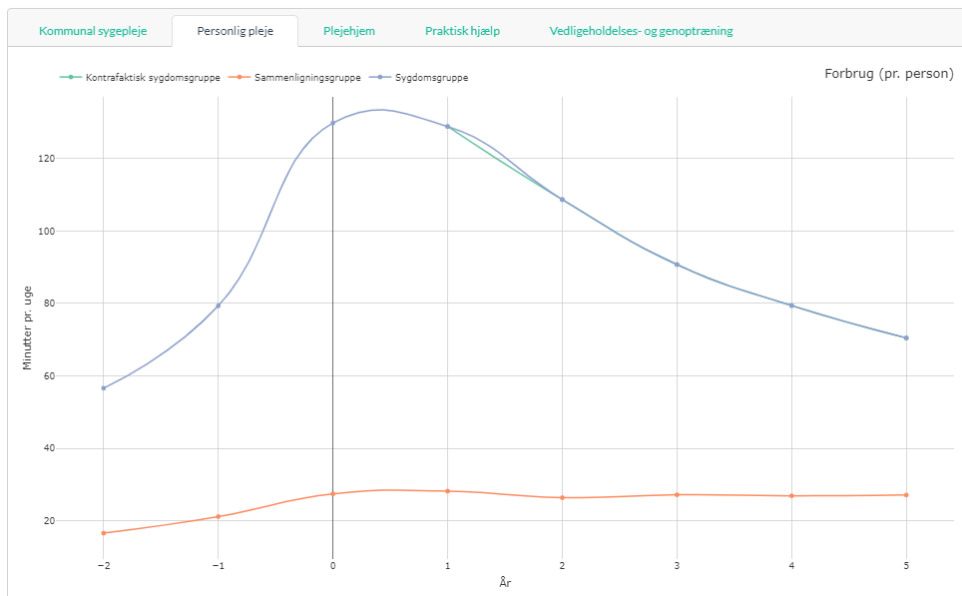
Ifølge BIS har én ældre borger over 65 år med diagnosen underernæring (KOL og kræftpatienter ekskluderet) årligt 57 dage med minimum én kommunal sygeplejeydelse over en femårig periode. Til sammenligning lyder antallet på 26 dage for en ældre i samme aldersgruppe uden diagnosen. Se Tabel 1.

Tabel 1: Borgere >65 år med diagnose underernæring (KOL og kræftdiagnoser ekskluderet) - Antal dage med minimum én sygeplejeydelse



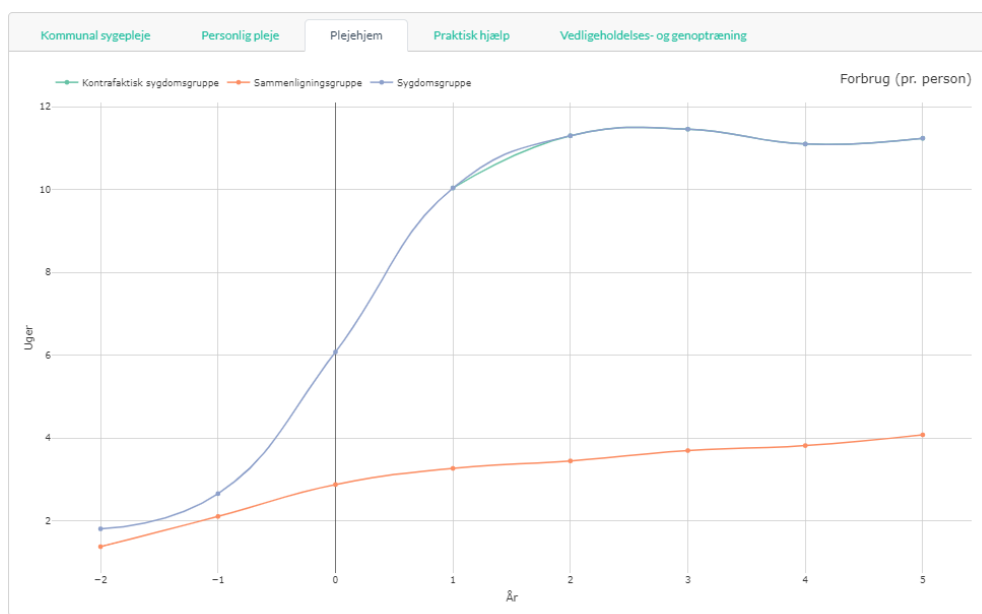
Ældre med underernæring har også behov for markant mere personlig pleje og modtager i gennemsnit 96 minutters personlig pleje om ugen. Det er 67 minutter mere end ældre uden underernæring, som modtager 28 minutters personlig pleje om ugen. Se Tabel 2.

Tabel 2: Borgere >65 år med diagnose underernæring (KOL og kræftdiagnoser ekskluderet) - Antal minutter pr. uge med personlig pleje



Underernærede ældre tilbringer, ifølge BIS, også længere tid på plejehjem – nemlig 11 uger pr. person om året over en femårig periode sammenlignet med 3,5 uge for ældre uden underernæring.

Tabel 3: Borgere >65 år med diagnose underernæring (KOL og kræftdiagnoser ekskluderet) - Antal uger på plejehjem



Ser man samlet på, hvad borgere over 65 år med diagnosen underernæring (uden kræft eller KOL-diagnose) koster kommunerne, så beløber det sig til 103.000 kr. *mere* pr. person om året.

Udfordringerne med underernæring blandt ældre og svækkede borgere kræver en omstrukturering af sundhedsvæsenet, hvor der er klar ansvarsfordeling, vilje og evne til at forebygge og se effekter på tværs af sektorer. Udfordringerne med underernæring, qua den kommende store generation af ældre borgere, vil ikke blive mindre – men vil blot stige – og det vil medføre et øget behov for pleje, hvad enten det er på plejehjem, hjemmesygepleje eller personlig pleje i eget hjem. I hvert fald så længe man ikke tænker opsporing, behandling og opfølgning af underernæring ind i den nye struktur af sundhedsvæsenet.

Underernæring kan både forebygges og behandles! Sundhedsstyrelsen har som føromtalt allerede udgivet sin vejledning, der i detalje beskriver de forskellige indsatser i almen praksis, i kommuner og på hospitaler, og som vi på det kraftigste opfordrer til bliver implementeret som nationale retningslinjer: udfordringerne er identificeret, og løsningerne er beskrevet.

Desuden bør ernæringsbehandling indgå i en revidering af Sundhedsloven ved, at det indsættes i § 5 samt skrives ind i § 84 ved at inkludere en ernæringsplan og ernæringsbehandling.

Vi står naturligvis til rådighed ved behov for uddybelse eller afklaring.

Med venlig hilsen

Liv Kvaale

General Manager
Fresenius Kabi Danmark

6. august 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

På vegne af Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) vil vi gerne kvittere for Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde og takke for muligheden for at afgive vores høringssvar til rapporten.

FYAM er et udvalg under Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) med 1500+ medlemmer (kommende speciallæger i almen medicin). FYAM repræsenterer således de yngre læger, som er i gang med at videreudanne sig til speciallæger i almen medicin. Vi er de faglige repræsentanter for de yngre almenmedicinere og fremtidens praktiserende læger.

Vi indsendte høringssvar i efteråret 2023, og det glæder os, at mange af de temaer, vi bragte op, er medtaget i rapporten. Den praktiserende læge er kernen i almen praksis, og almen praksis er kernen i et velfungerende og effektivt sundhedsvæsen. Frem for alt ønsker vi, at kontinuiteten og relationen mellem læge og patient i almen praksis bevares – livet igennem.

Vi er enige med Kommissionen i, at almen praksis skal styrkes, for at sundhedsvæsenet i fremtiden kan håndtere den ældre befolkning, flere multisyge patienter og patienternes stigende forventninger. Vi mener, at almen praksis leverer en god og bæredygtig behandling, og at den enkelte praksis skal have mulighed for at indrette sit tilbud, så det passer til patientpopulationen.

FYAM-udvalget bakker op om DSAM's høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og supplerer her med nogle punkter af særlig interesse for de kommende speciallæger i almen medicin.

Central opgavebeskrivelse

FYAM-udvalget bakker op om en central rammeaftale, og vi ser det overordnet som et fornuftigt tiltag for at sikre kvaliteten og et ensrettet tilbud i almen praksis. Det er dog helt essentielt, at man i opgavebeskrivelsen indtænker den tidlige relationsdannelse, så man ikke eksempelvis fjerner alle børne- og graviditetsundersøgelser fra almen praksis til fordel for øvrige opgaver for ældre med multimorbiditet. De tidlige kontakter i livet er en vigtig del af at skabe en tryk varig relation til sin egen læge.

Differentieret patienttal og ændret honorarstruktur

FYAM-udvalget ser også positivt på kommissionens forslag om differentieret patienttal og en ny honorarstruktur for almen praksis. Begge tiltag vil give os mulighed for at give mest til dem, der har størst behov. Der er dog behov for flere læger, så man over hele landet vil kunne sænke patientantallet sammenlignet med i dag.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at mange læger i almen praksis i dag er pressede. Den seneste trivselsmåling fra 2023 viste, at 48 % af de praktiserende læger opfylder kriterierne for moderat udbrændthed, og 14 % opfylder kriterierne for alvorlig udbrændthed. Nye tiltag må ikke skubbe yderligere til denne alvorlige udvikling, herunder øget patienttal for nogle klinikker (som nævnes i rapporten), da man i så fald risikerer at miste mange nuværende praktiserende læger. Man kan ikke blot sænke patientantallet i udkantsområder og skrue op for antallet i mere centralt placerede områder. Dels kan det ikke forventes, at de "resterende patienter" i udkantsområderne kan flytte ind til lægerne med øget patientantal. Der er i alle klinikker et højt arbejdspress, og en øgning i patientantallet hænger ikke sammen med ønsket om, at der løftes flere opgaver. På sigt giver det dog mening med oprettelse af forholdsmæssigt flere nye ydernumre i lægedæknings-truede områder end i områder med bedre lægedækning. Vi ønsker os et bæredygtigt arbejdsliv, så vi kan varetage rollen som praktiserende læger i rigtig mange år til gavn for patienterne.

Et øget samarbejde med det sekundære sundhedsvæsen – bevarede selvstændige enheder Ovenstående understreger også behovet for et øget samarbejde med det sekundære sundhedsvæsen. Yngre kommende speciallæger i almen medicin ønsker at bevare klinikker i form af selvstændige autonome enheder. Det sikrer højt udbytte for samfundets penge og autonomi for den enkelte læge til at indrette sig mest hensigtsmæssigt til det lokale miljø og egen patientpopulation.

Det bekymrer os, at der i rapporten henvises til Yngre Lægers medlemsundersøgelse, hvor der står beskrevet, at 14 % af yngre almenmedicinere ikke vil eje egen almen praksis og 24 % ikke ved, om de vil eje egen almen praksis. Dette bruges i kommissionens rapport som argument for at styrke andre praksisformer for at øge rekrutteringen af speciallæger i almen praksis. Det vil vi gerne advare imod.

I samme undersøgelse fremgår, at hvis man isoleret spørger dem, der er på vej ind i specialet almen medicin, kan alle respondenter i nogen, i høj grad eller i meget høj grad se sig selv som ejere på længere sigt. FYAM-udvalgets egen undersøgelse blandt alle hoveduddannelseslæger i almen medicin fra 2023 peger meget stærkt i samme retning: Vores undersøgelse blandt 663 hoveduddannelseslæger i almen medicin (48 % af alle hoveduddannelseslæger i almen medicin) i 2023 viser, at 79 % af hoveduddannelseslægerne, som er på deres sidste år af hoveduddannelsen (fase 3), ser sig selv eje praksis inden for 5 år¹. De resterende ønsker at arbejde (vikariere) i en traditionel almen praksis. Ud af alle de 663 almenmedicinske hoveduddannelses-

læger, der besvarede undersøgelsen, kunne ingen se sig selv arbejde i en regionsklinik, og blot én kunne se sig selv arbejde i en koncernklinik/partnerskabsklinik.

Det er derfor vigtigt for os – fremtidens praktiserende læger – at understrege, at de nye praksisformer ikke skal oprettes for vores skyld. Ej heller vil det være til gavn for patienterne, da kontinuiteten i disse klinikker er dårligere.

Vi vil derimod opfordre til, at alle muligheder åbnes, for at speciallæger i almen medicin kan ansættes i en traditionel almen praksis, såfremt de ikke selv ønsker at eje. Vi er klar over, at der i en overgangsperiode vil være brug for disse alternative klinikformer for at sikre lægedækning til hele landet, og vi stiller os positive over for Sundhedsstrukturkommissionens forslag om at begrænse til højst to ydernumre pr. ejerlæge (mod nuværende seks ydernumre). Men i det lange løb mener vi, at traditionelle almen praksis-klinikker er den form, der giver bedst kvalitet og højest kontinuitet til den laveste pris, og som bedst kan tiltrække os som kommende speciallæger i almen medicin til primærsektoren.

Ph.d. blandt kommende speciallæger i almen medicin

Der foreslås i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at færre læger bør lave en ph.d. Vi forstår rationalet i denne tid med mangel på læger, men vil advare mod, at man begrænser muligheden for at lave almenmedicinske ph.d.-forløb for kommende praktiserende læger.

Det er helt essentielt for udviklingen og kvaliteten i almen praksis, at vi har forskning, som udspringer af den almenmedicinske hverdag og patientpopulation. Det er derfor nødvendigt at have almenmedicinske forskere, som har dybdegående kendskab til arbejdet og patienterne i almen praksis. Der er i forvejen ikke stor tradition for at lave ph.d. inden for netop almen medicin, og en begrænsning her vil udslutte fødekæden fra ph.d. til videre ansættelser ved universiteterne inden for almen medicin.

En nylig almenmedicinsk ph.d.-afhandling af netop en yngre almenmedicinsk læge undersøgte faktorerne for, at man som ung læge vælger almen medicin som specialisering. Studierne viste, at bl.a. stor synlighed og tilstedeværelse af specialet under universitetsuddannelsen og de rollemodeller, som de medicinstuderende her møder, er af stor betydning for deres specialevalg².

Det er i høj grad de almenmedicinske ph.d.-studerende, lektorer og professorer, som varetager den almenmedicinske undervisning på medicinstudiet, og vi advarer kraftigt mod at begrænse denne synlighed af specialet – tværtimod mener vi, at synligheden af og vægten på almen medicin bør styrkes på medicinstudiet, som det også lægges op til i Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Man kan dog overveje at sænke betydningen af at have en ph.d.-grad i ansættelsessammenhæng, så dette ikke vægtes så højt for at komme i betragtning til faget, i takt med øget tilstrømning til specialet.

Med venlig hilsen
pva. Forum for Yngre Almenmedicinere

Thomas B. Purup
Formand for FYAM-udvalget

¹ https://content.dsam.dk/guides/fyam/fyam-undersogelsen-2023_rapport_fuld_faerdig.pdf

² <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-05074-1>

Til: Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sum@sum.dk)
Cc: Rasmus Bach Mandø (rba@fynbus.dk), Anna Lise Kianzad (aki@fynbus.dk)
Fra: Dennis Mølgaard (dem@fynbus.dk)
Titel: Høringssvar fra FynBus vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport
Sendt: 04-08-2024 01:13
Bilag: Signature-20240803231455.txt;

Høringssvar vedr. sundhedsstrukturkommissionens rapport

Med henvisning til brev fra Indenrigs- og sundhedsministeriet af 11. juni 2024, afgiver FynBus hermed høringssvar.

FynBus har 2 bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport:

1. Sundhedsstrukturkommissionens rapport opererer med fremtidige organisatoriske-, opgave- og styringsmæssige muligheder for det samlede sundhedsområde. FynBus noterer sig, at det i rapporten nævnes, at en ændret fremtidig struktur, kan få konsekvenser for andre områder end sundhedsområdet. Dog er det ikke nærmere beskrevet hvad konsekvenserne af ændringer på sundhedsområdet, vil være for de øvrige opgaver Regionerne i dag varetager. Her henvises til, at Regionerne i dag har ansvaret for oprettelse af trafikskaber, jf. Lov om trafikskaber [Bekendtgørelse af lov om trafikskaber \(retsinformation.dk\)](#)
2. Regeringen har samtidig med Sundhedsstrukturkommissionen nedsat et ekspertudvalg, der analyserer den kollektive transport ift. muligheder, opgaver og strukturer. Vi håber man er opmærksom på kollektiv trafik i forbindelse med de videre drøftelser af det fremtidige sundhedsområde. Trafikskaberne løser i dag en lang række patienttransportopgaver for kommuner og regioner. Det drejer sig om borgere som skal transporteres til og fra undersøgelser, konsultationer, behandlinger, indlæggelse, genoptræning, mv. Desuden benytter region og ambulancetjeneste, flextrafikken som aflastning hvis opringning til 112 ikke vurderes at have akut karakter. Alene for Fyn og Langeland handler det i alt om ca. 200.000 personture årligt under området siddende patientbefordring. Det er opgaver som formodes stadig at skulle løses, uanset struktur og ansvar.

Med venlig hilsen

Dennis Mølgaard
Sekretariatsleder

FynBus

Tolderlundsvej 9
5000 Odense C
Direkte telefon: 63115132
Mobil: 30902525
Email: dem@fynbus.dk

Tænk på miljøet -print kun e-mails når det er nødvendigt



Høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Vi vil gerne takke for muligheden for at kommenterer kommissionens rapport og anbefalinger. Nedenstående er en ikke prioriteret gennemgang af betænkninger vi i FYO har til anbefalingerne.

Betænkning til anbefaling 2 - digitalisering

Der bør indtænkes brug af data til forskning i forbindelse med udvikling af fremtidige IT-systemer. En systematisk indsamling af data og samtidig øget tilgængelighed til forskning, vil muliggøre at vi kan trække langt mere viden ud end i dag. Dette vil også kunne danne en rygrad til udvikling af f.eks. nye AI-baserede modeller til anvendelse i klinikken.

Der bør være et klart fokus på at digitalisering ikke må medføre øget ulighed i adgangen til sundhedstilbud, herunder at der fortsat er tilbud til patienter med begrænset evner i brug af digitale løsninger. Dertil bør der være et fokus på at digitalisering og øget digital tilgængelighed for patienterne ikke øger arbejdsbelastningen for klinikere uden tilsvarende tilførsel af ressourcer. Som eksempel tænkes på de ekstra arbejdsopgaver der kan ligge i f.eks. at svare på digitale patienthenvendelser.

Betænkninger til anbefaling 3

Forslag 1 – Tilpasset ressourcefordeling

Vi finder det meget relevant at sygehusene stiller kompetencer til rådighed for primærsektoren og der bør findes ressourcer til dette på sygehusene således at der er nem adgang for primærsektoren. Derudover kan indtænkes nye måder hvorpå f.eks. praktiserende læger kan komme i kontakt med en relevant speciallæge. F.eks. en forbedret digital platform til korrespondancer, så den praktiserende læge hurtigt kan få svar på forespørgsler.

Forslag 1-7 – kompetenceopnåelse under lægeligvidereuddannelse i forbindelse med opgaveomfordeling mellem primær og sekundær sektor

I forbindelse med opgaveomfordeling mellem primær sektor og sekundær sektor risikerer man, at læger under uddannelse til sygehusspeciallæger får sværere ved at opnå generelkompetencer inden for opgaver, der flyttes fra sygehusene. Det bør indtænkes i sundhedssystemets struktur, at alle uddannelseslæger får mulighed for at se almindelige tilstande og får øvet de almindelige procedurer i deres speciale. Det er ligeledes en bekymring i forhold til en eventuelt øget prioritering af det almindelige sygestilbud samt sikring af geografisk nærhed til sygestilbud, at man risikerer at svække faglige stærke uddannelsesmiljøer på de specialiserede sygehuse.



Speciallægeuddannelsen beror til dels på sidemandsoplæring af færdigheder, som man ikke kan læse sig til, men som bedst erfares superviseret. Netop her er specialiserede afdelinger en af nøglerne til at sikre høj faglig kvalitet i speciallægeuddannelserne.

I den fremtidige struktur bør det overvejes, hvordan man fastholder stærke uddannelsesmiljøer. Det bør også prioriteres ikke at fragmentere speciallægeuddannelserne i for mange forskellige ophold med stor geografisk spredning, da dette med stor sandsynlighed vil gå ud over rekrutteringen til især de mindre populære specialer.

Forslag 5 - Forskning

Vi er bekymrede over indstillingen til, at *"Ph.d.-forløb skal i højere grad besættes af andre sundhedsfaglige grupper end læger."* Som udgangspunkt bør det ikke være et mål i sig selv at færre læger laver ph.d., og styringen bør ikke have til sigte kun at nedbringe antallet af lægelige ph.d.'er. Derimod hilser vi det velkommen at man åbner op for nye ph.d.-forløb for andre sundhedsfaglige grupper såsom sygeplejersker og fysioterapeuter.

I rapporten er der et ønske om mere sundhedstjenestelig forskning. Sådant forskning foretages oftest kliniknært og bedrives bedst af sundhedsfaglige, herunder læger, der har et dagligt arbejde i klinikken og herigennem har et indgående indblik til samspillet mellem klinik og forskning. Dette er vigtigt i alle led af forskningsprojektet, fra problemformulering til praktisk udførelse, fortolkning og senere implementering af resultaterne i dagligt arbejde. Kvaliteten af projekterne og relevans i det daglige arbejde øges derfor ved at inddrage sundhedsfaglige. Ph.d.-forløbet er en forudsætning for at de sundsprofessionelle erhverver sig de rette kompetencer til at bedrive forskningen samt har den nødvendige tid til at fordybe sig i projekterne. Derudover er sundhedsprofessionelle ph.d.-studerende ansat på sygehusene en vigtig del af at opretholde aktive forskningsmiljøer lokalt og herved danne rammen for sundhedstjenestelig forskning. Et vigtigt aspekt af sundhedstjenestelig forskning er implementering af resultaterne i klinikken. Sundhedsprofessionelle med en ph.d. har større mulighed for at fortolke ny forskning og inddrage det i deres virke samt implementere den nyeste viden i praksis. Vi vil derfor anbefale at man fremrettet satser på generelt at øge antallet af sundhedsfaglige med en ph.d.

Vi kan godt se, at det er u hensigtsmæssigt, at nogle læger i dag går i gang med et ph.d.-forløb primært for at få en hoveduddannelse og ikke efterfølgende fastholder en forskningsaktivitet. Vi finder det derfor hensigtsmæssigt, at man inden for specialerne revurderer vægtningen af ph.d.'en over for kompetencer inden for andre lægeroller. Ligeledes bør man øge fastholdelse af forskningsarbejdet efter endt ph.d., f.eks. ved deltidsforskningsstillinger eller inden for de enkelte specialer en gentænkning af hoveduddannelserne med forskningstilrettede forløb.

Venlig hilsen

Troels Dreier Christensen, formand for Foreningen af Yngre Onkologer



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Gigtforeningen
Gentoftegade 118
2820 Gentofte
info@gigtforeningen.dk

Tlf. 39 77 80 00

1. juli 2024

Gigtforeningens høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet sendte den 11. juni 2024 Sundhedsstrukturkommissionens rapport i høring.

Gigtforeningen takker for muligheden for at afgive høringsvar. Vi deler kommissionens analyse af, at sundhedsvæsenet har brug for en reform, der sikrer patienten bedre sammenhæng, mere patientrettet forebyggelse samt mindre geografisk og social ulighed med evidensbaserede behandlingstilbud af ensartet og høj kvalitet i hele landet.

Vi har i vores høringsvar kommenteret på:

- A) Forvaltningsmodeller og opgavesamling
- B) Implementering og løbende monitorering af reformens målsætninger
- C) Styrkede patientrettigheder sætter patienten i centrum
- D) Tværgående anbefalinger

A) FORVALTNINGSMODELLER OG OPGAVESAMLING

I Gigtforeningen vil vi ikke forholde os til de konkrete forvaltningsmodeller og opgavesamlinger, som kommissionen foreslår. For os er det vigtigere, at der bliver opsat nogle ambitiøse og forpligtende mål for fremtidens sundhedsvæsen, som løbende monitoreres ved blandt andet den patientoplevede kvalitet.

For Gigtforeningen er det dog en vigtig værdi, at vores sygehuse og øvrige sundhedsvæsen er ledet af folkevalgte politikere, som danskerne kan til- og fravælge ved direkte valg.

Derudover ser vi også fordele i at samle tildelingen af behandlingsredskaber og hjælpemidler under én myndighed, fordi tildelingen er uklar og præget af kassetænkning i dag. Det vil også være en fordel at samle de opgaver, der ligger under Sundhedsloven hos én myndighed. Det vil give et større økonomisk incitament til at investere i den patientrettede forebyggelse, hvor vi eksempelvis har evidens for, at et forløb med træning og patientuddannelse til gigtpatienter med artrose (slidgigt) både kan hjælpe patienten og samtidig bidrage til at forebygge operationer og sygemeldinger.

Vi anerkender dog, at der kan være risiko for nye u hensigtsmæssige snitflader til kommunerne, som bør afdækkes og håndteres. Ligesom de nye regioner i så fald bør sikre patientrettede forebyggelsestilbud i alle kommuner og ikke kun på regionsniveau.



B) IMPLEMENTERING OG LØBENDE MONITORERING AF REFORMENS MÅLSÆTNINGER

Kommissionens anbefalinger handler meget om IT, streger og forvaltning. Det er vigtigt. Men det er fortsat midler til at nå målet, der må være: At patienten får bedre sammenhæng, mere patientrettet forebyggelse samt mindre geografisk og social ulighed i sundhedsvæsenet ved at sikre evidensbaserede behandlingstilbud af ensartet og høj kvalitet i hele landet.

For Gigtforeningen er det derfor vigtigt, at man følger op på kommissionens anbefalinger om et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer.

Derudover er det vigtigt, at det opsættes nogle ambitiøse mål, som monitoreres for at sikre, at reformen leverer på de opsatte politiske målsætninger. Det kan være ved løbende at måle på:

- Oplever patienterne sammenhæng mellem sygehus, praktiserende læge og det nære sundhedsvæsen, hvorpå den bedste effekt af behandlings- og forebyggelsesindsatser opnås
- Kommer der flere evidensbaserede sundhedstilbud og patientrettet forebyggelse ude i kommunerne
- Reduceres den geografiske og sociale ulighed i sundhed
- Får danskerne flere gode leveår

I dag har sygehuse, almen praksis og kommuner hver deres måling på patientoplevelt kvalitet. Men ingen måler kvaliteten på tværs af sektorer. Hvordan er sektorovergangene og sammenhængen på tværs for patienten?

Hvis man vil styre efter bedre sammenhængende patientforløb, må man derfor også i fremtiden måle efter, hvordan patienterne oplever kvaliteten af sammenhængen i deres forløb.

Når patientforløbene ikke hænger sammen, oplever patienten, at det belaster, forsinker og forringer deres behandling. Derfor er sammenhæng vigtig, så patienten oplever størst mulig effekt af de forskellige behandlings- og forebyggelsesindsatser.

C) STYRKEDE PATIENTRETTIGHEDER SÆTTER PATIENTEN I CENTRUM

Sundhedsvæsenet er til for patienterne. Derfor skal patienterne sættes først, når der skal skabes forbedringer. Patientrettigheder har været en vigtig motor til at løfte kvaliteten og sikre patienterne hurtig udredning, behandling og genoptræning.

Derfor er det også vigtigt at få nogle patientrettede indsatser ind i en endelig politisk aftale. Tiltag – der styrker patientrettigheder i det nære sundhedsvæsen samt nedbringer ventelister og brugerbetaling – er den sikreste måde, hvorpå patienterne får en mærkbar forandring.

Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapport viser, at gigt (slidgigt, lænderygsmerter og nakkesmerter) er det sygdomskompleks, der uden sidestykke belaster borgere, samfund og sundhedsvæsen mest. Det gælder, når vi ser på planlagte indlæggelser, sygedage, førtidspension og kontakter til praktiserende læger.

Derfor mener vi også, at man bør løfte det område, som danskerne fejler, som de er flest. Og samtidig sikre en bedre behandling mod den sygdom, der stjæler flest af danskernes gode leveår. Overordnet set mener



vi derfor, at der er behov for en national handlingsplan for hele muskel- og skeletområdet. En handlingsplan skal sikre en prioritering og investering i forebyggelse, tidlig diagnostik, behandling, rehabilitering, forskning og også gerne fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Tre helt centrale og konkrete tiltag i en national handlingsplan - og som allerede nu kan omsættes til praksis og gøres til en rettighed til gavn for mange med gigt og smerter - er følgende som uddybes nedenfor:

- Patientrettet forebyggelse i alle kommuner
- Helhedssamtale til patienter med svær kronisk sygdom
- Bedre rehabilitering til gigt- og smertepatienter

Patientrettet forebyggelse i *alle* kommuner

Vi har brug for en omstilling, hvor vi i højere grad forebygger end opererer. Først og fremmest til gavn for patienten, der fremover - i modsætning til mange steder i dag - bør få en tidlig og dermed også bedre behandling, der kan udsætte eller i nogle tilfælde helt overflødig gøre en indgribende knæ- og hofteoperation. Træning før operation betyder også, at fysioterapeuter i det nære sundhedsvæsen kan være med til at aflaste sygeplejersker og læger på de pressede sygehuse.

Helt konkret foreslår vi på gigtområdet, at egen læge skal kunne henvise en borger, der er diagnosticeret med artrose (slidgigt), til et 8 ugers gratis forløb i det nære sundhedsvæsen hos en fysioterapeut, der står for superviseret træning og patientuddannelse. Forløbet skal være en patientrettighed og en del af opbygningen af det nære sundhedsvæsen med mere patientrettet forebyggelse.

Det er solid evidens for, og det har været en del af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer, at træning og patientuddannelse kan reducere både smerter, sygefravær, medicinforbrug og funktionstab hos borgere med artrose¹ i knæ og hofte.

Tilbuddene mangler i dag

Det sker bare ikke i dag. Kantar Public har med en rundspørge til kommunerne afdækket, at kun 32 ud af undersøgelsens 77 deltagende kommuner bekræfter, at de har tilbud for borgere med artrose². I kommunerne uden et kommunalt tilbud er man trods lægehenvielse overladt til en egenbetaling for et forløb med træning hos en privat fysioterapeut. Der kan beløbe sig op til 3.000 kr., hvilket fraholder mange fra at komme i gang. Det gælder særligt dem med lille indkomst og færrest ressourcer.

Derfor er der alt for mange danskere, som går unødigt lang tid med smerter, fordi der først er et offentligt tilbud, når sygdom og smerter er så fremskreden, at en operation kan komme på tale.

Incitamentstrukturen spænder ben for potentielle samfundsøkonomiske gevinster

Kraka Advisory har med analysen "Potentialet ved investering i bedre tilbud til mennesker med gigt" fra 2021 påvist, at der med træning og patientuddannelse til borgere med artrose er et besparelspotentiale for det offentlige på 500 mio. kr. årligt ved færre udgifter til operationer og sygedagpenge³.

Kraka-rapporten konkluderer dog også, at der på trods af nettogevinsterne er økonomiske incitaments-

¹ https://www.glaiddk/pdf/%C3%85rsrapport%202022_f.pdf

² <https://www.gigtforeningen.dk/media/7547/rapport-kommunal-kortlaegning-2023.pdf> (side 13)

³ https://kraka-advisory.com/sites/default/files/2021-10/Potentialet%20ved%20investering%20i%20bedre%20tilbud%20til%20mennesker%20med%20gigt_0.pdf



problemer, som kan være en hindring for, at forløbene bliver gennemført. Gevinsten lander ikke i samme kasse som investeringen. Det vil kommissionens anbefaling om at samle den patientrettede forebyggelse under sygehusene kunne ændre. Det kræver dog, at tilbuddet bliver en rettighed og tilbydes i alle kommuner.

En årlig helhedssamtale til kroniske patienter hos egen læge

Formålet med en helhedssamtale, der bør være en rettighed for patienter med svær kronisk sygdom, er at se det hele menneske og den samlede livssituation. Ikke kun en enkelt diagnose. Samtalen hos egen læge skal derfor tage udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for patienten. Og så skal samtalen skabe sammenhæng og overblik for den enkelte patient og lægen. Forløb på kryds og tværs i sundhedsvæsenet skal bindes sammen. Samtalen skal derfor også følges op med en plan for det videre forløb. Det kan eksempelvis være en plan for medicinering, behandling og forebyggelsestiltag.

Bedre rehabilitering med opfølgning på Sundhedsstyrelsens anbefalinger på smerteområdet

Den tidligere regering fremlagde i sommeren 2022 en længe ventet strategi på smerteområdet for de danskere, der lider af kroniske smerter som følge af blandt andet gigtsygdom. Strategien indeholder initiativer med arbejdsgrupper, spørgeskemaer og temadage for aktører på sundhedsområdet. Gode tiltag. Men de kommer bare ikke til at gøre en konkret forskel hverken i dag eller i morgen for smerte- og gigtpatienterne, der fortsat må bide smerten i sig.

Vores anbefaling er derfor, at man supplerer strategien ved at følge op på Sundhedsstyrelsens forudgående afdækning af smerteområdet⁴, der indeholder konkrete og patientnære tiltag til gavn for gigt- og smertepatienter. De konkrete tiltag i afdækningen gælder: 1) Gratis, tværfaglige rehabiliteringsforløb i det nære sundhedsvæsen med træning, patientuddannelse, kognitiv terapi, sociale tiltag og arbejdsfapholdelse, 2) Mere tid og systematisk opfølgning hos egen læge i almen praksis. 3) Øget kapacitet på de mere specialiserede smerte- og rehabiliteringscentre som fx de regionale smertecentre og rehabiliteringscentre som Sano.

D) TVÆRGÅENDE ANBEFALINGER

I det følgende afsnit vil vi fremhæve vores kommentarer til de tværgående anbefalinger.

Almenmedicinske tilbud

Gigtforeningen finder det positivt, at kommissionens anbefaler, at kapaciteten i almen praksis udvides markant. Forslaget om at opgavebeskrivelsen i almen praksis skal varetages af nationale myndigheder løstrevet fra overenskomstforhandlinger, finder vi også positivt. Ligesom det er fornuftigt, at der i takt med, at der kommer flere læger i almen praksis, differentieres i patienttal og honorarer, så der bliver mere tid til patienterne og flere læger i de egne af landet, hvor danskerne er mest syge. Det vil minimere den geografiske og sociale ulighed, som vi ser i dag.

⁴ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/afdaekning-af-smerteomraadet>



Vi ser dog et stort behov for at sikre flere kompetencer i almen praksis på muskel- og skeletområdet. Der findes fx 89 forskellige nationale vejledninger, der er relevante for almen praksis. De 57 er unikke for kroniske sygdomme og tilstande. På nær urinsyregigt er der ingen vejledninger inden for gigtsygdomme som artrose (slidgigt), leddegigt, rygsygdom mv⁵, som ellers er det, flest patienter kommer med i almen praksis.

Digitalisering

Som patient skal du kunne forvente, at den sundhedsperson, du sidder overfor, har de nødvendige helbredsoplysninger til at kunne hjælpe dig optimalt. Du skal ikke selv være budbringer med journaludskrifter under armen og hele tiden starte forfra på din sygdomshistorie, når du møder en ny læge. Det kræver, at der opbygges den nødvendige IT-infrastruktur, så patienter nemt kan tilgå og acceptere deling af deres sundhedsdata med behandlere på tværs af specialer og sektorer. Patienters sundhedsdata er deres egne, og det skal derfor være op til patienten selv, hvem de ønsker at dele dem med.

Gigtforeningen bakker derfor op om kommissionens forslag om, at der skal etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.

For Gigtforeningen er det vigtigt at gøre opmærksom på følgende:

- At praksissektoren med praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer mv. tænkes med ind, da mange gigtpatienter får behandling her.
- De foreningsdrevne sygehuse under sundhedsloven § 79 og inddrages, så de ikke ender som digitale øer.
- At ikke alle patienter er digitale, og der tages højde for patienter med særlige behov.

Fordeling af ressourcer

Der er behov for at investere massivt i det nære sundhedsvæsen med mere forskning og flere patientrettede forebyggelsestilbud baseret på bindende kvalitetsstandarder.

Men det må ikke ske på baggrund af en reduktion i budgetterne til sygehusene. Der vil også i fremtiden være brug for at finansiere stigende udgifter til bedre behandling og ny medicin på sygehusene. Derudover er det på gigtområdet vigtigt at beholde behandlingen af de kroniske patienter på de reumatologiske afdelinger på sygehusene, hvor der findes lægefaglige kompetencer og teknologisk udstyr til at udrede, behandle og monitorere behandlingen. Sendes leddegigtpatienter og andre patienter med inflammatorisk gigtsygdom tilknyttet de reumatologiske sygehusafdelinger ud i det nære sundhedsvæsen, vil der ske en afspecialisering i behandlingen. Og årtiers fremskridt med nye behandlingsmetoder bliver sat over styr. Det vil vi kraftigt advare mod.

For Gigtforeningen er der ikke tale om et enten-eller. Det er et både-og. Vi har brug for både at investere

⁵ [Overblikstatus og årsstatus - DSAM Vejledninger](#)



massivt i opbygningen af det nære sundhedsvæsen samtidig med, at vi sikrer den fornødne vækst til bedre behandling og ny medicin på sygehusene. I dag ligger Danmark kun på gennemsnittet af, hvad de 38 OECD-lande bruger på sundhedsvæsenet i forhold til deres BNP. Det er derfor muligt at prioritere både det primære og sekundære, så vi får et samlet sundhedsvæsen i verdensklasse, der kan indfri de politiske ambitioner.

Praktiserende speciallæger

Gigtforeningen finder det positivt, at kommissionen anbefaler, at planlægning af de praktiserende speciallægetilbud skal ske inden for en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen.

Der er et stort behov for flere praktiserende reumatologer i næsten alle regioner, hvilket gør det svært at fordele de få reumatologer, der er. Manglen på praktiserende speciallæger inden for reumatologien resulterer i ventelister på halve og hele år. Det er naturligvis ikke tilfredsstillende for patienterne at gå så længe og vente med smerte. Først og fremmest er der derfor behov for at uddanne flere speciallæger og oprette flere ydernet i de dele af landet, hvor der er størst mangel på praktiserende speciallæger i reumatologi.

Derudover foreslår vi i lighed med den politiske aftale "Et stærkere sundhedsvæsen – tættere på dig" fra 2019, at der nedsættes en arbejdsgruppe, der ser på, hvordan man ad åre kan udrulle udrednings- og behandlingsgarantien til også at gælde for patienterne hos de praktiserende speciallæger.

Politisk hørings svar vedrørende anbefalinger fra Sundhedsstrukturkommissionen

Greve Kommune vil gerne takke for muligheden for at afgive hørings svar til anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen. Greve Kommune lægger sig på linje med bemærkningerne fra Kommunernes Landsforening jf. *Baggrundsnotat om Sundhedsstrukturkommissionens modeller og tværgående temaer* med fokus på følgende:

Vedr. Forvaltningsmodel 1

Greve Kommune bakker op om KL's bemærkning, der anfægter antagelsen om, at centralisering af kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet i regionerne er løsningen. Vi risikerer, at sygehusenes nu mange års centralisering og deraf positive effekter, forsinkes eller sættes tilbage. Modellen indbefatter nedlæggelse af de nuværende sundhedsklynger. Her vil Greve Kommune gerne gøre opmærksom på, at sundhedsklyngerne kun har været evalueret ud fra et administrativt synspunkt og ikke et politisk. Derudover er det vanskeligt at se, hvordan denne model ikke vil påvirke ulighed i sundhed negativt, fordi borgerne kan opleve større rejseafstande ved en centralisering af opgaver, som før lå i kommunerne.

Vedr. Forvaltningsmodel 2

Konsekvenserne ved at centralisere en række opgaver i otte til ti regioner er den samme som ved forvaltningsmodel 1. Derfor vil vi gerne udtrykke bekymring for at tilgå denne model.

Vedr. Forvaltningsmodel 3

Denne model flugter mest med KL's anbefalinger, og det er dermed også den model Greve Kommune vurderer er mest af de tre modeller. Men det er bekymrende, hvis akutsygeplejen og patientrettet forebyggelse lægges ud til regionerne. Akutsygeplejen har et stærkt kommunalt ophæng til den øvrige sygepleje og det vil svække det faglige niveau i den kommunale sygepleje markant, hvis den overgår til regionerne.



Adresse Greve Kommune
Rådhusolmen 10
DK-2670 Greve

Telefon 43 97 97 97
Hjemmeside www.greve.dk
Digital post www.borger.dk/post

Åbnings- og telefontider
www.greve.dk/kontakt

Tidsbestilling
www.greve.dk/tidsbestilling

Privatlivspolitik
www.greve.dk/databeskyttelse#teknik-miljoe-53

Afdeling Sundhed og Stab
Sag 24-006242

EAN 5798 0078 55611
Konto 4316 3191110226
CVR 44 02 39 11

Den patientrettede forebyggelse har et stærkt ophæng til civilsamfund og de øvrige kommunale velfærdsopgaver. I Greve Kommune har vi eksempelvis et mange årigt samarbejde med idrætsforeninger, der leverer sundhedsfremmende og forebyggende indsatser for borgere, der ikke kan rummes i de ordinære foreningstilbud. Derudover har vores udekørende akutsygeplejeteam et tæt samarbejde mellem hjemmepleje og rehabiliteringscentret, som kan svækkes ved en centralisering. Erfaring viser at nærhed til tilbuddene er vigtig, og en regional forankring vil dermed ikke gavne tilslutningen til tilbuddet.

Det er dog positivt med nationale kvalitetsstandarder, som KL også har efterspurgt længe.

Sundhedsstrukturkommissionen har udover anbefalede modeller en række forslag til ændringer i sundhedsvæsenet. Greve Kommune har følgende bemærkninger:

Vedr. Almen praktiserende læger

Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at samarbejdet med almen praksis og kommunerne skal styrkes og udvikles. Dette kan Greve Kommune kun bakke op om i lighed med KL.

Vedr. IT og digitalisering

Greve Kommune bakker op om KL's bemærkning om, at det vil være fornuftigt at udvikle en national planlægningskompetence og fælles regler for it-arkitektur.

Vedr. National sundhedsplan - tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Det er positivt med en national sundhedsplan, men det skal tydeliggøres, hvordan sundhedsplanen konkret spiller sammen med de politiske prioriteringer.

Vedr. Psykiatri

Sundhedsstrukturkommissionens grundlæggende antagelse er, at et samlet ansvar hos én myndighed vil sikre sammenhæng i indsatserne. Det kan derfor undre, at kommissionen mener der er behov for at anbefale, at somatik og psykiatri integreres, da begge dele har været et regionalt ansvar i årevis. Derudover er Greve Kommune i lighed med KL bekymret for, at nogle borgere kommer til at opleve flere forskellige kontakter, hvis de fx modtager hjemmepleje under 67 år, der også har en psykisk lidelse.

Med venlig hilsen

Pernille Beckmann på vegne af Byrådet
Greve Kommune

Udviklingshandicap og Sundhedsstrukturen: Fjern de højt specialiserede botilbud fra kommunerne

Handicapaktivisterne takker for muligheden for at afgive hørings svar på denne reform, som vi håber også kan få betydning for borgere, der bor på højt specialiserede botilbud. Handicapaktivisterne er en 5 år gammel aktivistgruppe, bestående af borgere med udviklingshæmning, der bor på bosteder og deres pårørende. Vi kæmper for bedre forhold for disse borgere.

Først vil vi gerne kvittere for at Sundhedsstrukturkommissionen anerkender de store problemer med ulige adgang til sundhed og sundhedsvæsenet for personer der bor i botilbud. Vi er også meget positive overfor kommissionens forslag om hurtigere og mere struktureret udrulning af fast tilknyttede praktiserende læger/sundhedstjek samt forslaget om sundhedsfaglige "tovholdere"/botilbudsteams. I rapporten er de nuværende problemer omkring sundhed og botilbud samt løsningsforslagene primært beskrevet ift socialpsykiatrien og borgere med psykisk sygdom. Det er vigtigt at understrege, at uligheden i allerhøjeste grad også gælder for borgere med udviklingshandicap, hvilket bør indgå i den politiske behandling af forslagene.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår dog også at fjerne dele af det specialiserede socialområde, som i dag varetages af regionerne og flytte dem til kommunerne, således at regionerne kun skal fokusere på sundhed. Det vil vi på det kraftigste advare imod. Lige nu er området i en sådan forfatning i kommunerne at det koster liv.

Vi vil opfordre til at kommissionen genovervejer dette forslag og indtænker hele det højt specialiserede område i en struktur over kommunerne, helst regionerne, Regionerne har socialfaglig erfaring med bostedsområdet og har den tætte sammenhæng til sundhedssystemet.

Sundhedsstrukturkommissionens forslag vil være yderligere katastrofalt, hvis andre sundheds- og omsorgsopgaver flyttes ud af kommunerne, mens de højt specialiserede botilbud overlades til kommunerne, idet kommunernes sundhedsfaglige kompetencer så vil blive yderligere udvandet og snitfladeproblemerne forstærket. Vores allersvageste borgere der i dag oplever massiv ulighed i adgangen til de nødvendige sundhedsydelser, risikerer dermed at blive endnu ringere stillet end i dag. Denne problemstilling gælder ikke kun for de højt specialiserede tilbud, men for alle borgere med udviklingshandicap, hvilket understreger behovet for forpligtende krav til den sundhedsfaglige hjælp, herunder fast tilknyttede praktiserende læger, udvikling af sundhedstjek og sundhedsfaglige "tovholdere"/botilbudsteams.

Meget få kender, forstår, har mødt eller interesserer sig for de mennesker, som dette hørings svar omhandler. Det er udviklingshæmmede mennesker med multiple handicap, ofte uden sprog, med udadreagerende/selvskadende adfærd og/ eller autisme, demens eller andre følgesygdomme. Vedvarende underfinansiering, dårligere normering og fjernelse af

ledsagemidler gør at disse mennesker sjældnere ses i bybilledet og glemmes. Ikke-mennesker kaldes de af nogen. Vi håber med dette høringssvar at bringe disse mennesker tilbage i hukommelsen hos beslutningstagere.

Der findes ca. 53.000 mennesker med udviklingshandicap i Danmark, hvoraf de fleste bor på botilbud med fast tilknyttet personale. Den gruppe vi her taler om, udgør anslået 30 % af borgere med udviklingshandicap. Fælles for denne gruppe er, at de har behov for og er fuldstændigt afhængige af **stabilitet, faglighed i alle led og let adgang til sundhedsydelse**.

Sundhedsstrukturkommissionen ønsker at nedbringe **ulighed i sundhed**.

Det er vi de første til at bakke op om. Desværre frygter vi, at Sundhedsstrukturkommissionens forskellige forslag ikke i tilstrækkeligt omfang vil komme denne gruppe til hjælp.

Registerundersøgelser fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) viser ellers stor ulighed i sundhed for netop denne gruppe. Ifølge SIF's undersøgelser dør mennesker med udviklingshandicap 20 år tidligere end andre i Danmark og overdødeligheden er endda steget siden Kommunalreformen i 2007, da kommunerne overtog det specialiserede område. Resultaterne er yderligere skræmmende, da analysen også viser, at overdødeligheden overvejende skyldes årsager, der kunne være forebygget eller kunne være behandlet.

Et par nedslag:

- Dødsfald grundet sygdomme, der kunne være behandlet er 6 gange hyppigere hos mennesker med udviklingshandicap end resten af befolkningen og 12 gange større for gruppen med svære udviklingshandicap. Det vil sige, at de svageste borgere med størst støttebehov i samfundet også er dem, der har størst risiko for at dø af årsager, man ikke bør dø af i Danmark.
- Mennesker med svære udviklingshandicap har 51 gange større risiko for at dø af manglende behandling af infektioner med antibiotika end resten af befolkningen.

Man kunne jo godt tro KL og kommunerne med den viden i hånden havde været de første, der greb til værktøjer, som andre har hjulpet dem med at indføre: faste bostedslæger og sundhedstjek. Men desværre, som Strukturkommissionen tørt konstaterer i deres rapport så gennemføres sundhedstjekkene i et tempo, som er væsentligt langsommere end forudsat i aftalen.

At kommunerne ikke selv tænker i lighed for sundhed ses også af følgende data fra "status af implementering af faste læger for bosteder og plejehjem", opgjort i 2021. Her viser tallene, at kommunerne havde implementeret ordningen om fast tilknyttede læger i 7% af botilbud, men 90% af plejehjem.

Ikke meget bedre går det, når man ser på data fra Styrelsen for Patientsikkerhed. I 39% af tilsynene på botilbud, fandt man større eller kritiske problemer af betydning for patientsikkerheden. Data der er bydende nødvendige, når det efterfølgende personale, ofte skiftende og/eller uuddannede og uden sundhedsfaglig uddannelse eller erfaring skal overtage.

Er der så etableret mulig hjælp/tilsyn fra sundhedsfagligt personale, som dette botilbudspersonale kan læne sig op af?

Desværre nej. Social- og sundhedsforvaltningerne arbejder sjældent sammen, akutsygeplejersker er ikke etableret. Kort sagt beboerne - som ikke selv kan kontakte lægen, og som oftest ikke selv kan forklare, hvor det gør ondt og som ofte har en anden og højere smertetærskel end andre - og personalet er derfor overladt til hinanden. Og derfor går det galt.

KL fremfører at nærhed er godt, men kommunal nærhed er ikke lig med en struktureret handlingsplan for fx udligning af ulighed i sundhed. Faktisk ved vi ikke rigtigt, hvad kommunal nærhed kan ift. disse borgere.

Den manglende struktur vi ser ift. sundhed er desværre karakteristisk for kommunernes arbejdsmetoder.

Stabilitet

At kende sine pædagoger og kende dagligdagen skaber ro og tryghed. Desværre præges området af en høj personaleomsætning, grænsende til personaleflugt.

I landets største kommune København var der i 2021 47 % personaleomsætning. Når man dertil lægger massive rekrutteringsproblemer, er det umuligt at opretholde den ro og orden i dagligdagen, som vores borgere har allermost brug for.

Struktur

Visitationen til rette botilbud er det absolut vigtigste tidspunkt i disse borgeres liv. Det afgør deres fremtid.

KL dokumenterer, at mange faggrupper er samlet på visitationsmøderne for at tage denne beslutning. Det lyder jo umiddelbart som en fin og faglig beslutningsproces. Udefra set er det en relativ let beslutning. Disse borgere skal visiteres til §108.

Men sådan går det desværre ikke for alle. Kommunerne har i stor stil nedlagt servicelovens §108 bosteder og foretaget administrative revisiteringer til Almenboliglovens §105 for at spare anlægsmidler og få statstilskud. Disse borgere får hermed ansvar for at kunne leve op til en lejekontrakt. Det kan de selvsagt ikke. Derudover risikerer disse borgere at få et mindre egnet tilbud. Borgernes visitation afhænger derfor af kommunens adgang til §108 tilbud. Såfremt der ikke findes egnede tilbud, skal andre kommuners og private tilbud fremsøges. Her vil økonomien have afgørende indflydelse på valg af bosted fremfor støttebehov.

Faglighed. Da amterne blev nedlagt i 2007 overtog kommunerne det specialiserede socialområde, herunder bostederne. For at fastholde den faglighed, amterne havde opbygget, forpligtede kommunerne sig til at samarbejde over kommunegrænser mhp. at etablere botilbud. Dette skete dog ikke. Amternes faglige ekspertise forsvandt ligeledes med kommunernes overtagelse af området, hvilket har betydet at den højtspecialiserede viden og fortsatte faglige fokus på gruppen af borgere med komplekse udfordringer er gået tabt.

Manglende relevant faglighed er et alvorligt svigt af borgerne. Svigtet kan få alvorlige konsekvenser, som tab af kompetencer, alvorlig mistro og øget udadreagerende og/eller selvskadende adfærd og i sidste ende kan manglende faglighed føre til sammenbrud og

udvikling af depression. Lang tids svigt kan føre til øget behov for specialiseret faglighed og vil ofte ende med en revisitation til et (privat) dyrere botilbud. De menneskelige omkostninger er høje, det samme er prisen på de (private) tilbud.

Fra vores perspektiv har kommunerne svigtet de allersvageste mennesker i vores samfund på alle parametre.

Som en pårørende siger: "jeg tror ikke, det bliver bedre i min levetid". Vi håber, I vil hjælpe hende med ikke at få ret.

Danielle Proschold, Hanne Sørensen og Mette Faber
Handicapaktivisterne - en aktivistgruppe, der kæmper for bedre forhold på bosteder for borgere med udviklingshandicap.

Mette Faber
21261706
mettefaber8@gmail.com



Kontakt:
Health Tech Hub Copenhagen
Jannik Zeuthen
jannik@healthtechhub.org

8. juli 2024

Høringssvar: Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Health Tech Hub Copenhagen (herefter HTHC) fremsender her høringssvar.

HTHC er en non-profit, som arbejder med digitalisering af sundhedsvæsenet i partnerskaber med hospitaler, kommuner, virksomheder og andre aktører.

I 2023 udarbejdede vi rapporten Bedre Digital Sundhed om barrierer og strukturelle løsninger til digitalisering af borger- og patientforløb, baseret på omfattende interviews med ledere og eksperter, samt gennemgang af viden på sundheds- og digitaliseringsområdet. Undersøgelsen er hyppigt citeret i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Derudover har vi udarbejdet flere andre undersøgelser, bl.a. en igangværende analyse af sundheds- og digitaliseringsområdet på vegne af Danske Regioner og flere ministerier, i samarbejde med Deloitte.

Vores høringssvar baserer sig på opnået viden fra en række undersøgelser og repræsenterer dermed perspektiver fra et betydeligt antal personer i sundhedsvæsenet. Hverken HTHC eller vores undersøgelser repræsenterer organisatoriske, politiske eller kommercielle interesser, og vi håber derfor, at vores høringssvar kan hjælpe med nødvendige vinkler og nuancer, som let bliver tabt i den offentlige debat og positionering.

Da HTHC arbejder med digital sundhed, vil høringssvaret primært omhandle kommissionens tværgående anbefaling 2: Digitalisering og data.

En bedre struktur er nødvendig, hvis sundhedsvæsenet skal kunne indfri potentialer og gevinster ved digitalisering

Vores undersøgelser understøtter Sundhedsstrukturkommissionens beskrevne billede af potentiale og udfordringer ved digitalisering og data. Hverken borgere eller sundhedspersonale får nok mærkbar værdi ud af Danmarks digitaliseringsindsats, selv for modne teknologier, som uddør efter forsknings- og udviklingsprojekter, eller kun implementeres få steder.

Samtidigt hænger vores sundhedsvæsen ikke sammen i fremtiden uden digitalisering, efterhånden som vi får relativt færre ressourcer til at dække et større behov for pleje og behandling.

Det er vores klare vurdering, at Danmark ikke realistisk vil indfri det nødvendige potentiale og gevinster ved digitalisering (herunder kunstig intelligens) i vores nuværende struktur for digitalisering i sundhedsvæsenet.



Oversigt over HTHC's forslag og kommentarer

Vi bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefaling 2 og fire forslag med en række kommentarer (se høringssvarets afsnit 2 og 3).

Samtidig ser vi en risiko for, at digitalisering behandles særskilt fra forvaltningsstrukturen for sundhedsvæsenet, da digitalisering først skaber mærkbar værdi for borgere og sundhedspersonale, når det er integreret i den daglige ledelse af sundhedsvæsenets samt i indretning af borger- og patientforløb, altså borgernær digital sundhed. Derfor ønsker vi, at supplerer kommissionen med yderligere to forslag (se høringssvarets afsnit 1).

Nedenfor ses resumé af forslag og kommentarer. Uddybende beskrivelse og baggrund for alle forslag og kommentarer er lagt i bilag A.

Afsnit 1: Forslag til borgernær digital sundhed

Forslag 1.1: Bedre implementering og forandringsledelse igennem forpligtende teknologifællesskaber imellem hospitaler og kommuner, uanset valg af forvaltningsmodel

Vi foreslår, at tankesættet fra Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodel 1 og 2 fastholdes for digitalisering og data, uanset den valgte forvaltningsmodel for det samlede sundhedsvæsen.

Det betyder, at sundhedsvæsenet vil have 5–10 ”forpligtende teknologifællesskaber”, selv hvis sundhedsvæsenet i fremtiden fortsat har 3 – 5 regioner og 98 kommuner. Og hvis forvaltningsmodel 1 og 2 vælges som den fremtidige struktur, vil de forpligtende teknologifællesskaber blive en integreret del af sundheds- og omsorgsregioner eller administrative enheder.

I de forpligtende teknologifællesskaber hjælper hospitaler og kommuner hinanden med kompetencer og ressourcer til implementering, forandringsledelse, teknologivalg, indkøb, mv., som en række mindre hospitaler og kommuner i dag ikke har forudsætningerne for.

Forslag 1.2: Øget geografisk lighed med telemedicinsk populationsansvar og virtuelle sundhedshuse

Vi foreslår etablering af telemedicinske populationsansvar for hele geografiske områder, med virtuelle sundhedshuse som en del af fremtidens struktur for sundhedsvæsenet.

Dermed kan borgere i yderområder tilgå sundhedsydelser virtuelt med lav ventetid og transporttid, hvilket øger lige adgang til sundhed. I de virtuelle sundhedshuse puljes sundhedsfaglige, som er uddannede i telemedicinsk behandling.



Afsnit 2: Kommentarer til strategisk retning og ramme for digital sundhed (tværgående anbefaling 2: forslag 1, 2 og 4)

Kommentar 2.1: Strategien bør besluttes og følges op på af en professionel ledelse

Kommissionens forslag 1 om national strategi for digital sundhed bør udbygges med, at denne skal besluttes og følges op på af en professionel ledelse, som består af anerkendte ledere med dokumenterede resultater indenfor digitalisering af sundhedsvæsenet. Ledelsen skal have mandat til at træffe og gennemføre strategiske beslutninger.

Kommentar 2.2: Strategien skal være fokuseret på resultater frem for på aktiviteter

Fremtidens strategier for digital sundhed skal bygge på resultatmål, som orienterer sig omkring digital omstilling af sundhedsvæsenet med mærkbar værdi for borgere og sundhedspersonale.

Resultatmål giver klare krav til hospitaler og kommuners digitale omstilling, samtidig med at det frisætter dem til at vælge den vej, de mener effektivt vil indfri resultaterne.

Afsnit 3: Kommentarer til serviceorganisationen Digital Sundhed Danmark (tværgående anbefaling 2: forslag 3)

Kommentar 3.1: Digital Sundhed Danmarks kerneopgave bør være fælles digital it-infrastruktur, og afgrænses fra øvrige områder

Digital Sundhed Danmarks kerneopgave skal være digital it-infrastruktur, med fokus på at skabe en god og sammenhængende digital it-infrastruktur i sundhedsvæsenet, herunder ved at samle ansvaret fra en række eksisterende organisationer.

Digital Sundhed Danmark afgrænses dermed fra andre områder, når de rækker ud over it-infrastruktur – herunder borgernær digitalisering, bred juridisk fortolkning og vejledning, støtte til lokal sundhedsinnovation, fælles indkøb som rækker ud over it-infrastruktur. Dette er nødvendigt, da de i forslag 3 beskrevne typer af opgaver for Digital Sundhed Danmark spænder for bredt, med risiko for overkompleksitet og ineffektivitet. De øvrige opgaver skal løses i større fælleshed end i dag, men i andet regi.

Kommentar 3.2: Etabler Digital Sundhed Danmark som en koncern

Digital Sundhed Danmark skal etableres i en koncernstruktur, frem for én organisation. Dermed bliver organisationerne med it-infrastruktur-løsninger (Sundhed.dk, MedCom, m.v.) datterselskaber. De får en fælles ledelse i kraft af et moderselskab (eller fond), som sikrer fælles strategi og retning for it-infrastrukturen i sundhedsvæsenet, og som danner bestyrelser hos alle datterselskaber.

Med en koncern skabes en struktur, hvor koncernledelsen rutinemæssigt forholder sig til den bedste og tidssvarende organisering, og politisk risiko og implementeringsomkostning reduceres.



Afsluttende bemærkninger

Fremtidens sundhedsvæsen er ikke kun bygget med flere mursten, men bl.a. med mere behandling i eget hjem og med sammenhængende borger- og patientforløb, hvor digital sundhed spiller en afgørende rolle.

HTHC er en non-profit, som er engageret i at skabe fremtidens sundhedsvæsen med bedre digitalisering. Vi uddyber gerne ovenstående forslag og kommentarer, og står til rådighed for dialog både før og efter politisk aftale om sundhedsvæsenets fremtidige struktur.

Med venlig hilsen

Jesper Grønbæk

Direktør

Jannik Zeuthen

Chef for politik og partnerskaber



Bilag A: Baggrundsbeskrivelser til forslag og kommentarer

Afsnit 1: Forslag til borgernær digital sundhed

Kommissionen har placeret organisering af digitalisering og data som en særskilt, tværgående anbefaling. Dette er klogt, så fremtidens digitalisering ikke tages som gidsel i politiske diskussioner af forvaltningsmodeller. Opdelingen medfører dog også en risiko for, at digitalisering ikke tænkes tilstrækkeligt ind i grundstrukturen for sundhedsvæsenet.

Værdien af digitalisering og data skabes ude blandt borgere og sundhedspersonale – bl.a. på hospitalsgange, på kommunale centre og i sundhedshuse. Og langt hovedparten af digitale sundhedsløsninger er borgernære digitale sundhedsløsninger, f.eks. løsning til mental genoptræning, AI-skanner til knoglebrud eller chatbot baseret på kognitiv terapi til depression.

Værdien af digitalisering kan derfor ikke indfries uden bl.a. at tage hånd om indretning af borger- og patientforløb, hvordan afdelinger bruger data i deres ugemøder, god forandringsledelse, god implementering af ny teknologi, tryghed omkring sensorteknologi, m.v. Hvis vi skal lykkes med det at digitalisere vores sundhedsvæsen, skal digitalisering derfor også indtænkes i vores forvaltningsstrukturer, og digitalisering kan ikke alene løftes med nationale strategi, planlægning og leveranceorganisationer.

Vi ønsker derfor i dette afsnit 1 at supplere kommissionens fire forslag med yderligere to forslag om borgernær digital sundhed, som vil sikre, at digitaliseringen medfører sammenhængende borger- og patientforløb, øget geografisk adgang til sundhed og mærkbar værdi (reduceret arbejdspress) for sundhedspersonalet.

1.1 Forslag: Bedre implementering og forandringsledelse igennem forpligtende teknologifællesskaber imellem hospitaler og kommuner, uanset valg af forvaltningsmodel

Forslag

Vi foreslår, at tankesættet fra Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodel 1 og 2 fastholdes for digitalisering og data, uanset den valgte forvaltningsmodel for det samlede sundhedsvæsen.

Det betyder, at sundhedsvæsenet vil have 5–10 ”forpligtende teknologifællesskaber”, selv hvis sundhedsvæsenet i fremtiden fortsat har 3 – 5 regioner og 98 kommuner. Og hvis forvaltningsmodel 1 og 2 vælges som den fremtidige struktur, vil de forpligtende teknologifællesskaber blive en integreret del af sundheds- og omsorgsregioner eller administrative enheder.

I de forpligtende teknologifællesskaber hjælper hospitaler og kommuner hinanden med kompetencer og ressourcer til implementering, forandringsledelse, teknologivalg, indkøb, mv., som en række mindre hospitaler og kommuner i dag ikke har forudsætningerne for.



Baggrund for forslag

Kommissionens baggrundsanalyse beskriver, at særligt mindre hospitaler og kommuner, samt aktører i primærsektoren, mangler forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger. Dette er også en af hovedkonklusionerne i vores egne kortlægninger af barrierer ved digital sundhed (som beskrevet i rapporten Bedre Digital Sundhed). Større hospitaler og kommuner har de bedste forudsætninger for at udvikle og indkøbe digitale sundhedsløsninger, men ikke et incitament til at støtte og udbrede til andre. Derfor udbredes løsningerne sjældent til mindre hospitaler og kommuner, som sjældent har de nødvendige kompetencer og ressourcer til at sikre gode implementeringer af nye løsninger.

Derfor anbefalede vi i Bedre Digital Sundhed, at der etableres 5–10 forpligtende teknologifællesskaber, hvor kompetencer og ressourcer puljes (se høringssvarets bilag B, anbefaling 3). I fællesskaberne sikres derved:

- Sammenhængende digitale borger- og patientforløb på tværs af sektorgrænser.
- Fælles tilgang til digital sundhed (herunder forankring af national strategi).
- Deling og genanvendelse af de bedste borgernære digitale sundhedsløsninger.
- Samling af kompetencer og ressourcer til implementering (f.eks. lokal støtte og uddannelse).
- Implementering af borgernære digitale sundhedsløsninger for udvalgte områder, som er besluttet på nationalt niveau, jf. kommissionens forslag 1.
- Fælles udbudsprocesser, hvor store hospitaler og kommuner tager den ledende og inddragende rolle, og hvor alle forpligtes til efterfølgende indkøb og implementering.

Kommissionens forvaltningsmodeller lægger op til 8–10 sundheds- og omsorgsregioner eller administrative enheder, alternativt 3–5 sundhedsregioner med 98 kommuner. Sundheds- og omsorgsregioner eller administrative enheder vil naturligt danne rammen for sådanne teknologifællesskaber, grundet størrelsen og inddelingen af hospitaler og kommuner.

Det er vores vurdering, at dette forslag i supplement til en national strategi (kommissionens forslag 1) og en bedre sammenhæng i digital it-infrastruktur (kommissionens forslag 3) vil skabe et enormt og nødvendigt løft af vores digitale sundhedsvæsen.



1.2 Forslag: Øget geografisk lighed med telemedicinsk populationsansvar og virtuelle sundhedshuse

Forslag

Vi foreslår etablering af telemedicinske populationsansvar for hele geografiske områder, med virtuelle sundhedshuse som en del af fremtidens struktur for sundhedsvæsenet.

Dermed kan borgere i yderområder tilgå sundhedsydelser virtuelt med lav ventetid og transporttid, hvilket øger lige adgang til sundhed. I de virtuelle sundhedshuse puljes sundhedsfaglige, som er uddannede i telemedicinsk behandling.

Baggrund for forslag

En betydelig udfordring for sundhedsvæsenet i Danmark er geografisk ulighed, bl.a. med utilstrækkelig lægedækning i yderområder. Derfor var en central anbefaling i Bedre Digital Sundhed oprettelse af telemedicinske populationsansvar med virtuelle sundhedshuse (se høringsvarets bilag B, anbefaling 4).

De virtuelle sundhedshuse skal indeholde en fælles pulje af læger, sygeplejersker, SOSU'er og andre faggrupper, som kan foretage virtuelle konsultationer og telemonitorering af borgere i hele den landsdel, som fællesskabet har populationsansvar for.

Det telemedicinske populationsansvar kan forankres i de forpligtende fællesskaber, som omtalt ovenfor i afsnit 1.1.

Populationsansvaret betyder, at læge- og behandlingsdækning bedre kan garanteres nationalt, også i yderområder. Konstruktionen tillader, at sundhedspersonalets kapacitet og kompetencer kan udnyttes på tværs af geografien, det være sig i længere perioder eller ved pludselige fald i lokal kapacitet.



Afsnit 2: Kommentarer til strategisk retning og ramme for digital sundhed (tværgående anbefaling 2: forslag 1, 2 og 4)

HTHC bakker op om forslag 1, 2 og 4, på baggrund af vores egne analyser og dialoger med et stort antal personer i sundhedsvæsenet. Alle tre forslag sikrer en vigtig ramme omkring digitalisering af sundhedsvæsenet.

Vi vil i forlængelse heraf dele to kommentarer med henblik på at øge sandsynligheden for, at forslagene får den ønskede effekt på sundhedsvæsenets digitalisering til gavn for sammenhængende borger- og patientforløb, lige adgang i sundhed og reduceret pres på sundhedspersonale.

2.1 Kommentar: Strategien bør besluttes og følges op på af en professionel ledelse

Kommentar

Kommissionens forslag 1 om national strategi for digital sundhed bør udbygges med, at denne skal besluttes og følges op på af en professionel ledelse, som består af anerkendte ledere med dokumenterede resultater indenfor digitalisering af sundhedsvæsenet. Ledelsen skal have mandat til at træffe og gennemføre strategiske beslutninger.

Baggrund for kommentaren

Erfaringer fra sundhedsvæsenets arbejde med digitale strategier og fælles digitale projekter understreger vigtigheden af, hvem der beslutter og følger op på strategien. Her ses det bl.a., at offentlige bestyrelser og styregrupper på sundhedsområdet er præget af ineffektivitet, når de domineres af organisatorisk og politisk interessevaretagelse, frem for af ledere, som har det som kerneopgave at sikre sammenhængende borger- og patientforløb.

Derfor bør forslag 1 udbygges med, at strategien for digital sundhed skal besluttes og følges op på af en professionel ledelse, som består af anerkendte ledere med dokumenterede resultater indenfor digitalisering af sundhedsvæsenet. Herunder erfarne og anerkendte ledere hos hospitaler, i kommuner og i primærsektoren. Dette vil øge sandsynligheden for bedre og mere effektiv digitalisering af borger- og patientforløb i sundhedsvæsenet, som vist i en række offentlige it-projekter (f.eks. genopretningen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden¹).

Ledelsen skal have mandat til at træffe og gennemføre strategiske beslutninger.

Denne anbefaling er også beskrevet i Bedre Digital Sundhed (se høringsvarets bilag B, anbefaling 1).

Strategiopgaven kan være sekretariatsbetjent af staten, men vil ikke blive ledt af staten. Interesseorganisationer vil ikke være en naturlig del af ledelsen, de kan i stedet være forankret i tilhørende udvalg. Ledelsen har en hovedopgave i at inddrage alle relevante aktører.

Ledelsen kan baseres på bestyrelshverv frem for fuldtidsledelse. Hermed er det muligt at inddrage ledere som samtidigt har en digitaliserings- og driftsopgave i sundhedsvæsenet.

¹ Se rapporten Bedre Digital Sundhed, side 95.



Denne kommentar gælder, uanset hvilken af de tre eller andre forvaltningsmodeller der vedtages. Valget af forvaltningsmodel vil dog have betydning for, hvem den professionelle ledelse af digitalisering og data vil skulle referere til.

2.2 Kommentar: Strategien skal være fokuseret på resultater frem for på aktiviteter

Kommentar

Fremtidens strategier for digital sundhed skal bygge på resultatmål, som orienterer sig omkring digital omstilling af sundhedsvæsenet med mærkbar værdi for borgere og sundhedspersonale.

Resultatmål giver klare krav til hospitaler og kommuners digitale omstilling, samtidig med at det frisætter dem til at vælge den vej, de mener effektivt vil indfri resultaterne.

Baggrund for kommentaren

Kommissionen omtaler resultatmål i sit forslag 1. Vi vil her understrege vigtigheden heraf.

Danmarks nuværende strategier for digital sundhed har kun begrænset karakter af strategier, og er i højere grad indsatskataloger med aktivitets- og procesmål. Det er vigtigt, at fremtidens strategier for digital sundhed bygger på resultatmål, som sætter fokus på, måler og støtter op om resultater, som kan mærkes positivt af borgere og sundhedspersonale. Denne anbefaling er også beskrevet i Bedre Digital Sundhed (se høringsvarets bilag B, anbefaling 1).

Resultatmål som styringsværktøj stiller både krav til og frisætter den lokale ledelse hos hospitaler og kommuner, som kan vælge den tilgang, de mener effektivt vil indfri resultaterne (i forpligtende teknologifællesskaber, jf. høringsvarets afsnit 1). Dette er væsentligt, da det ofte er svært for en central ledelse eller myndighed at gennemskue kompleksiteten og den bedste tilgang på tværs af organisationer, sygdomsgrupper og borger- og patientforløb. Resultatmål vil dermed sikre decentralt ejerskab og forankring, samtidig med at de vil tillade mål, som lettere går på tværs af større dele af sundhedsvæsenet.

Resultatmål kan f.eks. være andelen af digitaliserede borgerforløb, andelen af digitalt selvhjulpne eller hjemmebehandlede patienter, den frigjorte kapacitet, reduktionen i indlæggelsestid og genindlæggelser, genanvendelsen og implementeringen af digitale sundhedsløsninger fra andre hospitaler og kommuner.

Resultatmålene bør forankres i både økonomiaftaler, direktørkontrakter i hver kommune og hospital og lokale digitale implementerings- og udbredelsesstrategier. Finansielle incitamenter bør hægtes op på målene, jf. kommissionens forslag 4 og anbefalingen i Bedre Digital Sundhed (se høringsvarets bilag B, anbefaling 11).



Afsnit 3: Kommentarer til serviceorganisationen Digital Sundhed Danmark (tværgående anbefaling 2: forslag 3)

Kommissionen beskriver i tværgående anbefaling 2: forslag 3 en fælles national serviceorganisation Digital Sundhed Danmark. Kommissionens forslag kan læses på flere måder med fortolkningsrum, og vi ønsker her at fremhæve nogle vigtige kommentarer, som skal sikre, at intentionen bag forslaget bliver indfriet effektivt.

3.1 Kommentar: Digital Sundhed Danmarks kerneopgave bør være fælles digital it-infrastruktur, og afgrænses fra øvrige områder

Kommentar

Digital Sundhed Danmarks kerneopgave skal være digital it-infrastruktur, med fokus på at skabe en god og sammenhængende digital it-infrastruktur i sundhedsvæsenet, herunder ved at samle ansvaret fra en række eksisterende organisationer.

Digital Sundhed Danmark afgrænses dermed fra andre områder, når de rækker ud over it-infrastruktur – herunder borgernær digitalisering, bred juridisk fortolkning og vejledning, støtte til lokal sundhedsinnovation, fælles indkøb som rækker ud over it-infrastruktur. Dette er nødvendigt, da de i forslag 3 beskrevne typer af opgaver for Digital Sundhed Danmark spænder for bredt, med risiko for overkompleksitet og ineffektivitet. De øvrige opgaver skal løses i større fælleshed end i dag, men i andet regi.

Baggrund for kommentaren

Beskrevne opgaver for Digital Sundhed Danmark

Her oplistes opgaver, som er beskrevet i kommissionens forslag 1, som baggrund for de to kommentarer.

Følgende opgaver beskrives for Digital Sundhed Danmark:

- Ansvar for fælles digitale løsninger, herunder EPJ og EOJ, digital arkitektur og it-infrastruktur.
- Digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen.
- Overvågning og kortlægning af den eksisterende, modne teknologi.
- Understøttelse af fællesoffentlige indkøb, hvor der findes egnede løsninger på danske eller det internationale marked.
- Implementeringsstøtte.
- Udvikling af sundhedspersonalets digitale kompetencer.
- Rådgivning af sundhedsfaglige, samt politiske og administrative beslutningstagere.

Dertil omtales følgende potentielle opgaver for Digital Sundhed Danmark:

- Fælles udbud og indkøb af basis-it.
- Juridisk vejledning om f.eks. kunstig intelligens og EU-regulering.
- En rolle som kompetencecenter for digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet.

Dertil kommer andre og tilhørende vigtige opgaver, som ikke er nævnt tydeligt, bl.a.:

- Fælles national behovsafdækning og analyse af digitale potentialer.
- Prioritering af på hvilke områder digitalisering kan have størst effekt.



- Fælles juridisk fortolkning og udvikling af let tilgængelige standarder til indfrielse af EU-krav, mv.
- Udvikling af standarder for IT-integrationer og leverandørkrav.
- Fælles sprog for dokumentation og data.

Digital Sundhed Danmarks kerneopgave bør være digital it-infrastruktur

Alle de oplyste opgaver er vigtige, hvis Danmark skal lykkes med en god og effektiv digitalisering af sundhedsvæsenet. Vi støtter op om, at samtlige opgaver bør løses i større fælleshed. Dette var også en central anbefaling i Bedre Digital Sundhed (se høringssvarets bilag B, anbefaling 6).

Det er dog vores fortolkning og vurdering, at opgaverne spænder for bredt til, at det er realistisk at *én organisation* (én Digital Sundhed Danmark) kan løse dem tilfredsstillende, eftersom kompleksiteten bliver meget høj.

Vi mener derfor, at Digital Sundhed Danmark skal fokusere på at skabe en sammenhængende og god digital it-infrastruktur i sundhedsvæsenet. Dermed koordineres og skabes sammenhæng i journalsystemer, bookingplatforme, Sundhed.dk, dataplatforme, og tilsvarende. Det gælder indkøb og udvikling, drift, implementering og udvikling af standarder for sådanne it-infrastrukturløsninger.

Det er ikke ensbetydende med, at Digital Sundhed Danmark ikke kan løse og understøtte opgaver udenfor it-infrastruktur-området, når det findes hensigtsmæssigt. Men Digital Sundhed Danmark bør etableres med en klar og entydig kerneopgave i at skabe sammenhængende it-infrastruktur, så denne vigtige opgave løftes tilfredsstillende.

Øvrige opgaver bør også løses i fælleshed – men i andet regi end Digital Sundhed Danmark

De øvrige oplyste opgaver er også vigtige, og sundhedsvæsenet kan have stor gavn af, at de bliver løst med større fælleshed og ensartethed i fremtiden. Bekymringen ved at samle alle områderne i én organisation Digital Sundhed Danmark, handler alene om sandsynligheden for, at organisationen lykkes og bliver effektiv, frem for overkompleks og ineffektiv.

Borgernær digitalisering: De i høringssvarets afsnit 1.1 omtalte forpligtende teknologifællesskaber bør have ansvaret for borgernær digital sundhed, altså hvordan digitalisering anvendes til sammenhængende borger- og patientforløb ved behandling og pleje. Her ligger bl.a. fælles indkøb.

Teknologifællesskaberne bør have tilgængelig central støtte af en national programorganisation med udgående forandringsledelses- og implementeringsteams, der kan bistå lokale organisationer med at opbygge kompetencer og metoder, som også anbefalet i Bedre Digital Sundhed (se høringssvarets bilag B, anbefaling 5). Denne organisering kan støtte ved behov og i sammenhæng med de nationale strategier, og skabe grundlag for fælles indkøb i henhold til de nationale strategier. Dette kan bl.a. tænkes i regi af Sundhedsfonden eller National Center for Sundhedsinnovation, som begge er eksisterende politiske oplæg.

Juridisk fortolkning og vejledning: Vi kan også skabe betydelig bedre vilkår for digitalisering igennem hurtigere og mere ensartet juridisk fortolkning, samt udarbejdelse af let anvendelige standarder og modeller. I Bedre Digital Sundhed blev det anbefalet at samle sundhedsteknologisk jura i en koncernstruktur, alternativt som en myndighedsopgave med flere ressourcer end i dag (se høringssvarets bilag B, anbefaling 6).



3.2 Kommentar: Etabler Digital Sundhed Danmark som en koncern

Kommentar

Digital Sundhed Danmark skal etableres i en koncernstruktur, frem for én organisation. Dermed bliver organisationerne med it-infrastrukturløsninger (Sundhed.dk, MedCom, m.v.) datterselskaber. De får en fælles ledelse i kraft af et moderselskab (eller fond), som sikrer fælles strategi og retning for it-infrastrukturen i sundhedsvæsenet, og som danner bestyrelser hos alle datterselskaber.

Med en koncern skabes en struktur, hvor koncernledelsen rutinemæssigt forholder sig til den bedste og tidssvarende organisering, og politisk risiko og implementeringsomkostning reduceres.

Baggrund for kommentaren

På it-infrastrukturområdet er der et højt antal organisationer, som udvikler løsninger på vegne af forskellige sektorer og organisationer (f.eks. regioner), men det er ikke tilstrækkeligt sammentænkt i dag. Vi er enige med kommissionen i, at der er behov for en samling af aktørerne, så vi får skabt bedre sammenhæng i hele it-infrastrukturen på sundhedsområdet, som en forudsætning for sammenhængende borger- og patientforløb.

I forslag 3 beskriver Sundhedsstrukturkommissionen beskriver ikke fuldt ud den konkrete organisering. Flere aktører i den offentlige debat fortolker forslaget som en fuld sammenlægning af organisationerne, altså både fysisk (én lokation) og organisatorisk (ét CVR-nummer med én ledelse), hvilket ikke nødvendigvis er kommissionens hensigt.

Vi anbefaler, at Digital Sundhed Danmark i udgangspunktet bliver en koncernstruktur, frem for én stor organisation (se også anbefaling 6 fra Bedre Digital Sundhed i høringsvarets bilag B).

Dermed bliver organisationerne med it-infrastruktur (Sundhed.dk, MedCom, m.v.) datterselskaber. De får en fælles ledelse i kraft af et moderselskab (eller fond), som sikrer fælles strategi og retning for it-infrastrukturen i sundhedsvæsenet, og som danner bestyrelser hos alle datterselskaber.

Vi anbefaler dette frem for en fuld sammenlægning af flere årsager:

Årsag A: En koncerns ledelse forholder sig rutinemæssigt til den bedste og tidssvarende organisering

Med en koncern og et moderselskab opnås en struktur, hvor en ledelse får til kerneopgave rutinemæssigt at forholde sig til den optimale organisering af koncernen, uden flere reformer af området. Den organisering, som er den bedste og mest effektive nu, er muligvis ikke den rigtige om 10, 20 eller 30 år. Koncernens ledelse vil løbende analysere og optimere organiseringen, herunder fusionere og opsplitte organisationer. Vi har ikke brug for eller tid til, at sådanne omorganiseringer skal behandles politisk eller via offentlig debat.

**Årsag B: En koncern vil drastisk nedbringe risiko og implementeringsomkostning**

En ny koncernstruktur kræver alene oprettelse af et nyt moderselskab, frem for en fuld fusion af de 10+ organisationer, som kommissionen har oplistet i sin baggrundsrapport. Efterfølgende fusioner af organisationer vil kunne foretages trinvist af koncernens ledelse. Dermed nedbringes risiko og implementeringsomkostning ved den politiske beslutning om etablering af Digital Sundhed Danmark.

Årsag C: En koncern skaber sammenhæng uden produkter og ledelse drukner i organisatorisk kompleksitet

Koncerntænkningen er vigtig af hensyn til kompleksitet. Det er vanskeligt at udvikle gode it-løsninger og de (private såvel som offentlige) organisationer, som lykkes, er ofte fokuseret på ét eller helt få produkter. Hvis for mange organisationer sammenlægges, er der risiko for, at produkter og ledelser drukner i organisatorisk kompleksitet. Når hver løsning i stedet som udgangspunkt bevares i ét datterselskab, vil der være et organisatorisk og ledelsesmæssigt fokus på at lykkes med produktudvikling og skalering. Samtidig med at en fælles koncernledelse sikrer koordinering og sammenhæng på tværs. Netop derfor er her tale om en gylden middelvej imellem centralisering og decentralisering.

Årsag D: En koncern tillader bedre lokal tilstedeværelse og ejerskab

Hvis de nuværende regionale it-koncerner og it-afdelinger skal indgå i koncernen, vil koncernstrukturen tillade at de bliver datterselskaber, og desuden give mulighed for at fastholde deres decentrale tilstedeværelse og forankring.



Bilag B: Udvalgte anbefalinger fra Bedre Digital Sundhed

Her fremgår anbefalinger fra Bedre Digital Sundhed, som er anvendt i høringssvaret. Den fulde rapport og samtlige anbefalinger (kapitel 1) kan tilgås her:

<https://healthtechhub.org/news/lancering-af-hthc-rapport-bedre-digital-sundhed/>



Anbefaling 1: Fælles retning for digital sundhed skal skabes igennem forpligtende resultatmål og en mere effektiv styreform

Kortlægningen har vist:

- Store organisatoriske forskelle på anvendelse, prioritering og implementering af digital sundhed, selv for samme typer borger- og patientforløb. Det gør det svært at genanvende andres tilgange til digital sundhed, uanset hvor gode de er, og giver betydelige kvalitetsforskelle og ineffektivitet. Afledt heraf genudvikles og strander mange digitale sundhedsløsninger lokalt.
- Samtidig savnes helhjertet implementering af nationale strategier. Strategierne fokuserer ofte mere på aktivitets- og procesmål end på resultatmål og gevinster for patienter og sundhedsvæsen.
- Problematikken afspejles også i Robusthedskommissionens anbefaling nr. 6.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Alle aktører i sundhedsvæsenet trækker i samme retning igennem landsdækkende strategi og mål for digital omstilling. Borgere skal opleve lige digitale muligheder og kvalitet, uanset hvilken landsdel de befinder sig i. Målene skal være løftestænger til at bringe behandlingen tættere på borgerens hjem, bygge bro imellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen og reducere presset på sundhedspersonalet.

Bindende strategi og resultatmål

- Bindende strategi og resultatmål for digital omstilling for hele landet, herunder for regioner, kommuner, almen praksis og staten (jf. model 1.9).
- Resultatmål kan f.eks. være andel digitaliserede borgerforløb, andel digitalt selvhjulpne eller hjemmebehandlede patienter, frigjort kapacitet, reduktion i indlæggelsestid og genindlæggelser, genanvendelse og implementering af digitale sundhedsløsninger fra andre hospitaler og kommuner.
- Gode nationale støttefunktioner skal have indsatsen bundet op på resultatmålene for at gøre det attraktivt og nemmere at indfri resultatmålene hos hospitaler og kommuner, jf. anbefaling 5. Det gælder f.eks. implementeringshjælp og finansieringskilder.
- Resultatmålene forankres i både økonomiaftaler (jf. model 1.12), i direktørkontrakter i hver kommune og hospital (jf. model 1.6 og 2.6) og i lokale digitale implementerings- og udbredelsesstrategier (jf. model 1.8). Finansielle incitamenter bør hægtes op på målene, jf. anbefaling 11.
- Resultatmålene kan være politisk forhandlede på tværs af sektorerne, f.eks. igennem trepartsaftaler og økonomiforhandlinger (jf. model 1.12). Fastsættelse og opfølgning på målene kan sikres ved at oprette en ny afdeling under Sundhedsstyrelsen eller en ny ”Styrelse for Patientforløb”, med ét hovedformål: At skabe sammenhængende (digitale) borger- og patientforløb i Danmark, herunder kapacitetsfrigørelse (jf. model 2.18).



Effektiv bestyrelse til eksekvering

- Ansvar for eksekveringen af resultatmålene bør ligge i en handlekraftig, uafhængig og beslutningsdygtig bestyrelse for hele det offentlige sundhedsvæsen (jf. model 2.3). Denne bør sammensættes af tunge og anerkendte sundhedsfaglige og IT-faglige ledere på tværs af sektorer, med tilhørende sekretariat (økonomi og jura).
- Bestyrelsen kan være national eller decentral, afhængig af hvilken struktur sundhedsvæsenet overordnet set får. Den kan desuden nedsætte små og beslutningsdygtige styregrupper pr. strategiske område (jf. model 2.3) med ansvar for at sikre indfrielse af resultatmålene.



Anbefaling 3: Store hospitaler og kommuner skal have større geografisk ansvar for implementering og udbredelse af borgernær digital sundhed, via 5-10 forpligtende fællesskaber

Kortlægningen har vist:

- Store forskelle i, hvor godt enkelte hospitaler og kommuner lykkes med digital sundhed, og hvor stor erfaring og tilgængelige ressourcer de har.
- Større hospitaler og kommuner har de bedste forudsætninger for at udvikle og indkøbe digitale sundhedsløsninger, men ikke et incitament til at støtte og udbrede til andre. Derfor udbredes løsningerne sjældent til mindre hospitaler og kommuner.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Sundhedsvæsenets aktører samarbejder om implementering og resultatskabelse med borgernær digital sundhed, således at de bedste (kapacitetsfrigørende) løsninger spredes hurtigt, særligt til kommuner og hospitaler med færre ressourcer. Fokus her er på den borgernære digitale sundhed (direkte anvendelig i forebyggelse og behandling), mens IT-infrastruktur indgår i anbefaling 6.

Større ansvar til de store hospitaler og kommuner

- De store kommuner og hospitaler gives et ansvar og økonomisk incitament for at skabe og udbrede digitale borger- og patientforløb til mindre hospitaler og kommuner i samme geografiske område (jf. model 2.5).
- Det kan være de seks største kommuner og fem universitetshospitaler, med ansvar for kommuner og hospitaler i deres landsdel samt ansvar for at koordinere indbyrdes. De vurderes at have de bedste forudsætninger for at validere og udbrede de bedste digitale sundhedsløsninger. Ansvar dækker også samtænkning af digitale borger- og patientrejser og implementeringsstøtte til praktiserende læger, fysioterapeuter og andre lokale sundhedsfaglige.
- Ansvar skal følges med øget finansiering til at varetage opgaven med koordinering og udbredelse (jf. model 3.6), eventuelt ved at samle udviklingsbudgetterne til teknologi på tværs af organisationer (jf. model 3.5). Finansieringen skal designes med incitamenter, som fremmer et sammenhængende digitalt sundhedsvæsen, jf. anbefaling 11.

Implementering og udbredelse igennem forpligtende fællesskaber

- Implementering og udbredelse bør effektueres igennem 5-10 forpligtende fællesskaber (jf. model 2.13), hvor de store kommuner og hospitaler har den ledende rolle. Fællesskaberne refererer til den nationale bestyrelse, jf. anbefaling 1.
- De forpligtende fællesskaber skal have en betydelig masse i antal borgere og sundhedsfaglige kompetencer, særligt hvis lige adgang til digital sundhed skal sikres, og mulighederne for at udnytte hinandens kapacitet skal realiseres, jf. anbefaling 4. Derfor anbefales maksimalt 10.



- I fællesskaberne sikres et sammenhængende digitalt borger- og patientforløb, fælles digital strategi (jf. model 1.8) og deling og genanvendelse af de bedste borgernære digitale sundhedsløsninger. Ressourcer til effektiv implementering (f.eks. lokal støtte og uddannelse) kan puljes.
- Borgernære digitale sundhedsløsninger for udvalgte områder kan være besluttet på nationalt niveau, jf. anbefaling 1, og implementeres lokalt igennem fællesskabet. For andre digitale sundhedsløsninger skal fællesskabet sammen gennemføre udbudsprocesser, hvor store hospitaler og kommuner tager den ledende og inddragende rolle (jf. model 1.4), og hvor alle forpligtes til efterfølgende indkøb og implementering.



Anbefaling 4: Telemedicinsk populationsansvar skal skabe geografisk lighed i adgang til sundhedsydelser

Kortlægningen har vist:

- En betydelig mængde almindelige konsultationer (rehabilitering, lægekonsultation, fysioterapi), monitoreringsbesøg (hjemmepleje) og hjemmebehandling kan foregå virtuelt og telemedicinsk.
- Det private sundhedsmarked og covid-perioden med tilhørende undersøgelser har vist, at en betydelig andel af danskere er parate til virtuel behandling.
- Der er udfordringer med geografisk dækning af hele Danmark, bl.a. lægedækning, men i dag er udveksling af kapacitet fra andre geografiske områder begrænset.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Geografisk lige adgang til digital sundhed af høj kvalitet, herunder i eget hjem, uanset hvor borgeren er lokaliseret i landet. Mulighed for gensidig kapacitetsudnyttelse på tværs af organisationer, da virtuel behandling er uafhængig af geografi. Målet skal være, at borgeren kan modtage behandling i eget hjem, herunder med et særligt fokus på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Det sparer desuden en væsentlig mængde transporttid for både borgere og sundhedspersonale, samt CO₂.

Telemedicinske fællesskaber til virtuel behandling

- Fællesskaberne skal indeholde en fælles pulje af læger, sygeplejersker, SOSU'er og andre faggrupper, som kan foretage virtuelle konsultationer og telemonitorering af borgere i hele den landsdel, som fællesskabet har populationsansvar for. De fagprofessionelle kan være lokaliseret sammen i eksisterende sundhedshuse eller på universitetshospitaler.
- Udgående teams kan gennemføre nødvendige fysiske besøg lokalt på udvalgte dage til de typer af konsultationer, som kræver fysisk tilstedeværelse.
- Ligeledes bør denne digitalisering af borger- og patientforløb medføre nye uddannelsesformer (grunduddannelse/efteruddannelse) til digitale hjælpere og behandlere (jf. model 6.2) for lokalt at understøtte borgere med manglende digitale kompetencer. Ansvar for støtte til anvendelse af digitale sundhedsløsninger kan desuden placeres hos apoteker, borgerservice eller lignende eksisterende lokale tilbud.
- Populationsansvaret betyder, at læge- og behandlingsdækning bedre kan garanteres nationalt, også i yderområder. Opsætningen tillader, at sundhedspersonalets kapacitet og kompetencer kan udnyttes på tværs af geografien, i længere perioder eller ved pludselige fald i lokal kapacitet.



Forankret i eksisterende fællesskaber, ikke selvstændige

- De telemedicinske fællesskaber skal foregå i regi af øvrige forpligtende fællesskaber om digital sundhed, jf. anbefaling 3, frem for at kræve selvstændige strukturer, som øger kompleksiteten i sundhedsvæsenet.
- For at sikre geografisk dækning med tilstrækkeligt faglige kompetencer, bør fællesskaberne have en væsentlig volumen i både antal borgere og sundhedspersonale med både almene og specialiserede kompetencer. Sundhedsklyngerne er muligvis for små til dette formål.

Ensartet tilgang til digital sundhed

- Forudsætningen for telemedicinske fællesskaber er ensartet tilgang til bl.a. valg af teknisk løsning og bookingplatform, journalsystemer og dokumentationspraksis, samt tilgang til borger- og patientforløb, (digitale) tilbud og arbejdsgange. Det taler for en fælles national tilgang til IT-infrastrukturen, jf. anbefaling 6 om én koncern med ansvar for sundhedsvæsenets IT-infrastruktur.
- Det vurderes hensigtsmæssigt at begynde med de teknologier, som allerede er modne, særligt virtuelle konsultationer. Øvrige telemedicinske løsninger kan komme til, i takt med at de bliver modnet til national udbredelse.
- Samtidig er det hensigtsmæssigt, at de helt grundlæggende teknologivalg koordineres nationalt, så ressourcer kan udveksles på tværs af landsdele. Det gælder bl.a. bookingplatform og platform til videokonsultation.
- Fælles digitalisering i denne form vil hermed også blive en løftestang for ensartethed generelt på tværs af kommuner og hospitaler, og ikke kun af hensyn til det telemedicinske fællesskab. Det skaber fundamentet for bedre genanvendelse og effektiv udnyttelse af digital sundhed i sundhedsvæsenet.



Anbefaling 5: Lokal implementering af digital sundhed skal støttes af national programorganisation med udgående implementeringsteams

Kortlægningen har vist:

- Lokale ledelser efterspørger i høj grad hjælp til at gennemskue teknologier, implementering og jura. Lokale processer for forandringsledelse og implementering er ofte mangelfulde.
- Tilgængelig ekspertise varierer på tværs af store og små kommuner og hospitaler.
- Hjælpe- og finansieringsmuligheder til at udvikle nye ting er markant bedre end for implementering af eksisterende projekter og genanvendelse af løsninger fra andre. Derfor påbegyndes ofte nye projekter, før eksisterende er implementeret og udbredt.
- Ressourcer til implementering er kraftigt begrænsede hos det sundhedsfaglige personale, da det tager tid væk fra borgeren.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Lokal ledelse understøttes i effektiv implementering og gevinstrealisering. De bedste digitale sundhedsløsninger spredes og implementeres naturligt, så effekter opnås hurtigere for både borgere (kvalitet) og sundhedsvæsen (aflastning). Ensartethed sikrer lige adgang til sundhed for borgerne såvel som bedre mulighed for samarbejde og kapacitetsudnyttelse i sundhedsvæsenet (virtuelt eller fysisk udlån af medarbejdere) regionalt eller nationalt, jf. anbefaling 4.

Støttemuligheder med sammenhæng til nationale resultatmål

- Støttemulighederne bør designes, så de gør det attraktivt og nemt at indfri de nationale resultatmål, jf. anbefaling 1. Det kræver en direkte sammenhæng med de i resultatmålene prioriterede indsatsområder.
- Støttemuligheder kan dække rådgivning eller understøttelse (teknologivalg, implementering, evaluering) og finansiering.

Programorganisation til lokal implementeringsstøtte

- Udenlandske sundhedssystemer og hospitalskoncerner (f.eks. Clalit i Israel med 5 mio. borgere og Kaiser Permanente i USA med 13 mio. borgere) har gode erfaringer med etablering af centrale organisationer, som har kompetencer og ressourcer til at overvåge og identificere de bedste sundhedsteknologier, samt støtte lokalt med forandringsledelse og implementering.
- Tilsvarende bør Danmark oprette en programorganisation for borgernær digital sundhed, som kan støtte lokale hospitaler og kommuner med implementering (jf. model 2.17) igennem forpligtende fællesskaber, jf. anbefaling 4, og i henhold til nationale programmer, jf. anbefaling 1.



- Kerneopgaven for programorganisationen er at overvåge og vurdere borgernære digitale sundhedsløsninger samt at støtte lokalt med implementering ved hjælp af udgående teams, som har både kliniske og teknologiske kompetencer (jf. model 2.7).
- Organisationen skal være selvfinansierende hen over en mellemlang periode ved at øge implementering og udbredelse af kapacitetsfrigørende teknologi.
- Alternativet til en programorganisering kan være en rådgivende ekspertorganisation (jf. model 2.20), som ikke hjælper med implementering.

Tilkoblet fondsstruktur, da finansiering til implementering er afgørende

- Det anbefales, at programorganisationen kobles til en fondsstruktur, som finansielt kan støtte med en andel (f.eks. op til 70 %) af den lokale investering i implementering, f.eks. udstyr og indretning af lokaler til telemedicinsk behandling og frikøb af lokalt plejepersonale med vikarer. Dette uddybes i anbefaling 11.
- Den finansielle støtte er afgørende, da tilgængelige ressourcer til implementering ifølge kortlægningen er en af de største barrierer. Og det er afgørende, at finansieringen kobles direkte til de nationale resultatmål og ovenstående organisering for bedre implementering og udbredelse.



Anbefaling 6: Sundhedsvæsenets gennemgående støttefunktioner (innovation, IT og jura) omdannes til fællesejede koncerner

Kortlægningen har vist, at støttefunktioner hos regioner, hospitaler og kommuner i dag har markant forskellige, og ofte ukoordinerede, tilgange til:

1. Innovation: behovsindsamling og løsninger genopfindes.
2. IT-infrastruktur: Indbyrdes og på tværs af sektorer, forskellige krav til integrationer.
3. Sundhedsteknologisk jura: Fortolkning, standarder og processer, bl.a. om GDPR og MDR, og i fremtiden anvendelse af AI.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Støttefunktioner bør både understøtte lokale organisationer og understøtte et sammenhængende nationalt sundhedsvæsen, hvor de bedste digitale løsninger og fremgangsmåder naturligt bliver udbredt.

Koncernstrukturer med klar og entydig ledelsesstruktur

- I kortlægningen er særligt tre støtteområder omtalt, hvor en konsolidering vil gavne bedre implementering og udbredelse af digital sundhed: Sundhedsinnovation (jf. model 2.9), IT-infrastruktur (jf. model 2.10) og sundhedsteknologisk jura (jf. model 2.11).
- Koncerntænkning og -strukturer sikrer ensartethed og fælleshed ved at understøtte samtlige hospitaler og kommuner. De kan tænke i tværsektionelt i borgerforløb og nationalt, da de ikke er organisatorisk bundet ind i hver region, hospital eller kommune.
- Koncernerne ejes af stat, kommuner og/eller hospitaler i fællesskab (ligesom KOMBIT, Sundhed.dk og lignende). De skal referere til den nationale bestyrelse for digital sundhed for at sikre fælles retning med sundhedsvæsenet igennem målstyring, jf. anbefaling 1.
- Koncernstrukturerne har lokale organisationer som datterselskaber eller serviceafdelinger, således at lokal tilknytning fastholdes men er underlagt en ny national ledelsesstruktur i koncernen. Den nye koncernledelse kan holdes ansvarlig for skabte resultater og brugertilfredshed med service på hospitaler og i kommuner.

1) Koncern for koordineret sundhedsinnovation

- Koncernen vil have ansvaret for at understøtte lokale ildsjæle og kliniske miljøer i behovsafdækning og tidlig innovation, jf. anbefaling 7, og samtidig sikre en stærk national koordinering. Dermed samles en andel af de nuværende innovationsenheder og udviklingsorienterede forskningsprojekter under én landsdækkende og koordinerende ledelsesstruktur (jf. model 2.9), selv om de fortsat vil være lokalt forankrede.
- Ansvaret dækker fælles national behovsindsamling, så flere kan få gavn af de samme innovationsprojekter (jf. model 4.1). Og det dækker sikring af, at digitale løsninger ikke genudvikles på grund af manglende overblik over eksisterende teknologi i Danmark og udlandet (jf. model 4.2) eller igangværende udviklingsprojekter (jf. model 4.3).



- Koncernen får samtidig ansvaret for at koordinere udvikling af digitale sundhedsløsninger og vælge de hospitaler, kommuner og private med de bedste forudsætninger (kompetencer og ressourcer) til sammen at udvikle løsningen i national skala og høj kvalitet. Det er ikke nødvendigvis de samme organisationer, som har lavet behovsafdækning og tidlig innovation.
- Koncernen får også ansvaret for at beslutte, hvilke digitale sundhedsløsninger der skal udbredes nationalt og herefter selskabsgøres, jf. anbefaling 8.

2) Koncern for fælles IT-infrastruktur

- Koncernen vil have ansvaret for design og sammenhæng i hele IT-infrastrukturen på sundhedsområdet (jf. model 2.10), med bl.a. de nuværende regionale IT-afdelinger som datterselskaber. Det giver klarhed over, hvem der har ansvaret for den fulde IT-infrastruktur i sundhedsvæsenet med én ansvarlig direktion og én bestyrelse.
- Hovedopgaven for koncernen er at sikre sammenhæng og udveksling af data imellem systemer *i hele sundhedsvæsenet*. Særligt elektroniske patientjournaler, omsorgsjournaler og lægepraksissystemer bør betragtes som én sammenhængende IT-infrastruktur, designet så data følger borgeren frem for organiseringen i sundhedsvæsenet (jf. model 5.2). Hertil hører et fælles sprog, arbejdsgang og dokumentationspraksis, således at digitale sundhedsløsninger kan udbredes til forskellige systemer.
- Ansvar dækker også understøttelse af IT-infrastruktur og implementeringsstøtte til praktiserende læger, fysioterapeuter og andre lokale sundhedsfaglige grupper.
- Eksisterende og ældre systemer bindes sammen via tredjepartsløsninger (jf. model 5.2). Dette betyder, at antallet af systemer (f.eks. EPJ) er mindre vigtigt, blot de kan integreres effektivt sammen via datacentraler og data kan udveksles gnidningsfrit som basis for effektive borger- og patientforløb. Det kræver en fælles udviklings- og integrationsplatform for sundhedsvæsenet, med faste kriterier, som forskellige systemer kan integreres op imod – også selv om systemerne ikke er ens.
- Koncernen ejer ikke alle systemerne selv, men står for leverandørkontakten og kan stille krav til bl.a. leverandørernes integrationer og/eller dataudveksling (jf. model 5.3), således at digitale sundhedsløsninger let kan integreres. Samtidig skal koncernen udarbejde nationale standarder og indhente databehandleraftaler i henhold til GDPR. I den funktion vil koncernen i nogen grad svare til f.eks. den nuværende CIMT i Region Hovedstaden eller KOMBIT.
- Desuden kan koncernen opstille krav til både leverandører og samtlige aktører i sundhedsvæsenet, så IT-systemer i fremtiden udvikles med samme principper, også selv om de ikke er ens.



3) Koncern for ensartet sundhedsteknologisk jura

- Koncernen vil have ansvaret for at sikre ensartede juridiske fortolkninger og standarder i relation til sundhedsteknologi, herunder i forhold til GDPR, MDR og AI (jf. model 5.1 og model 2.11).
- Koncernen skal forebygge overimplementering af lovgivning, og at forskellige fortolkninger hæmmer udbredelse, samt effektivisere igennem fælles genanvendelse af standarder, frem for at hver region, hospital og kommune udvikler individuelle standarder (jf. model 5.1).
- Det bør i arbejdet med standarder desuden tilstræbes, at der udvikles forskellige størrelser på standarderne og tilhørende modeller, således at små projekter ikke bliver ramt af hæmmende bureaukrati (jf. model 5.1).



Anbefaling 11: Finansierings- og incitamentsstrukturer skal fremme genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger

Kortlægningen har vist:

- Markant bedre finansieringsmuligheder og incitamentter (herunder anerkendelse og eksponering) til udvikling af nye projekter end til implementering, gevinstrealisering og udbredelse. Det er lettere at få et fondsprojekt til udvikling af egen løsning end at opnå finansiering til at genanvende en løsning fra et andet hospital eller kommune, og det modarbejder ønsket om mest mulig sundhed for sundhedsvæsenets ressourcer.
- Budget- og økonomimodeller er forskellige på tværs af organisationer, hvilket besværliggør udbredelse. De understøtter desuden ikke de bedste beslutninger på mellemlang og lang sigt. Ressourcer til implementering, gevinstrealisering og udbredelse kan sjældent findes tilstrækkeligt i kernerdriften uden kortsigtede besparelser, herunder afskedigelse af personale.

Beskrivelse af anbefaling

Succeskriterium for anbefaling: Finansierings- og incitamentsstrukturer skal understøtte implementering og genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger, således at Danmark opnår hurtig og størst effekt af modne digitale sundhedsløsninger.

Finansiering skal primært understøtte genanvendelse

- Vend den nuværende model om. Det skal være klart lettere at finde finansiering til at genanvende andres gode digitale sundhedsløsninger end at udvikle egne. Og det skal være nemmere at finde finansiering til at implementere løsninger i bund og realisere gevinster (herunder kapacitetsfrigørelse) end at udvikle nye.
- Dette kan bl.a. opnås ved at allokere størstedelen af eksisterende offentlige puljer og fonde til implementering og national udbredelse og stille øgede krav til udviklingsprojekter (jf. model 3.1). Desuden bør midler til genanvendelse af andre organisationers løsninger båndlægges igennem økonomiaftaler, hvor pengene løftes ud af egne budgetter og reserveres i en pulje til udmøntning (jf. model 3.7).

Selvfinansierende fond til udbredelse af kapacitetsfrigørende løsninger

- Der bør oprettes en uddelingsfond, som medfinansierer implementerings- og genanvendelsesprojekter med kapacitetsfrigørende potentiale (jf. model 3.9), ligesom KHZG-fonden i Tyskland medfinansierer op til 70 pct. af implementeringsomkostningen til eksisterende teknologier på hospitaler.
- Fonden bør kobles direkte til nationale resultatmål, jf. anbefaling 1, og national programorganisation for støtte til implementering og udbredelse, jf. anbefaling 5.
- Fonden skal selvfinansieres inden for en mellemlang årrække gennem realiserede kapacitetsfrigørende gevinster. Den kan være en tilpasset version af Sundhedsfonden fra 2022-regeringsgrundlaget eller Teknologifonden foreslået af Danske Regioner og Dansk Industri.
- Alternativt kan fonden etableres som lånekapitalfond (jf. model 3.10), hvor pengene tilbagebetales til fonden, i takt med at gevinsterne indfries hen over en årrække, eller som en fælles offentlig og privat investeringsfond (jf. model 3.11).



Incitamentsstrukturer som fremmer gevinster

- Incitamentsstrukturer bør indrettes, så de fremmer den bedste beslutning på som minimum mellemlang sigt (3-5 år).
- Incitamentet inkluderer også styringsmæssige incitamentet, hvor ledere, sundhedspersonale og forskere bør belønnes (målsætninger, bevillinger, anerkendelse, eksponering) for at udbrede viden, for implementering og for resultater. I dag er belønningerne for udvikling og publiceret forskning markant større.
- Respondenter til kortlægningen har foreslået at gøre en procentdel af forskningsbevillinger afhængige af resultater og udbredelse (jf. model 1.13) og indføre et nationalt benchmark af hospitalers og kommuners resultater med implementering og genanvendelse (jf. model 1.10) i lighed med de nationale mål på sundhed og for forskernes konkurrencescore.
- Incitamentsstrukturer er dog komplekse, med flere faldgruber, og vi foreslår en dybere analyse heraf. Denne bør også omfatte gennemgang af principper for budget- og økonomistyring (jf. model 3.8), så de understøtter de bedste beslutninger med flerårigt sigte (f.eks. at de forebygger genindlæggelser) frem for optimering inden for kalenderåret.



Overblik over anbefalinger

De 13 anbefalinger ses her i overskriftsform, hvorefter sammenhængen imellem dem beskrives og hver anbefaling er uddybet separat.

Tema 1: Anbefalinger til organisering og struktur for bedre sammenhæng og samarbejde om digital sundhed

RETNING	1. Fælles retning for digital sundhed skal skabes gennem forpligtende resultatmål og en mere effektiv styreform. Retning og resultatmål for digital sundhed fastsættes politisk og eksekveres af en national bestyrelse med mandat og beslutningskraft.
	2. ”Digital først”-princip skal implementeres i udvalgte stadier af borger- og patientforløb. Digital sundhed bliver designkrav i udvalgte borger- og patientforløb. Sundhedsvæsenet får én digital indgang for ikke-akutte tilstande, med online-triagering og behandlingstilbud.
BORGER- OG PATIENTFORLØB	3. Store hospitaler og kommuner skal have større geografisk ansvar for implementering og udbredelse af borgernær digital sundhed, via 5-10 forpligtende fællesskaber. Fællesskaberne har et samlet ansvar for at skabe gode borger- og patientforløb for borgere i deres geografiske områder, bl.a. ved hjælp af implementering af digitale sundhedsløsninger, og med store organisationer som den største drivkraft.
	4. Telemedicinsk populationsansvar skal skabe geografisk lighed i adgang til sundhedsydelse. De forpligtende fællesskaber om digital sundhed får et telemedicinsk populationsansvar for hele det geografiske område, så borgere i både byer og yderområder sikres adgang til sundhed.
STØTTE	5. Lokal implementering af digital sundhed skal støttes af national programorganisation med udgående implementeringsteams. Programorganisationen understøtter lokalt med ekspertviden i digital sundhed, implementering og forandringsledelse og har udgående implementeringsteams.
	6. Sundhedsvæsenets gennemgående støttefunktioner (innovation, IT og jura) omdannes til fællesejede koncerner. Central ledelse skal sikre en fælles retning nationalt, mens decentral tilstedeværelse skal sikre lokal understøttelse.
INNOVATION	7. Lokale ildsjæle og kliniske miljøer skal understøttes bedre i behovsafdækning og tidlig digital innovation. Ildsjæle og kliniske miljøer skal understøttes bedre i behovsdrevet innovation frem til tidspunktet for produktudvikling, hvorefter løsningen skal løftes ud.
	8. Offentligt ejede, borgernære digitale sundhedsløsninger lægges i selskaber, som får et entydigt fokus på udvikling og udbredelse. Offentlige digitale sundhedsløsninger lægges i selskaber (fællesejede, nonprofits eller startups), som får et entydigt ledelsesmæssigt fokus på udvikling og national udbredelse.



Tema 2: anbefalinger, som er forudsætninger for at lykkes med digital sundhed, uanset organisering

FORUDSÆTNINGER

9. Sundhedsfaglig tryghed og uddannelse skal muliggøre ”digital først”

”Digital først” kræver faglig tryghed og digitale kompetencer hos det sundhedsfaglige personale. Det kræver uddannelse, samt at politikere og topledere i sundhedsvæsenet tager ansvar for etiske dilemmaer.

10. Kapacitetsfrigørende digitale sundhedsløsninger skal opprioriteres på den politiske dagsorden. Gennemgribende digitalisering, herunder genbrug af gode løsninger fra udlandet, er det bedste bud på at sikre sundhedsvæsenet i fremtiden. Det kræver politisk fokus og viljestyrke.

11. Finansierings- og incitamentsstrukturer skal fremme genanvendelse af andres digitale sundhedsløsninger. Digital sundhed indfrier først gevinster ved national implementering, hvilket kræver nutidige investeringer for fremtidige gevinster. Det anbefales at oprette en fond med fokus på medfinansiering af implementerings- og udbredelsesprojekter, samt udfordre eksisterende incitamenter.

12. Udbudsmodeller skal fremme fælles digital sundhed. Hovedparten af fremtidige udbud skal være fælles, og de skal også inkludere hospitaler og kommuner med færre ressourcer. Udbudsreglerne og anvendelsen heraf moderniseres, så genbrug af andres gode løsninger fremmes.

13. Genbrug af andre landes digitale sundhedsløsninger skal give mere sundhed for pengene. Danmark skal være førende på at oversætte, importere og genanvende gode digitale løsninger fra udlandet, herunder også standarder og metoder.

Byrådsmedlemmer

Borgmester
Stengade 59
3000 HelsingørCvr nr. 64 50 20 18
Dato 3. juli 2024**Benedikte Kiær (BY)**Borgmester
Tlf. 49 28 20 00
Mobil 25 31 20 00www.helsingor.dk

Høringsvar fra Helsingør Kommune på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Helsingør Kommunes byråd deler ønsket bag nedsættelse af Sundhedsstrukturkommissionen - at der skal sikres bedre sammenhæng og lighed i sundhed på tværs af landet. Dog vil der uanset valg af model fortsat være nogle udfordringer i sundhedsvæsenet, som ikke bliver løst ved en ny sundhedsstruktur.

Helsingør Kommune bakker op om de 6 modelafhængige anbefalinger i rapporten, som alle indeholder gode takter. Særligt forslagene om almen praksis, øget brug af teknologi samt forslaget om en samlet national sundhedsplan, som har været længe efterspurgt i kommunerne. Denne vil bl.a. bidrage til bedre udgiftsstyring, planlægning, kompetencer og kapacitet. En plan, der indeholder stillingtagen til, hvor opgaverne løses, har et helhedsorienteret syn på borgeren, og giver det nære sundhedsvæsen den kapacitet, der er nødvendig for, at regionernes nærhedsfinansiering rent faktisk kan føres ud i livet. Samtidig vil flere nationale kvalitetsstandarder give et bedre afsæt for at skabe et sundhedsvæsen, som skaber lighed i sundhed for borgerne forudsat, at de økonomiske rammer er til stede.

I Helsingør Kommune er en stærk lokal forankring årsag til, at kommunen har investeret i et lokalt tværsektorielt sundhedshus, som huser både regionale, private og civile funktioner side om side med de kommunale. Baggrunden var lukning af Helsingør Sygehus og en oplevelse af, at sundhedsvæsenet var kommet for langt væk fra borgerne. Der er i Helsingør Sundhedshus en tværsektoriel organisering på ledelsesniveau, som skal sikre rammerne for øget sammenhæng i forløb – ikke mindst for borgere med multisygdom. At kaste organiseringen med regioner og kommuner op i luften er ikke gavnligt for fremdriften, men risikerer at efterlade parterne med en lang periode med stilstand. Det kommer ikke borgerne til gode. Med organisering af sundhedsvæsenet efter model 1 eller 2 vil mange borgere fortsat have brug for støtte fra forskellige kommunale aktører, og nye snitflader og sårbare overgange vil opstå.

Kommunen har en helt central rolle på sundhedsområdet med kommunens kendskab til borgerne – og ikke kun kendskab til borgerens helbred og plejebehov, men også civilstatus, sundhedskompetence, ressourcer i familie og netværk, beskæftigelse mv. Den indsigt må vi med en ny organisering ikke lade gå til spilde. Kommunerne har også en veletableret platform for samarbejdet på tværs. Sundhed skabes langt fra i sundhedsvæsenet alene, men derimod i dagtilbud og

skoler, i familien, i boligområdet, i fritidslivet mv. At reducere sundhed til at være behandling er en ærgerlig fejlslutning. Kommunerne har et stort fokus på skabe sunde rammer for borgere ved at arbejde på tværs af velfærdsområderne, kultur og byplanlægning og i samarbejde med almene boligforeninger og civilsamfundsorganisationer, som virker i og for lokalsamfundet. Dette arbejde forudsætter en decentral organisering, som kan møde lokalsamfundet, hvilket vil kræve nye decentrale lag i organiseringen, hvis model 1 eller 2 vælges.

Helsingør Kommune finder, at forebyggelse skal opprioriteres i det nære sundhedsvæsen og at forebyggelsen skal ske på flere niveauer. Det initiativ vil sikre borgeren en høj livskvalitet samt aflaste sygehusene. Derudover har hospitaler og praktiserende læger en vigtig rolle i opsporing af borgere, der har brug for et kommunalt forebyggelsestilbud. Helsingør Kommune har påbegyndt et tæt samarbejde med Nordsjællands Hospital om forebyggelse og social lighed i sundhed, som vi gensidigt forventer os meget af.

Adgang til lægefaglig rådgivning til kommunerne er afgørende – både fra almen praksis og hospitalerne. I Region Hovedstanden arbejder vi med at forebygge genindlæggelser gennem udvidet behandlingssvar i 72 timer i regionen: den udskrivende sygehusafdeling påtager sig at håndtere de henvendelser, som sundhedsfaglige i kommune og almen praksis kan have efter udskrivelse fx om behandling eller medicin. Et andet eksempel på lægefaglig rådgivning lokalt er plejehjems-læger. Erfaringerne fra begge initiativer er positive.

Behovet for en stærk specialisering af sundhedsvæsenet vil ikke forsvinde. Ny forskning og ny medicin fører til stadig bedre behandlingsmetoder i det specialiserede sundhedsvæsen på hospitalerne. Det er derfor svært at tro, at en enhedsorganisation i model 1 eller 2 vil få kræfter til at prioritere en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, da fokus på nye behandlingsformer og ventetider på det specialiserede område må forventes at fortsætte med uformindsket styrke. Det nære sundhedsvæsen vil i så fald ikke få den nødvendige styrkelse, som alle parter er enige om, at der er behov for.

Helsingør Kommune anerkender behovet for at tage et større skridt hen imod mere fælles ledelse og fælles økonomi, der hvor kassetænkning og overgange mellem sektorer skaber udfordringer for borgernes samlede forløb. Dette kan ske ved at videreudvikle sundhedsklyngerne. Det løses ikke ved at afkoble kommunerne for dermed at skabe nye snitflader og overgange. Derimod vil fælles mål, fælles data om borgerens forløb og adgang til hinandens kompetencer være vigtigt. Derudover ser vi, at sundhedshuse, som Helsingør Sundhedshus i et godt tværsektorielt samarbejde kan fungere som laboratorier for nye sundhedsløsninger på tværs.

Med venlig hilsen



Benedikte Kiær (BY)



Til Indenrigs- og sundhedsministeriet

Høringssvar fra Hillerød Kommune til Sundhedsstrukturkommissions rapport og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen

3. juli 2024

Hillerød Kommune takker for muligheden for at kunne afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi anerkender et behov for en reform, idet der er pres på vores samlede sundhedsvæsen nu og i årene frem, og vi anerkender behovet for at styrke det nære sundhedsvæsen.

Hillerød Kommune
Trollesmindealle 27
Hillerød

T: +4572324000

www.hillerod.dk

Der er bred enighed om, at sundhedsvæsenet særligt skal favne tre udfordringer, som hidtil ikke er blevet løftet i tilstrækkeligt omfang:

1. Sammenhæng i patientforløb
2. Lige adgang til sundhedstilbud i hele landet
3. Udbygning af almene tilbud uden for sygehusene.

For at løfte disse udfordringer skal vi justere opgaverne i sundhedsvæsenet og prioritere anderledes i vores sundhedspolitik med langt større fokus på at fremme sundhed frem for at behandle sygdom. Nye autorisationer, som f.eks. lige er givet til kommunale sygeplejersker, kan være en vej til at undgå indgribende strukturændringer, men samtidig give mulighed for en ny opgave- og ansvarsfordeling til glæde for borgerne.

Vi har investeret i både drift og anlæg for at kunne løse det stigende antal opgaver, der er kommet til kommunen med udviklingen af det nære sundhedsvæsen. En væsentlig driver i denne omstilling har været hospitalernes accelererede behandlingsforløb med kortere og kortere indlæggelsestider og hvor borgerne har krævet mere intensiv pleje og omsorg fra vores medarbejdere på sundheds- og ældreområdet. Der har på mange områder været tale om en ufinansieret opgaveglidning fra regionen til kommunen.

Men vi har alligevel omlagt og udviklet det nære sundhedsvæsen, fordi vi som kommune har en kapacitet og erfaring med at finde

løsninger i det nære – tæt på og med udgangspunkt i borgerens hverdag og i et tæt samspil med mange faggrupper og civilsamfund. Vi har som byråd taget politisk ansvar for at finde gode, bæredygtige løsninger i det nære sundhedsvæsen.

Det nære sundhedsvæsen i Hillerød Kommune

Vi har igennem mange år udviklet mange tilbud og indsatser til vores borgere på sundheds- og ældreområdet, og har dermed i dag en bred tilbudsvifte i det nære sundhedsvæsen, som hvert år bliver udbygget og konsolideret.

Vi har bygget et sundhedscentret med rehabiliteringspladser og hvor vi også har forløb for borgere, der har behov for neurorehabilitering. I sundhedscentret har vi også hele vores træningsindsats, som mange af vores borgere har glæde af. I 2023 modtog ca. 2.500 borgere genoptræning efter sundhedsloven og ca. 1.000 borgere træning efter serviceloven. Vi arbejder hele tiden på at gøre flere og flere forløb digitale.

Vi har etableret sygeplejeklinikker i to forskellige byområder i kommunen, og er på vej med en tredje klinik i et alment boligområde, så sundhedsindsatserne er så tæt på borgerne som muligt. Nærheden i vores sundhedstilbud ved vi mindsker uligheden i sundhed.

Vi arbejder med at nedbringe antallet af ventedage for vores færdigbehandlede borgere. I 2024 har vi næsten ikke haft nogle ventedage fordi vi har etableret et modtagende rehabiliteringsteam og vores teamsygeplejersker på Rehabiliteringsafdelingen har fået større kompetence til at visitere ydelser.

Vi benytter i stigende grad Nordsjællands Hospitals Tværsektoriel Udekørende Team (TST), som er med til at forebygge indlæggelser og ikke mindst genindlæggelser til gavn for vores borgere. Dertil kommer aftalen om 72 timers lægedækning af borgeren efter udskrivelse fra hospitalet, som har samme effekt ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Begge tilbud fra Nordsjællands Hospital er med til at gøre det nære sundhedsvæsen mere sammenhængende til gavn for borgerne, og vores medarbejdere i det nære sundhedsvæsen.

Vi arbejder hele tiden på at give mulighed for digitale skærmbesøg i vores hjemmepleje. Erfaringerne herfra skal overføres til andre borgergrupper, f.eks. i socialpsykiatrien.

Vi samarbejder tæt med de praktiserende læger og har en tæt og god dialog i vores lokale kommunale lægeudvalg (KLU). Der er

gennem årene opbygget relationer og gennemført megen kompetenceudvikling på tværs af faggrænser og sektorer.

**HILLERØD
KOMMUNE**

Modellerne

Perspektivet for rapporten tager afsæt i hospitalerne og deres opgaveløsning og logik, men det nære sundhedsvæsen er så meget mere. Rammerne for borgernes sundhed er i hverdagen, hvor kommunerne gennem mange år har skabt gode almene sundheds- og ældretilbud, som borgerne kender og har tillid til.

Model 1 og 2 (jf. kommissionens modeller) vil udfordre den demokratiske legitimitet og sætte de nære tilbud under pres ved at flytte ældre- og sundhedsområdet væk fra kommunen. I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur. Denne model flugter bedst med vores anbefalinger til sundhedsvæsenets struktur. Denne model kan have et potentiale for at skabe en omstilling til nære tilbud i det nære sundhedsvæsen.

Sygepleje og ældrepleje hænger sammen

Vi er helt uforstående over for forslaget om at lade større eller mindre dele af sygeplejen og ældreplejen overgå til regionerne. Indsatserne hænger tæt sammen også med andre dele af den kommunale opgaveløsning, og med udvidelsen af sygeplejen som selvstændigt virksomhedsområde vil kommunerne i stigende grad have mulighed for at løfte behandlingsopgaver. Vi kan se, hvor stor effekten har været af 72-timers lægedækning efter borgerens udskrivelse i forhold til at forebygge indlæggelser. Vi vil ikke kunne efterleve Ældreaftalens intentioner om helhedspleje og tværgående teams, hvis vi ikke fortsat kan tilbyde både sygepleje og øvrige pleje og omsorg til den enkelte borger.

Nye strukturer giver nye snitflader

Vi kan ikke bygge et sundhedsvæsen uden snitflader. Vi er godt i gang med at løse mange af opgaverne i det nære sundhedsvæsen og har opbygget mange tilbud, der kommer vores borgere til gode. Vi har ligeledes opbygget et godt og tæt samarbejde mellem kommunerne, de praktiserende læger og Nordsjællands Hospital.

Hillerød Kommune ser det nære sundhedsvæsen i et borgerperspektiv, hvor det i dag er muligt i langt højere grad at nå helt hjem til borgerne med både forebyggelse og behandling. Uden de store og ressourcekrævende strukturændringer kan vi udnytte ny teknologi og give større tillid til veluddannede faggrupper bl.a. gennem autorisationer, og på den måde skabe mere lighed i sundhed og være mere borgernære. Borgerne skal i højere grad mødes, hvor de er eller tæt på, og vi ønsker ikke yderligere centralisering og

hospitalisering af opgaver, som allerede nu bliver løst af os i Hillerød Kommune.

**HILLERØD
KOMMUNE**

Alt i alt vil nye store strukturændringer indebære mange transaktionsomkostninger og produktivitetstab i vores drift – både regionalt og kommunalt. Det vil have store konsekvenser for borgerne.

Vi er godt i gang med at løse mange af opgaverne i det nære sundhedsvæsen i samarbejde med andre kommuner, Nordsjællands Hospital og praksissektoren. Hillerød Kommune har løftet en meget stor og voksende del af opgaverne i det primære sundhedsvæsen over en længere årrække. Nu venter vi på en finansiering af opgaverne og et fortsat styrket samarbejde mellem kommuner, hospital, psykiatri og almen praksis.

Med venlig hilsen og på vegne af Hillerød Byråd

Kirsten Jensen,

Borgmester

Christina Thorholm,

Formand for udvalget for omsorg og livskraft



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Att: sum@sum.dk

31. juli 2024

Høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Hjernesagen takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Hjernesagen er en demokratisk forening for mennesker med erhvervet hjerneskade og deres pårørende. 12.000 mennesker i Danmark får hvert år stroke og yderligere 7.000-8.000 får en anden erhvervet hjerneskade.

En erhvervet hjerneskade kan medføre store ændringer i et menneskes funktionsniveau - det være sig fysisk, kognitivt, herunder sprogligt, adfærdsmæssigt og følelsesmæssigt. Der er som oftest tale om mennesker, som har levet et liv med familie, børn, arbejde, uddannelse m.v., som pludselig får et mere eller mindre omfattende handicap.

Hjernesagen sender her argumenter for synspunkter samt en række anbefalinger. Hovedsynspunkterne er:

- Der er behov for sammenhæng og koordination i patientforløb med behandling og genoptræning
- Borgerne skal sikres valgfrihed ved behandling og rehabilitering
- Styrkelse af almenmedicinske tilbud må ikke ske på bekostning af specialisering
- Det specialiserede socialområde og specialundervisningsområdet bør ikke fjernes fra regionerne
- Øget digitalisering må ikke ske på bekostning af borgere uden digitale kompetencer
- Borgeren skal have den behandling, der har brug for, uanset hvem der skal forvalte området.

Behovet for sammenhæng

Fælles for målgruppen af mennesker med følger efter en erhvervet hjerneskade er, at de igennem deres forløb både har kontakter til det regionale og det kommunale system.

Hjernesagen har behov for at præcisere, at en del af rehabiliteringen og genoptræningen omfatter ikke alene sundhedsydelse efter sundhedsloven og serviceloven, men også ydelser efter anden lovgivning. Det drejer sig om

- servicelovens handicapbestemmelser (fx socialpædagogisk træning, støtte og implementering af nye strategier, midlertidige botilbud, midlertidige hjælpemidler m.v.),
- lov om specialundervisning for voksne (bl.a. genoptræning af kommunikation og træning i brug af kompenserende strategier og hjælpemidler)



- beskæftigelseslovgivningen (bl.a. sygedagpengeforløb, jobafklaringsforløb, rehabiliteringsforløb, der foregår samtidig med genoptræningen og rehabiliteringen).

Kompleksiteten i de forløb, som mennesker med erhvervet hjerneskade gennemgår, stiller høje krav til tværsektorielt, intersektorielt og interdisciplinært samarbejde. De **gode genoptræningsforløb** efter en erhvervet hjerneskade er kendetegnet af

- at kommunerne erkender, hvis de er for små til at kunne levere genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau og dermed anvender specialiserede tilbud.
- at der er en god hjerneskadekoordinationsfunktion, som får de forskellige tilbud og indsatser til at spille sammen.
- at der sker en inddragelse af de pårørende og netværket på deres præmisser.

Erfaringen fra hjerneskadeområdet er, at det ikke er tilstrækkeligt at én myndighed har ansvaret for sammenhæng i patientforløb. Det er helt nødvendigt med koordination af indsatserne.

Et område, som ikke er tilstrækkelig belyst i rapporten er netværk og pårørendes betydning for patientens forløb. Det er bemærkelsesværdigt, at kommissionen ikke har fokuseret mere på denne del i rapporten, da undersøgelser viser, at inddragelse af netværket har stor betydning for bedre behandling og livskvalitet for deres nærtstående og for dem selv.

Anbefaling:

- Hjernesagen anbefaler, at der stilles krav til etablering af en funktion, der kan koordinere indsatserne særligt i de sjældne, specialiserede og små målgruppers forløb. Tæt koordination er helt afgørende for at indsatser lykkes er erfaringen fra hjerneskadeområdet.
- Hjernesagen anbefaler, at der ved en evt. ændring af sundhedsområdet også kommer en bevågenhed om, at der skal ske en systematisk opsporing, inddragelse og støtte af netværk og pårørende igennem hele patientforløbet.

Borgerne skal sikres valgfrihed ved behandling og rehabilitering

Hjernesagen er meget opmærksomme på sundhedslovens formålsparagraf, hvoraf det bl.a. fremgår, at der skal sikres respekt for det enkelte menneske, dets integritet og opfyldelse af behovet for valgfrihed.

I dag oplever mange af vores medlemmer, at økonomien hos regioner og kommuner får lov at spille en større rolle end, "at der indenfor rammerne af en sundhedsfaglig vurdering af borgerens behov, bør være valgmuligheder for den enkelte borger."

Anbefaling:

- Hjernesagen anbefaler, at der gives information om lovens ord om frit valg.



- Hjernesagen anbefaler at der etableres bindende standarder for rehabilitering af ensartet høj kvalitet i hele landet.
- At der sikres reel valgfrihed til borgerne mellem ét sundhedstilbud fremfor et andet.
- Hjernesagen anbefaler, at borgerne får reel mulighed for at vælge mellem forskellige leverandører af samme type sundhedstilbud.

Styrkelse af almenmedicinske tilbud må ikke ske på bekostning af centralisering og specialisering

Hjernesagen støtter Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om en kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud. Der er ingen tvivl om, at de almenmedicinske tilbud er væsentlig og løfter en stor opgave allerede i dag. Samtidig er der behov for at sikre bedre lægedækning i hele landet og sikre en større lighed i behandling på tværs af landet, og på tværs af social- og uddannelsesmæssig baggrund.

Hjernesagen bakker op om særligt

- en national opgavebeskrivelse i det almenmedicinske tilbud,
- bedre mulighed for at kunne lede og følge op på de almenmedicinske tilbud
- styrke kvalitetsudviklingen og læringen i almenmedicinske tilbud

Endvidere støtter Hjernesagen, at de almenmedicinske tilbud bliver bedre til at indgå i indsatser, der kan forebygge stroke og får henvist patienterne hurtigt til de rette tilbud, når patienten retter henvendelse til dem ved symptomer på stroke.

Hjernesagen er dog bekymrede for om det store fokus på det almenmedicinske tilbuds kapacitetsudvidelse kommer til at skygge for den betydning centraliseringen og specialiseringen har haft og skal have for bedre behandling, udvikling og forskning indenfor fx strokeområdet.

Danmark er i dag førende inden for behandling af stroke på grund af centraliseringen, som har været altafgørende for at opnå et stort og tilstrækkeligt patientgrundlag til at kunne skabe en høj specialisering af viden, erfaring, kompetencer, og kvalifikationer, som har ført til bedre forskning og udvikling af området.

Anbefaling:

- Hjernesagen anbefaler, at forebyggelse af stroke indgår i den nationale opgavebeskrivelse til de almenmedicinske tilbud.
- Hjernesagen anbefaler, at de gode resultater og udvikling i den præhospital indsats fastholdes og videreudvikles via tværsektoriel og tværfaglig kvalitetskontrol og -udvikling af den akutte indsats.
- Hjernesagen anbefaler at fastholde og udvikle en centraliseret akut behandling bl.a. på strokeområdet, hvor Hjernesagen også anbefaler, at 90 % af alle strokepatienter indlægges på dedikerede strokeafsnit, da det reducerer dødeligheden blandt patienterne.



Det specialiserede socialområde og specialundervisningsområde må ikke glemmes

Hjernesagen er uenig med Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om at fjerne det specialiserede socialområde og specialundervisningsområde fra regionerne eller den forvaltningsform, der i fremtiden skal varetage sundhedsområdet.

Sundhedsområdet kan ikke ses isoleret fra hverken det specialiserede socialområde eller specialundervisningsområdet. Før kommunalreformen i 2007 lå denne opgave primært i de tidligere amter, men kommunerne fik mulighed for at trække opgaven hjem i forbindelse med kommunalreformen. Det har haft den konsekvens, at der er sket en afspecialisering af begge områder.

En reform af sundhedsområdet skal hænge sammen med en reform af det specialiserede socialområde, herunder også specialundervisningsområdet. Mange kommuner har ganske simpelt et for lille befolkningsgrundlag til at levere højt specialiseret indsats på det sociale område og specialundervisningsområdet.

I Hjernesagen er vi åbne overfor, hvem der løser opgaven, men opgaven skal løses der, hvor patienterne/borgerne får dækket deres behov bedst muligt, og hvor de har mulighed for at udfolde deres potentiale. Mennesker med erhvervet hjerneskade har ofte levet et liv med andre diagnoser og nogle udvikler nye diagnoser efter en erhvervet hjerneskade fx psykisk sygdom og epilepsi. Komplexiteten i følger og funktionsnedsættelser er derfor høj for mange med erhvervet hjerneskade, og deres rehabilitering kræver sammenhæng og koordinering mellem sundheds-, social- og undervisningsindsatser.

På genoptræningsområdet har tværkommunalt samarbejde været anbefalet fra Sundhedsstyrelsen for at få en tilstrækkelig patientvolumen til genoptræning på avanceret niveau og rehabilitering på specialiseret niveau. Al erfaring viser, at kommunerne de seneste 18 år ikke har arbejdet tilstrækkeligt tværkommunalt for at sikre den nødvendige volumen for at kunne opnå specialiseret viden, erfaring og kompetencer, for at levere den anbefalede genoptræning på det rigtige niveau til patienterne.

Anbefaling

- Hjernesagen anbefaler, at sundhedsområdet tænkes sammen med det mest specialiserede social og specialundervisningsområde, da indsatserne på sundhedsområdet sjældent kan stå alene for gruppen af mennesker med handicap, sjældne diagnoser, komorbiditet og dobbelt diagnoser. Komplexiteten kræver sammenhæng og koordination af indsatser.
- Hjernesagen anbefaler, at der også stilles krav til en fremtidig forvaltning på social- og specialundervisningsområdet om at have et tilstrækkeligt patient/borgervolumen, og at der udøves forskning for at kunne yde den bedst mulig indsats.



Der skal altid være et alternativ ved øget brug af digitalisering

Sundhedsstrukturkommissionen har mange gode anbefalinger til sikring af data mellem sektorer og aktører samt behovet for en ny IT-struktur og organisering af data. Hjernesagen støtter også borgernes mulighed for at være i digital kontakt med sundhedsvæsenet i det omfang, det er muligt.

Sundhedsstrukturkommissionen nævner i en bibemærkning, at der skal være ikke-digitale tilbud til de borgere, som ikke kan anvende et digitalt tilbud.

For Hjernesagen er manglende eller begrænsede digitale kompetencer et af vores fokusområder, da en del ramte, ikke længere kan være digitale eller er begrænset digitale. Deres pårørende kæmper ligeledes med deres nærmestes ikke-digitale kompetencer og afhængighed af dem.

Selvom Danmark er et af de mest digitale samfund, så vurderer Digitaliseringsstyrelsen, at det stadig er omkring 20 % af den voksne befolkning, som ikke er digitale eller har vanskeligheder ved den digitale kontakt til det offentlige. Samtidig er der en voksende del af den danske befolkning, som bor alene og ikke har pårørende/netværk til at kunne hjælpe sig. Det betyder, at en større andel af den ældre befolkning og borgere med handicap bliver afhængig af offentlige medarbejdere for at kunne kontakte det offentlige. Tit er alternativet til digitale løsninger besværlige og vanskelig tilgængelige. Der mangler klare procedurer for kontakten til borgere, som ikke er digitale.

Erfaringen er, at det i dag er frontpersonalet fx socialpædagogisk støtte, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der hjemme hos borgeren skal hjælpe borgeren med deres digitale vanskeligheder. Så en øget digitalisering lægger en ny arbejdsopgave over på et i forvejen presset frontpersonale, som ofte ikke har stærke digitale kompetencer. Den opmærksomhed savner Hjernesagen en løsning på i rapporten hos Sundhedsstrukturkommissionen.

Anbefaling

- Hjernesagen anbefaler, at der ved indførelse og udvikling af al ny IT i det offentlige indarbejdes Digitaliseringsstyrelsen, KL og Danske Regioners "Principper for Digital Inklusion", så flest mulig kan få glæde af de digitale løsninger.
- Hjernesagen anbefaler, at der ved al udvikling af nye digitale løsninger indarbejdes nemt tilgængelige ikke-digitale løsninger for dem, der ikke er digitale. Patienter skal fortsat have mulighed for anden kontakt end den digital i de tilfælde, hvor der fx er kognitivt og sprogligt vanskeligheder.
- Hjernesagen anbefaler nemme tilgængelige IT-løsninger for inddragelse af pårørende i hele sundhedssystemet.



Hjernesagen

Vi tager hånd om hjernen

Patienten/borgeren skal have den behandling de har brug for

Sundhedsstrukturkommissionen peger på tre forvaltningsmodeller. Hjernesagen finder, at ved overvejelser af en fremtidig forvaltning af området bør følgende medtages:

1. Patientens behov og potentiale for at opnå en højere grad af funktion og selvstændighed skal altid tilgodeses.
2. Patientvolumen indenfor særlige målgrupper betyder noget for at kunne opnå nr. 1, og bl.a. på hjerneskadeområdet kan vi se, at mange kommuner er for små til at løfte opgaven.
3. Der bør være en demokratisk forankring af området.
4. Der skal stilles nationale krav til opgaveudfører uanset om opgaveudfører er offentlig eller privat, og det skal have konsekvenser, hvis opgaveudførslen ikke lever op til de nationale standarder.
5. Der skal stilles krav om koordination af indsatser, uanset hvem der udfører indsatserne.

Hjernesagen stiller sig gerne til rådighed for en uddybning af ovenstående. Hjernesagens direktør Anne Hertz kan kontaktes på e-mail: anne@hjernesagen.dk eller telefon: 2020 3805.

Med Venlig Hilsen

Jens Bilberg

Landsformand

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

København d. 08. juli 2024

HØRINGSSVAR - Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Vores høringssvar er prioriteret omkring Sundhedsstrukturkommissionens forslag om, at det specialiserede socialområde og de regionale specialiserede socialinstitutioner skal overføres til kommunerne.

Det vil vi på det kraftigste advare imod. For det første, så er de specialiserede regionale sociale tilbud i mange sammenhænge baseret på de tilbud som kommunerne valgte IKKE at hjemtage i forbindelse med strukturreformen i 2007. Årsagen til at kommunerne valgte ikke at hjemtage de højt specialiserede tilbud, skyldes behovet for høj tværfaglig kompetence, små målgrupper og andre formål og kriterier som kommunerne, med rette, vurderede de ikke kunne opfylde.

Virkeligheden er også at vi i dag har langt færre specialiserede sociale tilbud, på trods af, at langt flere borgere har behov for netop disse tilbud. Vi har faktisk behov for langt flere tilbud, som er struktureret i en form, hvor kvalitet og sammenhæng er i fokus. Det gælder specielt for borgere med komplekse udfordringer, så som borgere med erhvervet hjerneskaade.

At foreslå, at området bør overføres til landets 98 kommuner, må bero på en fejlantagelse af at landets kommuner formår at klare opgaven bedre end landets regioner kan. Virkeligheden er at mange opgaver indenfor det specialiserede social område er så specialiserede at de kræver et større befolkningsgrundlag, som ingen danske kommuner har, eller kan formå at skabe ved frivillige ikke bindende aftaler.

Kommunerne har siden strukturreformen i 2007 vist ved handling, at de ikke har formået eller villet det specialiserede socialområde - faktisk er der sket en voldsom afspecialisering af eksempelvis hjerneskaadeområdet efter at kommunerne hjemtog en lang række opgaver i 2007 og årene efter. Kommunerne formår ikke at opretholde tværfaglige miljøer og kommunernes totale fokus på sin egen økonomi umuliggør bindende samarbejdsaftaler kommunerne imellem.

Det må, alt andet lige, være det mest rigtige at placere det specialiserede socialområde lige præcis der, hvor der er de bedste forudsætninger for at løse opgaverne. Og det er ikke i kommunerne, sådan som de er organiseret i dag. Kommunerne bliver nød til at prioriterer blandt deres mange velfærdsopgaver - og lige der, har udviklingen vist, at de svageste borgere bliver nedprioriteret. Det er ikke den vej vi skal gå.

Det må være enhver regerings opgave, at sikre de bedste muligheder for, at børn, unge og voksne med særlige komplekse behov får den helt rigtige støtte, på det helt rigtige tidspunkt og udført af dem med de bedste forudsætninger for at kunne udføre opgaven.

At der er behov for strukturelle forandringer på det specialiserede socialområde har vi vidst i årevis. Vi har i mange omgange talt om at udvikle det specialiserede sociale område. Med Sundhedsstrukturkommissionens forslag om, at overføre opgaverne til kommunerne, vil det være en afvikling og det er ikke den vej vi skal gå.

Et land skal kendes for den måde de behandler sine mest sårbare og udsatte borgere - og husk Hjerneskaedeforeningens slogan: *Liv Der Reddes, Skal Også Leves*

Med venlig hilsen



Morten Lorenzen,

Dirketør

Indenrigs- og sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
M: sum@sum.dk

15. juli 2024
M: uvintmyr@hjertereforeningen.dk

Vedr. høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Sundhedsstrukturkommissionen har den 11. juni 2024 afleveret sine tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen.

Hjerteforeningen vil takke Sundhedsstrukturkommissionen for det solide arbejde, der ligger bag rapporten og de problembeskrivelser, som lægges frem. Vi er overordnet meget enige i de udfordringer med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, som kommissionen peger på i rapporten.

Vi håber nu, at regeringen vil vedtage den nødvendige reform, som sikrer mere ensartet kvalitet og bedre sammenhæng.

Vores håb er desuden, at regeringen i den efterfølgende politiske proces vil se på de samlede strukturer for danskernes sundhed. Halvdelen af danskerne i dag er overvægtige¹, 40 børn og unge begynder hver dag at ryge² og flere og flere kommer til at leve med en eller flere kroniske sygdomme.

Når vi samtidig ved, at mangel på arbejdskraft og udsigten til en stigning i behandlingskrævende ældre i de kommende år vil presse et i forvejen hårdt belastet sundhedsvæsen, er der behov for at se på, hvordan vi med målrettede indsatser og lovgivning kan forebygge sygdom. Forebyggelse er ganske enkelt den bedste løftestang vi har for et bæredygtigt sundhedsvæsen.

I de nedenstående afsnit fremlægger Hjerteforeningen vores udgangspunkter og sigtelinjer for en fremtidssikret organisering af sundhedsvæsenet.

1. Udgangspunkter

Hjerte-kar-sygdom rammer mange danskere hvert år og er en af de helt store folkesygdomme i Danmark. Faktisk vil over halvdelen af os over 55 år rammes af en hjerte-kar-sygdom. I dag lever mere end 670.000 danskere med en hjerte-kar-sygdom, og hver 5. dansker dør af hjerte-kar-sygdom. Takket være forskning og udvikling indenfor diagnostik og behandling er vi i Danmark blevet særdeles dygtige til den akutte og højt specialiserede behandling af hjertepatienter. Men vi ser ind i en bekymrende udvikling, hvor fremskrivninger viser en stigning på 33 pct. i forekomsten af hjerte-kar-sygdom frem mod 2050.³

Ligeledes er antallet af danskere med multisygdom stigende. F.eks. har to ud af tre hjertepatienter andre sygdomme ved siden af hjertesygdommen.

Stigningen kommer til at ramme socialt skævt. Vi ved, at henholdsvis 42 og 62 procent flere mænd og kvinder med grundskoleuddannelse rammes af hjerte-kar-sygdom, hvis vi sammenligner med deres jævnaldrende, der har en lang videregående uddannelse.⁴

Det stigende antal hjerte-kar-patienter og patienter med multisygdom skaber nye og store udfordringer – både for patienterne selv og for sundhedsvæsenet som helhed.

2. Udfordringer med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet

Hjerteforeningen deler kommissionens vurdering af, at set over tid og i international sammenligning står det danske sundhedsvæsen grundlæggende stærkt. Alene på hjerte-kar-området er dødeligheden halveret over de seneste 30 år.⁵

Den faglige og organisatoriske specialisering har været med til at cementere et stort fokus på det specialspecifikke. Det har – utilsigtet – bidraget til at fjerne fokus fra kvaliteten for patienter som hører til i flere specialer, og hvor en tværfaglig og tværsektoriel indsats er vigtig. Dette er f.eks. ofte tilfældet med borgere med multisygdom, der typisk er i flere forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb.

2.1 Uklart ansvar for det samlede patientforløb

I dag udgør siloopdelingen på tværs af sektorer og økonomi en barriere for sammenhængende patientforløb. Det skaber uhensigtsmæssige incitament, hvor hver aktør er mere fokuseret på at løse egne opgaver end at skabe et godt forløb for patienten og give den bedst mulige behandling.

Tusindvis af hjerte-kar-patienter falder mellem to stole, når de overgår fra en sektor til en anden, hvorved vigtig sygdomsinformation risikerer at gå tabt på grund af uklarhed om ansvar, og fordi det samlede sygdomsbillede ikke adresseres. Det er f.eks. ofte, når patienten har forladt hospitalet, at det går galt. Hjerteforeningens store spørgeskemaundersøgelse "Livet med en hjertesygdom" viser, at hver femte hjertepatient ikke synes, at de blev informeret om, hvor de skulle henvende sig efter udskrivelse, hvis de fik det værre.⁶

For mange hjerte-kar-patienter fører det til, at de ikke påbegynder eller fuldfører rehabiliteringsforløbet og derfor ikke får den rehabilitering, som de har behov for.

2.2 Stigende opgavekompleksitet og manglende patientgrundlag i kommunerne

Selvom de seneste årtiers udflytning af sundhedsopgaver til det nære sundhedsvæsen har medført en række fordele for patienterne, herunder lettilgængelige tilbud, er der samtidig stor variation i kvaliteten af de ydelser patienter modtager i kommunerne. Og i dag halter både monitoreringen og kvalitetssikringen.

De tværsektorielle samarbejder, der trods alt findes i dag, er kompensierende for en struktur, der ikke fungerer - og medfører en stor variation. Det er ikke holdbart for patienterne.

Særligt inden for genoptræning og rehabilitering, som i udgangspunktet varetages af kommunerne, er der en række områder, hvor der aktuelt er for lille patientvolumen til, at der kan opbygges tilstrækkelige medarbejderkompetencer, rutine og faglige miljøer i hver enkelt kommune.

Ligeledes ses der i de kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, udfordringer med at opnå et grundlag for faglig bæredygtighed.

2.3 Skæv fordeling af sundhedsprofessionelle på tværs af landet

Selvom Danmark er et relativt lille land, så er der alt for store forskelle på, hvilken behandlingskvalitet man kan få, afhængigt af hvor man bor. Ressourcer og kompetencer er geografisk skævt fordelt.

Det skyldes i høj grad, at der er stor forskel på hvor mange hjertelæger og hjertesyggeplejersker, der arbejder rundt om på landets sygehuse, og desværre arbejder der færrest, der hvor behovet er størst. F.eks. skal en kardiolog i Region Sjælland dække godt 16 hjertesygge borgere, mens en kardiolog i Region Hovedstaden dækker 10, på trods af at der bor 63 procent flere hjertesygge borgere i Region Sjælland end i Region Hovedstaden.⁷

Denne geografiske ulighed betyder, at kvaliteten af den behandling, patienterne modtager, afhænger af hvor og hvornår de bliver indlagt. Hvilket borgerne også frygter. F.eks. viser en befolkningsundersøgelse, at mere end hver femte dansker tror, de ville kunne få en bedre behandling, hvis de bosatte sig et andet sted i landet. En indikator på, at der er en skævhed i behandlingskvaliteten.⁸

Det samme gør sig gældende i det nære sundhedsvæsen, hvor manglen på praktiserende læger går hårdt ud over patienternes oplevelse, og kan have negativ indvirkning på deres sundhed. På landsplan er det to ud af tre lægeklinikker i Danmark som ikke kan tage flere patienter ind.⁹ Og manglen på læger er langt fra forbeholdt små landsbysamfund.

Fire ud af de fem kommuner med den højeste andel af patienter, som ikke havde været til læge 1 år inden de fik blodprop i hjertet, ligger i Region Hovedstaden (Glostrup, Bornholm, Dragør, Gentofte) og her var mere end 60 procent af lægeklinikkerne lukket for ny tilgang. I disse kommuner er forekomsten af blodprop i hjertet også højere, viser en undersøgelse af Hjerteforeningen.¹⁰ Studiet understøtter tidligere forskning, som viser, at der er en sammenhæng mellem kontakt til egen læge og risiko for at udvikle blodprop i hjertet.¹¹

3. Sigtelinjer for sundhedsvæsenet

Der skal være færre administrative barrierer for at opnå sammenhængende behandlingsforløb af ensartet kvalitet, uanset hvor man bor, og hvem end man er. Det kræver, at aktører i sundhedsvæsenet i fremtiden tager et fælles ansvar for, at patienterne får forløb frem for enkeltydelser.

Den praktiserende læge har en helt central rolle som tovholder på komplekse forløb for patienter med multisygdom, og derfor er vi enige i, at en styrkelse af almen praksis er en hjørnesten i fremtidens sundhedsvæsen. Alle patienter skal som udgangspunkt have tilknytning til en praktiserende læge med det nødvendige overblik og kendskab til patientens specifikke behov.

For at sikre større ensartethed bør udrulningen af effektive, patientcentrerede løsninger med god evidens styres nationalt, så det ikke er lokale forhold og prioriteringer, der afgør kvaliteten. Og patienterne bør sikres en afgørende stemme ind i projektevalueringerne.

Hjerteforeningen går ind for en styrket national styring af sundhedsvæsenet, som blandt andet skal sikre, at både de økonomiske og personalemæssige ressourcer i højere grad end i dag allokeres derhen, hvor der er størst behov. Derfor ser vi i Hjerteforeningen også positivt på kommissionens anbefalinger om et øget nationalt ansvar for dele af sundhedsvæsenet. Det bør være en national opgave at sætte tværgående kvalitetsstandarder og varetage en monitorering, som sikrer et kontinuerligt fokus på evaluering og udvikling af det samlede patientforløb.

Sammenhængende hermed bør det være et nationalt ansvar at sikre, at relevante sundhedsdata kan bevæge sig på tværs af hele sundhedsvæsenet.

Selvom Sundhedsstrukturkommissionen kommer med mange gode anbefalinger, savner Hjerteforeningen fokus på patient- og pårørendeinddragelse.

Patienternes forventninger og mål bør inddrages mere aktivt i planlægningen af de enkelte forløb. Nogle patienter vil med ganske lidt hjælp kunne klare sig selv, mens andre har behov for tættere opfølgning. Denne differentierede tilgang handler om at tilbyde tværgående og individuelt tilrettelagte behandlings- og rehabiliteringsforløb af høj kvalitet, der både tager højde for de eventuelt flere kroniske sygdomme, borgeren lever med, og den livssituation patienten er i.

Alle borgere, som kan og vil, skal spille en langt større rolle i deres eget forløb sammen med eventuelle pårørende og civilsamfund. Et godt eksempel er borgere med hjertesvigt, som får tilbudt et telemedicinsk understøttet forløb, hvor de holder øje med deres sygdom hjemme og løbende får sundhedsprofessionel vejledning. Det giver øget tryghed at håndtere egen sygdom og medfører bl.a. markant færre indlæggelser. Denne type patientnære løsninger skal udbredes, så der sikres ensartede tilbud, uanset hvor man bor.

4. Social og geografisk ulighed

Hjerteforeningen bakker op om kommissionens forslag om, at opgavebeskrivelsen i det almenmedicinske tilbud fremover skal fastlægges af nationale myndigheder, og at der kommer en central styring af grundlaget for et differentieret normtal, differentierede honorarer samt fordelingen af lægekapaciteter.

Vi deler kommissionens vurdering af, at disse tiltag *på sigt* vil sikre et bedre grundlag for at opnå en mere lige adgang til almenmedicinske tilbud for borgerne og en mere hensigtsmæssig fordeling og en bedre anvendelse af kapaciteten.

Fremtidens patient stiller helt andre krav til sundhedsvæsenet. Vi lever længere, og flere af os vil i fremtiden få en kronisk sygdom – ofte med sideløbende diagnoser og behandlinger. Dermed vil flere patienter have behov for hyppig og langvarig kontakt med sundhedsvæsenet.

Ressourcesvage patienter har typisk en lavere sygdomsforståelse og har i mindre grad overskud og er generelt mindst opmærksom på at gå til lægen. Sociale forhold og andre faktorer fylder mere i deres liv end deres sygdom. Det betyder også, at resourcesvage patienter ofte ikke benytter de tilbud, som rent faktisk kunne gavne deres sygdomsforløb.

Derfor er der behov for socialt differentieret indsats i almen praksis og en praktiserende læge som er mere opsøgende og proaktiv – og som eventuelt med hjælp fra beslutningsstøtteværktøjer kan identificere højrisikopatienter, så behandling og livsstilsinterventioner kan sættes ind tidligere, end hvad tilfældet ofte er i dag.

Hjerteforeningen bakker op om kommissionens forslag om, en stærkere styring af fordelingen af speciallæger, og at den geografiske fordeling af ressourcer skal afspejle befolkningens sundhedsbehov på tværs af landet. I de områder, hvor borgerne har et relativt større behov for sundhedsydelser som følge af høj sygelighed, bør der være relativt flere ressourcer til rådighed.

Hjerteforeningen støtter også forslaget om en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.

Vi tror imidlertid ikke, at denne incitamentsmodel alene vil løse udfordringen med rekruttering og fastholdelse af speciallæger i udkantsområder. Et vækstloft bør derfor suppleres med flere andre incitamenter, herunder fleksible ansættelsesformer, som understøtter, at speciallæger kan arbejde på flere matrikler og eventuelt i deltidsstillinger kombineret med forskning mv.

5. Sammenhængende patientforløb og patientrettet forebyggelse

Hjerteforeningen mener, at de grundlæggende udfordringer med manglende sammenhæng for mange hjerte-kar-patienter ikke kan løses uden et entydigt politisk ansvar og en samlet finansieringskilde.

Hjerteforeningen anerkender, at der i sundhedsvæsenet altid vil være udfordringer med snitflader, men en opgavesamling giver de bedste forudsætninger for at sikre en incitamentsstruktur, der kan skabe sammenhængende patientforløb, især for de borgere med kronisk sygdom og flere samtidige diagnoser.

Økonomien skal understøtte optimale patientforløb, ikke modarbejde dem. Det samlede forløb på tværs af sundhedsvæsenet bør finansieres fra samme kasse, så alle aktører i sundhedsvæsenet har den samme interesse i at sende patienten rettidigt videre og skabe et optimalt forløb for patienten. Det vil give et klarere og mere bindende fællesansvar for sundhedsaktørerne, som med stor sandsynlighed vil medføre et løft af sundheden i hele det område, de dækker.

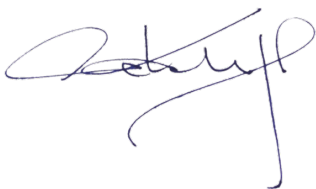
Hjerteforeningen ser kommissionens forslag, om at videreudvikle kvalitetsstandarder til at kunne gå på tværs af sektorer, som et rigtigt og vigtigt skridt på vejen. Vi har tidligere efterlyst mere forpligtigende kvalitetsstandarder, og vi er derfor glade for, at kommissionen anbefaler, at der også skal gives bedre mulighed for at stille krav om samarbejde i opgaveløsningen i det primære sundhedsvæsen. Her vil vi også pege på at adgang til lægefaglige kompetencer i kommunerne er helt centralt og bør indgå i de nationale kvalitetsstandarderne.

Der bør desuden stilles krav til løbende opfølgning af borgere efter endt forløb i kommunerne, idet mange borgere vil have behov for opfølgning eller fornyet indsats for at kunne varetage egenomsorg. Der bør også stilles krav til kommunernes samarbejde med civilsamfundsorganisationer efter endt forløb, hvor især kompetencekrav til ydelserne bør styrkes og præciseres i forhold til de nuværende standarder.

Vi deler kommissionens vurdering af, at en videreudvikling af kvalitetsstanderne også skal indeholde en styrket monitorering, så det er muligt at følge effekten af indsatserne og foretage benchmarking af indsatsen. Her mener Hjerteforeningen, at implementering og indsamling af ensartede data over hele landet i forhold til Fællessprog III, er et afgørende første skridt, ligesom muligheden for at udveksle tidstro data på tværs af sektorer med henblik på gode sektorovergange bør sikres.

Hjerteforeningen bidrager meget gerne med viden og yderligere perspektiver og indgår gerne i dialog om det fremsendte høringssvar.

Med venlig hilsen



Anne Kaltoft
Adm. direktør

Referencer

1. Den Nationale sundhedsprofil 2021, Sundhedsstyrelsen
2. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge – hvad virker? Vidensrådet for forebyggelse (2018)
3. Frølich, A., & Stockmarr, A. (2022). Multisygdom i Danmark: Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed
4. HjerteTal opdateret til 2022, Hjerteforeningen (2024)
5. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregistret
6. Livet med en hjertesygdom, Hjerteforeningen (2021)
7. HjerteTal, Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede (2021)
8. Oplevelser i sundhedsvæsenet, Kantar Public for Hjerteforeningen (2023)
9. PLO-analyse, 2023
10. Hjerteforeningen (2024)
11. Kjørulff TM, Bihmann K, Søndergaard J, et al. (2024), Association between travel distance and face-to-face consultations with general practitioners before an incident acute myocardial infarction: a nationwide register-based spatial epidemiological study.

Intet sundhedsvæsen uden sundhedsadministration

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fra HK Kommunal og Danske Sundhedsadministratorers Landsforening (SAL).

Høringsvaret i overskrifter:

- Sundhedsadministration bør regnes som en kerneopgave i fremtidens sundhedsvæsen, hvor et stærkt fokus på borgerens forløb, på koordination og på tværsektorielt samarbejde skal udgøre fundamentet. Opgaver, som lægesekretærer og sundhedsadministrative koordinators er skræddersyede til at varetage på tværs af regioner, kommuner og privat praksis.
- Det fremtidige sundhedsvæsen skal have stærkt fokus på, hvem der udfører opgaverne, så flest mulige medarbejdere med en sundhedsfaglig uddannelse fokuseres til egentlig behandling og pleje af patienterne.
- Borgere med mange sygdomme, eller som er socialt eller kognitivt udfordrede, bør tilbydes en sundhedsadministrativ medarbejder (lægesekretær eller sundhedsadministrativ koordinator), der på tværs af sektorer (regioner, kommuner og privat praksis) kan hjælpe med at koordinere tider, bestille prøver, formidle journalindhold, være kontaktperson for pårørende og sundhedsfaglige, og sikre fremdrift i patientforløb.
- Lovgivningen bør ændres, så sundhedsadministrative medarbejdere regnes som sundhedspersoner og dermed i endnu højere grad kan påtage sig opgaver, der kan aflaste deres sundhedsfaglige kolleger (SOSU'er, sygeplejersker, læger m.fl.), eksempelvis indenfor kvalitetssikring og -udvikling, registrerings- og sagsbehandlingsopgaver samt den patientrettede hjælp.
- Fremtidens sundhedsvæsen skal være under demokratisk kontrol gennem folkevalgte råd og bestyrelser.
- En kraftig opfordring til at tænke Robusthedskommissionens anbefalinger ind i fremtidens sundhedsvæsen, og opbakning til Sundhedsstrukturkommissionens forslag om et reformsekretariat, der kan følge implementeringen med inddragelse af parterne på sundhedsområdet.

Hvem er HK Kommunal og SAL?

■ **HK Kommunal** er fagforeningen for administrative medarbejdere i kommuner og regioner og har cirka 44.500 erhvervsaktive medlemmer.

■ **Danske Sundhedsadministratorers Landsforening (SAL)** organiserer lægesekretærer, sundhedsadministrative koordinators og andre faggrupper med administrative funktioner overalt i sundhedsvæsenet. I alt repræsenterer SAL ca. 12.500 medarbejdere.



HK Kommunal og Danske Sundhedsadministratorers Landsforening kvitterer for de mange konstruktive anbefalinger, som Sundhedsstrukturkommissionen har offentliggjort. Rigide sektorovergange, opsplittet økonomi og manglende tværfagligt samarbejde er store udfordringer i det nuværende sundhedsvæsen, og mange af kommissionens anbefalinger og modeller søger at løse disse på fornuftig vis.

For os er det væsentligste, at borgerne oplever et sundhedsvæsen, der har fokus på forebyggelse, og hvor patientforløb er langt mere smidige end de er i dag. Hvor koordination er en kerneopgave med og for borgerne, og hvor vi som samfund investerer i tidlig indsats og forebyggelse.

Stregerne på landkortet er i den henseende mindre væsentlige, hvis koordinationen og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde fungerer. I høringsvaret tillader vi os derfor at komme med en række bud på, hvordan vores medlemmer kan bidrage til dette uanset, hvordan det politiske niveau i øvrigt ender med at indrette de organisatoriske strukturer.

Det handler først og fremmest om borgerne.

Vi ser frem til at deltage aktivt i debatten om fremtidens sundhedsvæsen og står naturligvis til rådighed for uddybende kommentarer, kaffemøder og politiske drøftelser.

Med venlig hilsen



Lene Roed
Formand for HK Kommunal



Nathali Schaap Degn
Formand for SAL

Sundhedsadministration er en kerneopgave i fremtidens sundhedsvæsen

Som borgere mødes vi forhåbentligt altid af et venligt og serviceminded menneske, der tager hånd om os, når vi er i kontakt med sundhedsvæsenet. Især hvis ens situation er kompliceret eller sårbar. Vi tænker nok sjældent over, om det menneske er sygeplejersker, SOSU eller lægesekretær, selvom det ofte er sidstnævnte, vi møder først, når vi eksempelvis er på hospitalet.

Og vi tænker sjældent over alt det usynlige arbejde, der udføres, når vi har kontakt med sundhedsvæsenet. Vi har måske kontakt til en lægesekretær for at booke tid hos vores praktiserende læge, men derfra begynder tingene "bare" at ske.

Det er i al fald sådan, vi som borgere oplever det, og det er også sådan, det i mange tilfælde bør være. Men henvisningen fra den praktiserende læge til en speciallæge eller et hospital skal behandles hos modtageren, der skal findes en tid, i nogle tilfælde sendes et brev med bekræftelse, med anvisninger og med lovstof som følge af ventetidsgarantier. Der skal måske rekvireres skanningsbilleder, koordineres tværfaglig konference, bookes tolk, patienthotel og meget mere.

Bliver vi som borgere forhindrede, ringer vi til en sundhedsadministrativ medarbejder, der finder en ny tid til os eller vejleder os om behandlingsgarantier og alternative behandlingssteder.

Skal vi opereres, står der en hel stribe medarbejdere klar på en desinficeret operationsstue, hvor der er fyldt op med alskens medicinsk udstyr, og hvor der står en seng klar til os efterfølgende, hvis vi ikke enten kan komme hjem til os selv, eller har behov for at komme os.

Og hvis vi som ældre udskrives, men ikke kan klare hverdagen endnu, så er der givet besked videre til kommunen, der står klar med hjælpemidler, hjemmehjælp og -pleje.

I langt de fleste tilfælde har der været sundhedsadministrative medarbejdere inde over ovenstående opgaver, før andre faggrupper kommer i spil. Og listen er lang, hvis man tænker videre:

De hundredvis af it-systemer, der holder sundhedsvæsenet i gang, udvikles og vedligeholdes af administrativt ansatte medarbejdere.

De ufattelige mængder data, der hver dag produceres i sundhedsvæsenet i form af journaler, målinger, dokumenter og indkaldelser, holder it-systemerne styr på, men de er langt fra ufejlbarlige.

Alle de små og store opgaver, som it-systemerne af den ene eller anden grund ikke kan løse, bliver løst af mennesker. Og al den data, der bliver produceret, kvalitetssikres af sundhedsadministrative medarbejdere, så

Hvad er sundhedsadministration?

■ **Sundhedsadministration** refererer til den specialiserede styring og administration inden for sundhedssektoren, herunder hospitaler, privatpraktiserende klinikker, lægepraksis og kommuner.

■ **Sundhedsadministration** omfatter opgaver som håndtering af patientjournaler, tidsplanlægning, korrekt registrering af forløb, koordination på tværs af afdelinger, samt sikring af overholdelse af sundhedsrelaterede love og regler som f.eks. behandlingsgarantier. Udover den sundhedsfokuserede administration inkluderer det også almindelig administration, som indebærer generelle kontorfunktioner, HR og finansiel styring. Disse administrative funktioner sikrer en effektiv drift og understøtter de kliniske aktiviteter.



de kan omsættes til forskning, udvikling af bedre behandlings- og patientforløb mm.

Uden sundhedsadministrative, intet sundhedsvæsen.

Derfor bør man i udformningen af fremtidens sundhedsvæsen indtænke, hvilke opgaver og arbejdsgange, der er sundhedsadministrative, så man sikrer, at det er de rigtige medarbejdere, der sættes til at løse dem. Så rette kompetencer løser rette opgaver, og dermed giver de sundhedsfaglige medarbejdere mest mulig tid til pleje og behandling af patienterne.

Den sundhedsadministrative koordinator: Borgerens hjælper på tværs af sektorer

Borgerne har vidt forskellige forudsætninger for at finde rundt i vores sundhedsvæsen, og jo flere kontaktpunkter, man har til sundhedsvæsenet, jo sværere bliver det for nogle at følge med:

Fra den praktiserende læge over speciallæger til diverse blodprøver, scanninger og målinger på ambulatorier og hospitaler, inden man måske skal til behandling eller operation med efterfølgende genoptræning. Og har det offentlige ikke kapacitet, mødes man med tilbuddet om et privat alternativ

og dertilhørende lovstof, klagemuligheder og nye tider, der skal bookes.

I bedste fald kan pårørende hjælpe med at koordinere og skabe sammenhæng, i værste fald opgiver borgeren undervejs.

Disse borgere har brug for en hjælpende hånd, så de får et bedre og hurtigere forløb gennem sundhedsvæsenet. Så de ikke falder ned mellem to stole eller farer vild i den berygtede "Bermudatrekant" mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger.

Og sundhedsvæsenet har brug for en funktion, der på tværs af de mange aktører har overblikket på vegne af de

borgere, der har svært ved at magte det selv, så man har én indgang til denne gruppe af borgere.

Til disse borgere foreslår vi en medarbejder, der hjælper borgeren med sundhedsadministrativ koordination på tværs af aktører: Borgerens professionelle hjælper til de mange sundhedsadministrative opgaver, der er forbundet med at være patient, borger og pårørende i sundhedsvæsenet på tværs af regioner, kommuner og det private område.

Borgerens hjælper på tværs af sundhedsaktører og systemer

Koordinatoren skal kunne se på tværs af it-systemer, så vedkommende kan hjælpe borgeren med at koordinere tider til læge- og kontrolbesøg,



blodprøvetagning, ambulante behandlinger mm. Koordinatoren vil desuden kunne hjælpe med at formidle og oversætte journalindhold for borgeren og dennes evt. pårørende, og kan dermed også være behjælpelig med at få afklaret eventuelle tvivlsspørgsmål ved at kontakte andre sundhedsprofessionelle.

Koordinatoren kan også hjælpe med at bestille transport og genbestille medicinsk udstyr, som borgeren bruger derhjemme, og vedkommende kan være indgangen for pårørende og sundhedsprofessionelle i det omfang, borgeren ikke har ressourcerne til det. Eksempelvis i kontakten til hjemmeplejen, når der skal bestilles hjælpemidler eller når der skal udfyldes diverse ansøgninger til offentlige myndigheder.

Den sundhedsadministrative koordinator har både overblikket for borgeren og overblikket om borgeren.

Dermed kan koordinatoren være med til at mindske ulighed i sundhed, der jo både handler om adgangen til sundhedsvæsenet, men som i høj grad også handler om at kunne begå sig i selvbetjeningsløsninger, journalindhold og patientforløb.

Det betyder naturligvis ikke, at koordinatoren nødvendigvis skal ind over al sundhedsadministration, der har med borgeren at gøre. Noget løses bedst og hurtigst på hospitalet, af den kommunale hjemmepleje eller hos den praktiserende læge, når borgeren alligevel er der. Derfor vil den sundhedsadministrative koordinators portefølje også have forskellige udformninger afhængig af, hvilke borgere, der får tilbudt hjælpen, og hvor hun rent fysisk placeres.

Samtænkning med andre indsatser:

Fokus på den helhedsorienterede indsats

Sundhedsadministrativ koordination kan tænkes sammen med andre tilbud og indsatser. Er der tale om ældre borgere med en række kroniske sygdomme, kunne det give mening, at den sundhedsadministrative koordinator var tilknyttet et af de faste teams i ældreplejen. Er der tale om ledige borgere med sociale eller sundhedsmæssige udfordringer, kunne

det give mening, at den sundhedsadministrative koordinatorfunktion var tilknyttet beskæftigelsesindsatsen, socialforvaltningen eller handicapafdelingen.

På den måde kan den sundhedsadministrative koordinator indgå i den helhedsorienterede indsats, og funktionen kan dermed være den faste, upartiske administrative hjælp for borgeren, de pårørende og de andre fagprofessionelle, der understøtter borgeren.



Administrativ understøttelse, der frigør tid for andre faggrupper

Koordinatoren vil naturligvis kunne have kontakten til mange borgere, men vil samtidig kunne tilføre tiltrængte administrative kræfter til de sundheds- og socialfaglige medarbejdergrupper, så de kan få frigjort tid til deres kerneopgave.

I mange kommuner står sundhedsfaglige for vagtplanlægning, budgettopfølgning, indkøb og lignende, og her vil de sundhedsadministrative medarbejdere kunne overtage opgaverne samtidig med, at de har den koordinerende funktion i forhold til borgerne.

Det giver ikke kun et kvalitetsløft for borgerne og deres pårørende, men frigiver også tid for de sundhedsfaglige, så de kan koncentrere sig om deres kerneopgaver ift. pleje og behandling.

Lægeseekretærer og sundhedsadministrative koordinatore er skræddersyede til funktionen

Indsigt i sundhedsområdet, viden om sundhedsjura og sygdomslære er sammen med solide administrative og it-kompetencer fælles for lægesekretærer og de nye sundhedsadministrative koordinatore, hvis uddannelse afløste lægesekretæruddannelsen i 2024.

Kombinationen af disse kompetencer gør begge uddannelsesbaggrunde ideelle til at påtage sig de mange sundhedsadministrative koordineringsopgaver, der findes på tværs af aktørerne på sundhedsområdet.

Sundhedsadministrative bør regnes som sundhedspersoner

Lægeseekretærer og sundhedsadministrative koordinatore har formelt ikke selvstændig adgang til at slå patientoplysninger op, og de må ikke selvstændigt arbejde med patientdata i arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling. Det skyldes, at de ikke regnes for sundhedspersoner, og derfor alene må arbejde på delegation fra autoriserede sundhedspersoner, selvom de er uddannet indenfor sundhedsjura og kvalitetssikring.

De sundhedsadministrative medarbejders rolle og arbejdsopgaver taget i betragtning, foreslår HK Kommunal derfor, at man i arbejdet med en ny struktur for sundhedsvæsnets gør medarbejdere med lægesekretæruddannelsen, sundhedskommunouddannelsen og uddannelsen som sundhedsadministrativ koordinator til sundhedspersoner, der har lov til selvstændigt at arbejde med patientoplysninger og sundhedsdata på tværs af sundhedsvæsnets aktører.

Der ønskes ikke en egentlig autorisationsordning for sundhedsadministrative medarbejdere, men lovhjemmel til selvstændigt at arbejde med patientoplysninger og databehandling.

En lovgivning, der ikke er fulgt med tiden

En stor del af arbejdet for lægesekretærer og sundhedsadministrative koordinatore omfatter træk og brug af sundhedsoplysninger og data på patienter og behandlingsforløb. Dette gælder både i det patientrelaterede arbejde og i arbejdet med kodning, kvalitetssikring og -udvikling.

Lægesekretærer og sundhedsadministrative koordinatore er ikke omfattet af lovgivningen om autorisation af sundhedspersoner på trods af, at de i mange regioner regnes som værende del af det kliniske personale, fordi deres arbejdsopgaver helt naturligt er integreret i patientforløb og behandlinger.

Dermed har de eksempelvis ikke selvstændig mulighed for at trække og behandle sundhedsoplysninger og data, men må alene arbejde på delegation fra autoriserede sundhedspersoner. Det betyder principielt, at en

lægesekretær, der i praksis forestår en stor del af patientkontakten, skal bede en læge eller sygeplejerske om lov til at slå oplysninger op på en patient.

I praksis løses denne udfordring forskelligt fra region til region, men fælles for alle løsninger er, at man naturligvis ønsker, at lægesekretærer og sundhedsadministrative koordinatore kan arbejde med patientoplysninger.

Nogle steder sker det med individuelle delegerationer, andre steder med specifikke rammedelegerationer, men nogle regioner tolker dog Sundhedsdatalovens § 42d på en måde, så det sundhedsadmi-

nistrative arbejde besværliggøres i en grad, så muligheden for at udføre kerneopgaven begrænses eller i nogle tilfælde helt bortfalder.

Konkret har det bl.a. medført begrænsninger i arbejdet med patientsikkerhed, herunder i adgangen til at slå op i patientjournaler i forbindelse med sagsbehandling af utilsigtede hændelser (UTH) samt registrering af utilsigtede hændelser i Dansk patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse

Udover at besværliggøre den sundhedsadministrative kerneopgave, medfører det også en uhensigtsmæssig udnyttelse af medarbejderressourcerne. Sundhedsfaglige medarbejdere får bundet deres ressourcer til opgaver, der i vid udstrækning har sundhedsadministrativ karakter, alene fordi lovgivningen lægger bindinger på, hvad de sundhedsadministrative medarbejdere har adgang til.

Det er vel at mærke en lovgivning, der ikke tager hensyn til, at de sundhedsadministrative medarbejdere er uddannet indenfor håndtering af patientoplysninger og -data: Lægesekretærer, der har taget sundhedskommunomuddannelsen på akademisk niveau, og de nye sundhedsadmi-



nistrative koordinatore, har netop kompetencer indenfor sundhedsjura, patientsikkerhed og kvalitetssikring som del af deres uddannelse.

De er med andre ord skræddersyede til de opgaver, som lovgivningen begrænser dem i, fordi denne alene fokuserer på det kliniske personale.

Det datadrevne sundhedsvæsen

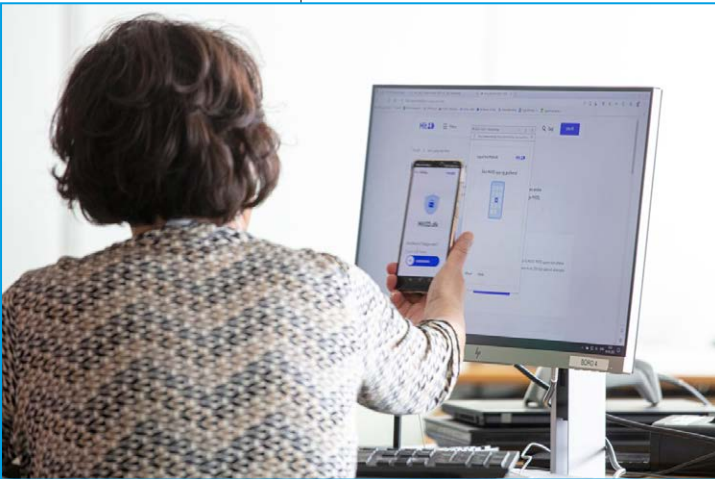
At bruge data til kvalitetssikring og udvikling af behandlingsforløb er ikke nyt i sundhedsvæsenet, og de sundhedsadministrative medarbejdere har i årevis varetaget mange af disse opgaver.

Denne datadrevne dimension af det sundhedsadministrative arbejde er blot taget til i takt med digitaliseringen i sundhedsvæsenet, og må forventes at være i fortsat vækst i fremtiden, bl.a. som følge af et stærkt politisk ønske om, at sundhedsvæsenet i endnu højere grad arbejder data- og evidensbaseret.

Samtidig er indsamling og kvalitetssikring af data helt afgørende forudsætninger for udviklingen af nye digitale løsninger, og også her spiller de

sundhedsadministrative en nøglerolle med deres kendskab til kodning, databearbejdning og arbejdsgange på afdelingerne.

Disse data- og udviklingsopgaver besværliggøres pga. den nuværende lovgivning, og dermed går man mange steder glip af de ressourcer, som sundhedsadministrative kunne tilføre arbejdet.



Fremtidens sundhedsvæsen skal være under demokratisk kontrol

For HK Kommunal og Danske Sundhedsadministratorers Landsforening er det vigtigt, at der fortsat er direkte demokratisk kontrol med sundhedsvæsenet. Det er for os helt afgørende, at vi også fremover har et sundhedsvæsen med fri, gratis og lige adgang til sundhedsydelser for alle, og det kræver, at borgerne har afgørende indflydelse på udformning, indhold og serviceniveau.

Det sikrer legitimitet og opbakning til et fælles sundhedsvæsen, at man som borger ved, hvor man kan påvirke og holde politikerne ansvarlige. Uanset hvordan man politisk indretter sundhedsvæsenet, bør borgerne have mulighed for at holde det politiske niveau ansvarligt, hvor beslutningerne træffes – det være sig i kommunalbestyrelser, råd eller bestyrelser i øvrigt.



Husk Robusthedskommissionens anbefalinger og følg reformerne til dørs

I efteråret 2023 fremlagde Robusthedskommissionen en lang række anbefalinger, der på forskellig vis søger at ruste fremtidens sundhedsvæsen til en virkelighed, hvor flere borgere forventeligt vil opleve sundhedsudfordringer som følge af øget levealder, og hvor mulighederne for at behandle vokser markant som følge af den forskningsmæssige og teknologiske udvikling.

Det er afgørende, at de anbefalinger tænkes med i diskussionen af den fremtidige indretning af sundhedsvæsenet, for strukturer gør det langt fra alene. Uden velkvalificerede medarbejdere, der formår at samarbejde og koordinere på tværs af sektorielle skel og uddannelsesmæssige baggrunde, vil intet være løst.

Et stærkt fokus på borgernes forløb, en tidligere og forebyggende indsats lokalt og rette kompetencer til rette opgaver er alle vigtige grundsten i et bæredygtigt sundhedsvæsen. Det er grundsten, som kommissionens anbefalinger bidrager positivt til, og bør derfor indgå med samme vægt som anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen.

HK Kommunal og SAL ser desuden meget positivt på kommissionens 6. anbefaling om at oprette et reformsekretariat, som skal følge op på implementeringen af enkelte initiativer og understøtte den decentrale implementering. Det vil være nødvendigt med repræsentation fra hele sundhedsvæsenet, herunder de sundhedsadministrative faggrupper, for at sikre en fyldestgørende forståelse af fx datahåndtering, praktisk koordination mm.



Høringsvar Sundhedsstrukturkommissionen

Holbæk kommunes udvalg for Ældre & Sundhed har med interesse læst rapporten fra Sundhedsstrukturkommissionen.

Vi er ligesom KL og KKR Sjælland enige i, at de 6 tværgående anbefalinger er den rigtige vej at gå, når der skal findes løsninger i fremtiden, men vi har en række opmærksomhedspunkter samt anbefalinger.

For det første vil vi gerne fraråde en sammenlægning mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland, idet vi er bekymrede for at en samlet region ikke vil gavne det nære sundhedsvæsen, nærdemokrati og ikke mindst uligheden i sundheden hos borgerne.

Vi er optagede af det nære sundhedsvæsen, og de daglige løsninger der findes i den tætte kontakt og samarbejde ml. sygehus, kommune og praktiserende læger, hvorfor en øget centralisering ikke ses som den rigtige vej at gå som beskrevet i model 1 og 2.

Vi er meget optagede af, at der er et ligeværdigt og forpligtende samarbejde mellem, region, kommune og praktiserende læger. Dette forpligtende samarbejde kan med fordel styrkes i det allerede nedsatte klyngesamarbejde. Det kan fx være ved at styrke det økonomiske samarbejde.

Løsningerne skal findes lokalt, da sundhedsudfordringerne er forskellige fra kommune til kommune. Vores tilgang er at mere lighed i sundheden bedst findes ved lokale løsninger i et tæt samarbejde, også fordi sektorerne kan lære af hinanden.

Derudover er det vores ønske, at der bliver flere nationale service standarder og en fælles sundhedsplatform på tværs af landet

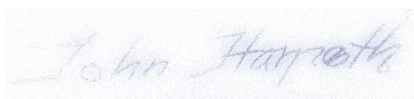
Vi kan på det kraftigste fraråde at fjerne sygeplejen fra ældreområdet, også set i lyset af at kommunen med ældrereformen har hilst det velkommen, at der er fokus på

helhedspleje og faste selvstyrende teams, som vi allerede ser gode erfaringer med i kommunerne.

Derfor mangler vi også en rød tråd fra den vedtagne Ældrereform og over til det forslag som strukturkommissionen kommer med. Vi ser ældre og sundhedsområdet som hinandens forudsætninger.

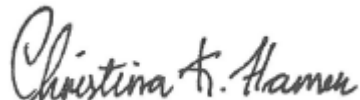
Vi ser gerne, at klyngerne og samarbejdspartner som ovenstående beskrevet i fremtiden kunne løfte de mange akutpladser som kommuner kigger ind i. De midlertidige pladser kan kommuner selv løfte. Vi ser og ønsker en opprioritering af E – Hospitalerne, ligeledes at vi stadig kan bevare Holbæk Sygehus som akutsygehus

Med venlig hilsen



John Harpøth
Formand for Ældre og sundhedsudvalget

Og



Christina K. Hansen
Borgmester

Sundheds-, Forebyggelses- og Psykiatriudvalget høringsvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Sundheds-, Forebyggelses- og Psykiatriudvalget i Horsens Kommune har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens rapport med tre modeller til et sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Vi anerkender og roser det grundige arbejde, der ligger bag rapporten.

Udvalget savner dog en anerkendelse af den store opgave, kommunerne og civilsamfundet igennem mange år har løst med høj kvalitet, tæt på borgerne og i et stærkt samarbejde med de øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen.

Vi mener grundlæggende, at der er behov for at forbedre og prioritere det nære sundhedsvæsen frem for en fortsat centralisering af sygehusvæsenet. Målet må være, at vi får et sundhedsvæsen, der i endnu højere grad end i dag tager hånd om borgerne på den måde, de ønsker og har behov for.

Vi vil derfor gerne pege på nogle vigtige elementer for at sikre nærhed, sammenhæng og bæredygtighed i fremtidens sundhedsvæsen.

Anbefaling: Hold fast i det nære sundhedsvæsen i kommunerne for at sikre sammenhængskraften og nærheden til borgerne

For mange borgere er det netop det nære sundhedsvæsen, der forebygger behovet for hospitalsbesøg og indlæggelser eller genindlæggelser. Og den tid, hvor borgerne opholder sig på hospitalet og har brug for specialiseret hjælp er begrænset. Derfor er det i langt de fleste tilfælde det nære sundhedsvæsen, der løfter opgaven med at skabe sammenhæng og nærhed til borgerens liv og hverdag.

Med sundhedsstrukturkommissionens forslag til tre modeller for fremtidens sundhedsvæsen er der imidlertid lagt op til en række strukturelle ændringer, som vil spænde ben for at realisere ambitionerne om et sammenhængende og nært sundhedsvæsen.

Udfordringerne i sundhedsstrukturkommissionens modeller handler især om en uforståelig centralisering. Sådan at kommissionen – selv i den "lille" model 3 – lægger op til, at akutsygepleje og midlertidige pladser skal være en regional opgave. I praksis drejer det sig om mere end 3.000 pladser, der i dag er geografisk fordelt rundt på de kommunale plejecentre for at sikre nærhed til borgerne og mangfoldighed i vores tilbud.

Dertil kommer, at de midlertidige pladser er bemandet med et kompetent kommunalt sundhedspersonale, der ofte superviseres af en huslæge tilknyttet det lokale plejecenter. De er også understøttet af den kommunale akutsygepleje og det lokalt forankrede genoptræningstilbud. En flytning af disse pladser vil derfor amputere den vigtige synergi, der findes i det nære sundhedsvæsen i dag, og som rækker langt ud over den kommunale sygepleje og de praktiserende læger.

Påførende vil desuden få længere til at besøge deres kære og hele aflastningsdelen – før en fast plads bliver nødvendig, og hvor man f.eks. lærer et plejehjem at kende – mister sin betydning.

Endelig er det væsentligt at bemærke, at der ofte efter en indlæggelse følger en rehabiliterings- eller genoptræningsindsats, som vi i Horsens Kommune arbejder tæt sammen med borgeren om. For nogle indebærer det også genoptræning til at varetage en jobfunktion, fordi vi ved, at tilknytning til arbejdsmarkedet fremmer sundheden. I Horsens Kommune rækker indsatserne på den måde ofte ud over,

hvad vi lovgivningsmæssigt er forpligtet til. Det tager afsæt i borgernes sundhed. På tværs af aktører – fordi det skaber mening og sundhed for alle.

Anbefaling: Styrk socialpsykiatrien

I Horsens Kommune deler vi kommissionens vurdering af, at der er behov for at styrke det faglige niveau i socialpsykiatrien, og vi er samtidig enige med kommissionen i, at kommunerne er det rette sted at forankre opgaven og arbejdet. Det er vi, fordi en lokal forankring er afgørende for et fokus på recovery. Det hviler ofte på et tæt samarbejde med i perioder mange lokale aktører omkring borgerne. Aktører som ligger uden for det kommissionen definerer som sundhedsområdet.

Vi ser positivt på udvidelsen af huslægeordningen til også at omfatte sociale botilbud, fordi tiltaget vil understøtte lighed i sundhed og højne den samlede indsats for borgerne i tilbuddene.

Organisatorisk integration af psykiatrien i det samlede sygehusvæsen vil understøtte et stort behov for at skabe bedre sammenhæng i forløb. Vi ser derfor positivt på kommissionens anbefaling om dette.

Derudover ses et tæt samarbejde med ældre- og sundhedsområdet i dag i forhold til både demensrådgivning, hjerneskadeområdet og hele psykiatri- og handicapområdet i forhold til både akut sygepleje, sygepleje og hjemmepleje. Vi har mange fælles borgere, hvor vi løfter og koordinerer indsatsen. En flytning af disse opgaver væk fra kommunerne vil skabe en ny besværlig snitflade i arbejdet med borgere på det sociale område.

Anbefaling: Tænk civilsamfundet ind i det nære sundhedsvæsen

Civilsamfundet spiller en meget vigtig rolle på vores vej til ikke at gøre borgere til patienter. Her savner vi i Sundheds-, Forebyggelses- og Psykiatriudvalget, at sundhedsstrukturkommissionens indtænker civilsamfundet som en del af det nære sundhedsvæsen.

I Danmark generelt og i Horsens Kommune i særdeleshed er traditionen for at involvere frivillige på kommunale aktivitets- og plejecentre lang, og samarbejdet med fritids- og kulturtilbud, patientforeninger og andre NGO'er er afgørende for de sundhedsfremmende, forebyggende og genoptrænende tilbud.

Det er i den sammenhæng vigtigt med en lokal opbakning omkring civilsamfundsindsatsen, da der ligger fundamental forebyggelse og støtte til blandt andet kronikere i forenings- og frivillighedsområdet. Kendskab og nærhed er desuden helt afgørende her, hvor gevinsten af, at borgere, frivillige, personaler, politikere mv. kender hinanden, ikke kan overvurderes. Denne lokale opbakning og forankring vil ikke kunne overføres til større regioner, der ikke har eller kan få samme lokale tilknytning og kendskab til civilsamfundsaktørerne, som kommunerne kan.

I et civilsamfundsperspektiv ser vi derfor også med stor bekymring på en evt. kommende centralisering af det nære sundhedsvæsen.

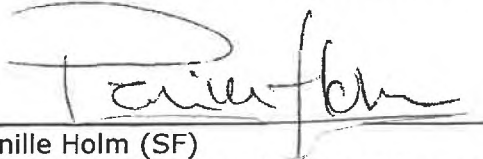
Anbefaling: Styrk fokus på det forebyggende arbejde i det nære sundhedsvæsen

I Horsens Kommunes sundhedspolitik *Sundhed for Livet* er det forebyggende arbejde et vigtigt og væsentligt indsatsområde – fordi det er gennem det forebyggende arbejde, vi bedst forebygger, at borgere overhovedet bliver patienter.

Horsens Kommune

Derfor undrer det os i Sundheds-, Forebyggelses- og Psykiatriudvalget, at kommissionen udarbejder en rapport om den fremtidige samlede sundhedsindsats, som hovedsageligt tager udgangspunkt i den mest specialiserede indsats omkring alvorlig sygdom hos borgeren, nemlig sygehusindsatsen.

Sygehusindsatsen er kun "toppen af isbjerget", og derfor er det vores opfattelse, at udgangspunktet i stedet ligge i det nære sundhedsvæsen og med fokus på det forebyggende arbejde, som også i fremtiden bør forankres lokalt – tæt på borgerne og deres pårørende, så vi sikrer sammenhængen til borgerens liv og hverdag.



Pernille Holm (SF)
Formand, Sundheds-, Forebyggelses- og Psykiatriudvalget
Horsens Kommune

Ældre- og Handicapudvalgets hørings svar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Ældre- og Handicapudvalget i Horsens Kommune har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens rapport med tre modeller til et sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Vi anerkender og roser det grundige arbejde, der ligger bag rapporten.

Udvalget savner dog en sammenhæng med ældrereformen og en anerkendelse af den store opgave, kommunerne og civilsamfundet igennem mange år har løst med høj kvalitet, tæt på borgerne og i et stærkt samarbejde med de øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen.

Vi mener grundlæggende, at der er behov for at forbedre og prioritere det nære sundhedsvæsen frem for en fortsat centralisering af sygehusvæsenet. Målet må være, at vi får et sundhedsvæsen, der i endnu højere grad end i dag tager hånd om borgerne på den måde, de ønsker og har behov for.

Vi vil derfor gerne pege på nogle vigtige elementer for at sikre nærhed, sammenhæng og bæredygtighed i fremtidens sundhedsvæsen.

Anbefaling: Hold fast i det nære sundhedsvæsen i kommunerne for at understøtte ældrereformens stærke ambitioner bedst muligt

Sundhedsstrukturkommissionens udspil kommer umiddelbart efter, at der er indgået en bred aftale om en ny ældrereform – en reform, som i den grad understøtter kommunernes vigtige og nødvendige prioriteringsrum til kerneopgaven, nemlig at yde pleje til og omsorg for vores ældste medborgere.

Med sundhedsstrukturkommissionens forslag til tre modeller for fremtidens sundhedsvæsen er der imidlertid lagt op til en række strukturelle ændringer, som vil spænde ben for at realisere ældrereformens stærke ambitioner. Og skal vi lykkes med ældrereformen, er der naturligvis behov for en stærk sammenhæng til den kommende sundhedsstrukturereform.

Udfordringerne i sundhedsstrukturkommissionens modeller handler især om, at de – selv i den "lille" model 3 – lægger op til, at akutsygepleje og midlertidige pladser skal være en regional opgave. Den flytning er på ingen måde hensigtsmæssigt og vil gå direkte imod ambitionerne i både ældrereformen og sundhedsstrukturen om et mere borgernært og sammenhængende sundhedsvæsen.

Set fra borgerens perspektiv sikrer vi bedst sammenhængen ved at skabe mere nærhed og lettere adgang til det nære sundhedsvæsen. Sammenhængende og trygge forløb opstår, når borgerne mødes af en samlet indsats – uanset om det er forløb i eget hjem, på en midlertidig plads eller i en plejebolig.

Dertil kommer, at ældrereformen lægger vægt på behovet for faste teams omkring den enkelte borger – et behov, der yderligere pointerer, at sygeplejen, træning, hverdagsrehabilitering og de midlertidige pladser bør forblive kommunale opgaver.

Siden 2007 har det nære sundhedsvæsen leveret et højt kvalificeret samarbejde om de ældre borgere. Huslægeordningen, akutsygeplejen og brugen af midlertidige pladser har effektivt forebygget indlæggelser og genindlæggelser. I de fleste tilfælde i tæt sammenhæng med de øvrige indsatser på det kommunale sundheds-, ældre- og socialområde. Sygehusene tilbyder højt specialiseret behandling, men det

meste behandling og sygepleje foregår i dag i borgenes eget hjem eller på en sygeplejeklinik.

Derfor er det naturligvis også væsentligt, at udviklingen af almen praksis får et særligt fokus som en afgørende del af det nære sundhedsvæsen, så det stærke samarbejde mellem almen praksis og kommunerne kan fortsætte.

Anbefaling: Tænk civilsamfundet ind i det nære sundhedsvæsen

Civilsamfundet spiller en meget vigtig rolle på vores vej til ikke at gøre borgere til patienter. Her savner vi i Ældre- og Handicapudvalget, at sundhedsstrukturkommissionens indtænker civilsamfundet som en del af det nære sundhedsvæsen.

I Danmark generelt og i Horsens Kommune i særdeleshed er traditionen for at involvere frivillige på kommunale aktivitets- og plejecentre lang, og forenings- og kulturlivet spiller en vigtig rolle for seniorer og førtidspensionister i alle aldre.

Denne civilsamfundsindsats er sundhedsfremmende for alle og ikke mindst for ældre eller borgere med ingen eller meget lidt tilknytning til arbejdsmarkedet. Det er med til at skabe fællesskabsfølelse og tryghed, og mange tilbud er også målrettet forebyggelse af f.eks. ensomhed og forværring af sygdom.

Det er i den sammenhæng vigtigt med en lokal opbakning omkring civilsamfundsindsatsen. Kendskab og nærhed er helt afgørende her, hvor gevinsten af, at borgere, frivillige, personaler, politikere mv. kender hinanden, ikke kan overvurderes. Denne lokale opbakning og forankring vil ikke kunne overføres til større regioner, der ikke har eller kan få samme lokale tilknytning og kendskab til civilsamfundsaktørerne, som kommunerne kan.

I et civilsamfundsperspektiv ser vi derfor også med stor bekymring på en evt. kommende centralisering af det nære sundhedsvæsen.

Anbefaling: Styrk den fælles udvikling og drift af større digitale løsninger, hvor det giver mening

I Horsens Kommune har vi i årtier indarbejdet velfærdsteknologi i vores praksis, hvor det giver mening, og digitaliseret forretningsgange, hvor nye systemer mv. har kunnet bidrage til en effektivisering eller frigjort tid og ressourcer på områderne.

Samtidig ser vi med bekymring ind i en tid med stigende udgifter og kompleksitet på området, og vi hilser derfor en som udgangspunkt en fælles udvikling og drift af større digitale løsninger og IT-fagsystemer velkommen.

Med øget fokus på digitalisering og brug af teknologiske hjælpemidler i sundhedsvæsenet er det dog vigtigt at huske, at vi har borgere, som ikke er digitalt modne. Ældre og sårbare borgere har brug for særlig hjælp eller kommunikation for at kunne drage nytte af sundhedsvæsenet på lige fod med andre.

Endelig er det vigtigt at have opmærksomhed på, at der er en stor spredning på de digitale kompetencer blandt vores personaler. De digitale løsninger skal derfor tilpasses afhængigt af, hvor de skal i anvendelse.

Anbefaling: Styrk fokus på det forebyggende arbejde i det nære sundhedsvæsen

I Horsens Kommunes sundhedspolitik Sundhed for livet er det forebyggende arbejde et vigtigt og væsentligt indsatsområde – fordi det er gennem det forebyggende arbejde, vi bedst forebygger, at borgere overhovedet bliver patienter.

Derfor undrer det os i Ældre- og Handicapudvalget, at kommissionen udarbejder en rapport om den fremtidige samlede sundhedsindsats, som hovedsageligt tager udgangspunkt i den mest specialiserede indsats omkring sygdom hos borgeren, nemlig sygehusindsatsen.

Sygehusindsatsen er kun "toppen af isbjerget", og derfor er det vores opfattelse, at udgangspunktet i stedet ligge i det nære sundhedsvæsen og med fokus på det forebyggende arbejde, som også i fremtiden bør forankres lokalt – tæt på borgerne og deres pårørende, så vi sikrer sammenhængen til borgerens liv og hverdag.



Susan Gyldenkilde (S)
Formand, Sundheds- og Ældreudvalget
Horsens Kommune

BORGMESTEREN I HORSENS

Chr M Østergaards Vej 4
8700 Horsens
Telefon: 76292929

www.horsens.dk

Sagsnr. 29.30.00-K04-1-24
Dato: 28.6.2024

Vedr. Horsens Kommunes svar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I Horsens Kommune har vi med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens rapport, og på vegne af byrådet i Horsens Kommune vil jeg med dette hørings svar tilkendegive, at vi i lighed med KL grundlæggende bakker op om kommissionens tværgående og modelafhængige anbefalinger.

Samtidig deler vi den af KL udtrykte bekymring for model 1 og 2, hvori det foreslås at flytte ældre- og sundhedsopgaver væk fra kommunerne til en myndighed, der herudover har ansvaret for sygehusene. En flytning af hele eller dele af det kommunale sundheds- og ældreområde vil i praksis reducere det kommunale prioriteringsrum og gøre kommunerne mindre robuste. Dertil kommer, at den demokratiske legitimitet vil blive udhulet, hvis en stor del af den velfærdsmodel, som vi er stolte af i Danmark, flyttes længere væk fra både borgerne og de folkevalgte.

I Horsens Kommune ser vi derfor med stor bekymring på model 1 og 2 og anbefaler i lighed med KL, at der ikke arbejdes videre med modeller, der lægger op til en yderligere centralisering af myndighedsansvaret, som utallige strukturomlægninger har vist, over tid også medfører en centralisering af tilbud.

Skulle der mod forventning tegne sig et politisk flertal for en centralisering i form af et mindre antal regioner med en model 3, end vi kender i dag, er det af afgørende betydning for Horsens Kommune, at vi fastholder vores forankring i en fremtidig Region Midtjylland sammen med Århus Kommune og vores øvrige nabokommuner i det midtjyske.

Det bemærkes, at vi foruden dette svar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport tre modeller, også fremsender specifikke hørings svar fra henholdsvis Horsens Kommunes Ældre- og Handicapudvalg og Sundheds-, Forebyggelses- og Psykiatriudvalg.

Med venlig hilsen



Peter Sørensen

Borgmester

Find os


www.horsens.dk

Kontakt os

76292929

Følg os

 facebook.com/endelafflokken

 linkedin.com/company/horsens-kommune

Høringsvar fra Hospice Forum Danmark vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, fremlagt den 11. juni 2024

Kirkegade 70
6700 Esbjerg

CVR: 28 82 94 77

Tlf.: +45 21 47 55 44

hospiceforum@hospice.dk

www.hospice.dk

Indledning

Hospice Forum Danmark ønsker hermed at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, der blev fremlagt den 11. juni 2024. Vi vil gerne udtrykke vores bekymring over den manglende fokus på palliation, specielt i lyset af Rigsrevisionens udmelding fra december 2018, der påpegede væsentlige mangler og behov for forbedringer inden for dette område.

Baggrund

Rigsrevisionens rapport fra december 2018 fremhævede flere kritiske punkter vedrørende palliation i Danmark. Blandt de vigtigste konklusioner var behovet for en mere ensartet og tilgængelig palliation på landsplan samt øget støtte til uhelbredelig syge og deres pårørende. Desværre synes det, at Sundhedsstrukturkommissionens nye rapport ikke har adresseret disse væsentlige udfordringer tilstrækkeligt.

Der er i dag 257 voksenhospicepladser i Danmark, og ifølge EACP (European Association for Palliative Care) burde der være 450-500 pladser. Ca. 1/3 af de visiterede patienter når ikke at komme på hospice før de dør, bl.a. pga. manglende hospicepladser.

Manglende fokus på hospiceområdet

1. **Ensartet tilgængelighed:** Det er afgørende, at alle uhelbredeligt syge patienter i Danmark har adgang til palliation af høj kvalitet, uanset deres bopæl. Rigsrevisionen påpegede store geografiske forskelle i adgang til palliation, og denne ulighed er stadig til stede. Sundhedsstrukturkommissionens rapport mangler konkrete forslag til at løse dette problem.
2. **Støtte til pårørende:** Pårørende spiller en central rolle i plejen af uhelbredelig syge, og deres behov for støtte og vejledning er kritisk. Rigsrevisionens rapport fremhævede mangler på dette område, men Sundhedsstrukturkommissionens rapport har ikke i tilstrækkelig grad fokuseret på initiativer, der kan styrke støtten til de pårørende.
3. **Ressourceallokering og finansiering:** Økonomiske ressourcer er afgørende for at sikre en bæredygtig og kvalitetsorienteret palliation. Rigsrevisionen understregede behovet for bedre finansiering og ressourceallokering, men dette er kun perifert behandlet i de nye anbefalinger. Vi opfordrer til en mere detaljeret og forpligtende plan for finansiering af palliation.

Hospicefilosofiens grundprincipper

Hospicefilosofien omfatter flere grundlæggende principper, som bør integreres i den overordnede sundhedsstruktur for at sikre helhedsorienteret pleje og støtte:

- **Livskvalitet og værdighed:** At skabe rammer, der giver de bedst mulige forudsætninger for livskvalitet og selvværd og en værdig død.
- **Palliativ indsats:** At yde en palliativ indsats som omsorg, pleje, smertelindring og sjælesorg for uhelbredeligt syge mennesker med en fremadskridende, dødelig sygdom, hvor kurativ behandling er opgivet.
- **Helhedsorienteret omsorg:** At omsorg og pleje kan bidrage til at gøre menneskets sidste tid til en positiv del af livsforløbet, så den døende og dennes pårørende oplever en helhedsorienteret indsats, præget af åbenhed, betingelsesløs accept og bekræftelse af den syges værdi som menneske.
- **Støtte til pårørende:** At yde støtte, vejledning og sjælesorg til den døendes pårørende før og efter tabet.
- **Individuelle behov og ønsker:** At hele indsatsen tilrettelægges under hensyntagen til individuelle behov og ønsker, idet alle opgaver løses i et tæt samarbejde med den syge og dennes pårørende.

Anbefalinger

Hospice Forum Danmark anbefaler, at Sundhedsstrukturkommissionen tager følgende initiativer:

1. **Udvikling af en national strategi for palliation:** En national strategi bør udarbejdes med klare mål og handlingsplaner for at sikre ensartet og tilgængelig palliativ indsats på tværs af landet.
2. **Øget støtte til pårørende:** Implementering af programmer, der tilbyder psykologisk støtte, vejledning og aflastning til pårørende til uhelbredelig syge.
3. **Sikring af bæredygtig finansiering:** En forpligtende finansieringsmodel, der sikrer tilstrækkelige midler til palliation og dækker både drift og udvikling af nye initiativer.

Afslutning

Vi håber, at Sundhedsstrukturkommissionen vil tage vores bekymringer og anbefalinger til efterretning. Det er afgørende, at vi sikrer, at palliation bliver en integreret del af sundhedsvæsenet, så alle uhelbredeligt syge patienter og deres pårørende får den nødvendige omsorg og støtte i deres sværeste tid.

Med venlig hilsen,

Mogens Nørgård
Formand
Hospice Forum Danmark

6. august 2024

HudSagens hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

HudSagen vil gerne takke regeringen for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også benytte lejligheden til at kvittere for, at regeringen har nedsat kommissionen og skabt et grundlag for drøftelser af, hvordan vi styrker det samlede sundhedsvæsen til glæde for patienterne, herunder danskere med kronisk hudsygdom.

HudSagen er en tværfaglig alliance bestående af patientforeninger og sundhedsfaglige eksperter og tager udgangspunkt i kroniske og ofte multi-syge patienter indenfor dermatologien. Ca. 500.000 voksne mennesker i Danmark lider af en kronisk hudsygdom, hvilket gør kronisk hudsygdom til et af de største kronikerområder i Danmark.

En styrket sundhedsstruktur og konkrete ændringer af rammerne for speciallæger er af central betydning for de tusindvis af danskere med kronisk hudsygdom, der i dag oplever endog meget lange ventetider med markante sundhedsmæssige, personlige og mentale konsekvenser til følge.

HudSagen bemærker, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport sigter mod det samlede sundhedsvæsen. For at gøre HudSagens input så konkrete og brugbare for regeringens videre arbejde som muligt, er bemærkninger og kommentarer målrettet de forslag, der har særlig betydning for patienter med kronisk hudsygdom.

Specifikt gælder dette rapportens Anbefaling 5: "Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger", hvor Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses med henblik på at understøtte en mere effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

HudSagen: Alliancen for kroniske hudsygdomme

HudSagens formål er at samle centrale aktører på det dermatologiske område. Med én fælles stemme sætter vi kroniske hudsygdomme på dagsordenen. Alliancen sætter fokus på udfordringer og nødvendige politiske løsninger, der kan sikre et bedre liv for patienter med kroniske hudsygdomme. Læs mere om HudSagen på www.HudSagen.dk.

Generelle bemærkninger vedr. anbefaling om tilpasning af rammerne for praktiserende speciallæger

Hudsagen støtter anbefalingen om en tilpasning af rammerne for praktiserende speciallæger og finder, at den nuværende situation med meget lange ventetider er uholdbar og bør håndteres i det udspil, regeringen har varslet som opfølgning på rapporten.

HudSagen bemærker, at organiseringen af sundhedsvæsenet er af væsentlig betydning for alle patienter og ligeledes kan medføre positive forandringer for mennesker med kroniske hudsygdomme, herunder ift. kvalitetsudvikling.

Det er dog i den forbindelse vigtigt, at sådanne ændringer suppleres af konkrete tiltag, der reducerer ventetiderne til praktiserede speciallæger så hurtigt som muligt. Alle forandringer indebærer, at speciallæger og andre relevante medarbejders ressourcer allokeres til at gennemføre disse. Derfor er det vigtigt, at omfanget af disse vurderes nøje og suppleres af konkrete initiativer, der er målrettede en reduktion af ventetiderne så hurtigt som muligt.

Kroniske hudsygdomme har voldsomme personlige og mentale konsekvenser for de enkelte mennesker, der er ramt. Bl.a. oplever over halvdelen (53 %) af danskere med psoriasis nedsat selvværd, næsten hver femte (18.9 %) med atopisk eksem har selvmordstanker – 6.8 % for den øvrige befolkning – og hver femte dansker med HS overvejer helt at fravælge at få børn på grund af deres sygdom. Ofte har de ramte også andre lidelser og er dermed multisyge.

Dertil kommer de samfundsøkonomiske omkostninger, hvor et konservativt estimat alene for atopisk eksem viser en omkostning på 2 mia. kr. årligt¹.

HudSagen oplister i det følgende bemærkninger til forslagene til tilpasning af rammerne for praktiserende speciallæger samt en række konkrete forslag, som går på tværs af kommissionens anbefaling og forslag med henblik på at reducere ventetiderne på at se en praktiserende speciallæge for patienter med kroniske hudsygdomme.

Bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens forslag

Forslag 1: Nationalt understøttet planlægning for bedre geografisk fordeling og resourceeffektivitet

Forslaget har til formål at understøtte, at ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes effektivt som følge af en omkostningseffektiv opgaveplacering. Derudover skal forslaget understøtte mere lige adgang og en aktiv praksisplanlægning, som tager hensyn til

¹ <https://atopiskeksemlforening.dk/wp-content/uploads/2021/09/Hvidbog-atopisk-eksem-14.-september-2021.pdf>

udviklingen i behandlingsbehovet og opgavefordelingen mellem almenmedicinske tilbud, speciallægetilbud og sygehussektoren.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at praksisplanlægningen af det decentrale speciallægetilbud, som i dag varetages af regionerne, skal understøttes af en national ramme for anvendelse af praktiserende speciallæger. Konkret ved, at Sundhedsstyrelsen vejleder den ansvarlige myndighed. Den ansvarlige myndighed vil på den baggrund fortsat stå for den konkrete behovsvurdering for sundhedsydelse i et geografisk område og planlægge, hvordan borgere bedst sikres en rimelig adgang til speciallægehjælp, bl.a. gennem en praksisplan for speciallægepraksis.

HudSagens bemærkninger

Nationalt understøttet planlægning er et konstruktivt tiltag, som kan understøtte den ansvarlige myndighed.

Kommissionen anfører, at ”Konsekvensen af en mere behovsbaseret praksisplanlægning vil formentlig være, at der i området omkring hovedstaden vil skulle afvikles ydernumre til speciallægehjælp, mens kapaciteten, bl.a. i Vestdanmark, skal udvides.”

HudSagen finder det positivt, såfremt der tages initiativ til at sikre mere lige adgang til praktiserende speciallæger på tværs af landet, så det er behandlingsbehovet og ikke bopælen, der afgør, hvor hurtigt den enkelte patient får mulighed for at se en speciallæge. Tiltaget kan derfor ikke stå alene. En omfordeling af ydernumre - de godkendelser, som speciallæger har brug for, for at kunne modtage patienter – er netop blot en omfordeling og bidrager alt andet lige ikke til at nedbringe de lange og problematiske ventetider samlet set.

Det er af stor betydning, at der tages initiativer til at sikre højere kapacitet til modtagelse af patienter med kroniske hudsygdomme. I dag er den nationale gennemsnitlige ventetid på at se en praktiserende hudlæge 18 uger, mens den regionale gennemsnitlige ventetid kan være op til 28 uger, som det ses i Region Midtjylland². I praksis kan ventetiden for den enkelte – alt efter bopæl – dog være helt op til 47 uger³.

Forslag 2: Ledelse af samarbejde og kvalitetsudvikling

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at dialogen mellem regionerne og de enkelte klinikker i vid udstrækning centrerer sig om ydelser og afregning og i mindre udstrækning fokuserer på kvalitetsudvikling.

² <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/13930354/ny-kortlaegning-kronisk-syge-danskere-venter-maneder-pa-at-se-hudlaege?publisherId=13562125&lang=da>

³ <https://www.sundhed.dk/borger/guides/find-behandler/>

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår at etablere et styrket lovmæssigt grundlag for, at den myndighed, som er ansvarlig for speciallægetilbuddene, kan specificere krav til samarbejdet mellem speciallægetilbuddene og det øvrige sundhedsvæsen.

HudSagens bemærkninger

HudSagen deler vurderingen af, at der er et stort fokus på afregning og ydelser i dialogen mellem regioner og klinikker. Det kan skyldes de uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer, som gælder niveauet for kompensation for de praktiserende speciallæger – de såkaldte ”knækgrænser”.

Et styrket lovmæssigt grundlag for samarbejde mellem speciallægetilbud og det øvrige sundhedsvæsen kan være hensigtsmæssigt, men bør ikke reducere speciallægernes kapacitet til at modtage flere patienter.

Knækgrænserne betyder, at hvis en praktiserende speciallæge ser flere patienter end budgetteret fra regionen, så går kompensationen brat nedad, og dermed også incitamentet til at tage flere patienter ind. I et svar til Folketingets Sundhedsudvalg har Sundhedsministeriet oplyst, at hele 264 praktiserende speciallæger ramte denne grænse i 2022⁴. Samlet for alle specialer er der omkring 1.000 praktiserende speciallæger i Danmark, som ser ca. 2 mio. patienter årligt.

Det er HudSagens vurdering, at behovet for at reducere ventetiderne for patienter med kroniske hudsygdomme er større end speciallægerne behov for at indgå i øget kvalitetsudvikling, og at evt. ændringer bør afvejes.

Forslag 3: Fælles indgang, forbedret kapacitetsudnyttelse og prioritering på hovedfunktionsniveau

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der igangsættes et arbejde i Sundhedsstyrelsen med deltagelse af parterne, relevante faglige selskaber og patientforeninger, der skal beskrive løsninger til, hvordan grundlaget for at prioritere patienter på tværs af den samlede speciallægekapaцитet kan styrkes.

Dette vurderes særligt relevant i forhold til specialer, som oplever ventelister og delvist overlappende opgaveløsning mellem sygehus og praktiserende speciallæger, og hvor der dermed er risiko for, at patienter med samme behov prioriteres forskelligt og oplever forskellige ventetider.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at det fx kan være relevant at afsøge muligheden for en fælles indgang til behandling på alment niveau eller en fælles venteliste for praktiserende speciallæger. Kommissionen foreslår videre, at der tages stilling til, om de forslag, der opstilles til ændret organisering i relation til de

⁴ <https://www.ft.dk/samling/20222/almdel/suu/spm/540/svar/1974569/2742264.pdf>

almenmedicinske tilbud, har tilsvarende relevans for de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger.

HudSagens bemærkninger

HudSagen finder det positivt, at forbedret kapacitetsudnyttelse og prioritering indgår i kommissionens anbefalinger. Fælles indgange og ventelister kan være en vej frem, men bør vurderes ift. transaktionsomkostninger og den kompleksitet, der præger speciallægeområdet.

Ligesom på alle andre områder er der på det dermatologiske område stor variation i karakteren af den enkelte patients behandlingsbehov. I dag skelnes der mellem akutte og ikke-akutte opgaver, når speciallægenes begrænsede ressourcer vægtes.

Akutte opgaver tildeles naturligt højere betydning end ikke-akutte. 'Akut' er dog forbeholdt meget få situationer, som f.eks. ved mistanke om kræft i huden eller anden livstruende sygdom. Der er samtidig en meget stor gruppe af kronisk hudsyge patienter med lidelser, der måske ikke er livstruende, men dog voldsomt smertefulde, invaliderende og medfører signifikant påvirkning af patienternes livskvalitet. Derfor er det hensigtsmæssigt at overveje en udvidelse af væsentlighedshierarkiet - udover akut/ikke-akut-princippet, som tager højde for den fysiske og psykiske sygdomsbyrde, patienterne oplever.

Der er også andre muligheder for at styrke prioritering og forbedret kapacitetsudnyttelse. Inden for dermatologien er der en række effektive og målrettede behandlinger, bl.a. biologiske behandlinger, som i dag er forbeholdt de specialiserede hospitalsafdelinger at ordinere. Det medfører derfor besøg på sygehusenes hudklinikker, hvor der i 2021 var mere end 160.000 ikke-akutte ambulante besøg pga. sygdomme i huden. Hvis praktiserende dermatologer ordinerer og kontrollerer en del af disse behandlinger, kan en del behandlinger flyttes ud af sygehusene.

HudSagens forslag til det dermatologiske område

Regeringen har varslet et politisk udspil på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Som input til dette arbejde har HudSagen følgende forslag:

- **Oprettelsen af flere ydernumre for at nedbringe ventetider**

HudSagen foreslår, at der tages initiativ til at oprette flere ydernumre, sådan at der sikres yderligere kapacitet. Erfaringen viser, at hvis der oprettes flere ydernumre, så står dermatologer fra andre brancher klar til at træde til, og det betyder mere hjælp til de mange patienter på ventelisterne. Dette vil være et yderst væsentligt og effektivt tiltag til en hurtig reduktion af ventetiderne for patienter med kroniske hudsygdomme.

HudSagen: Alliancen for kroniske hudsygdomme

HudSagens formål er at samle centrale aktører på det dermatologiske område. Med én fælles stemme sætter vi kroniske hudsygdomme på dagsordenen. Alliancen sætter fokus på udfordringer og nødvendige politiske løsninger, der kan sikre et bedre liv for patienter med kroniske hudsygdomme. Læs mere om HudSagen på www.HudSagen.dk.

- **Løft niveauet for ”knækgrænser” til speciallæger**

HudSagen mener, at det er afgørende at øge ’knækgrænserne’, der dækker over niveauet for kompensation for speciallæger, i forbindelse med en reform af sundhedsvæsenet. Speciallægerne har kapacitet til at se flere patienter, og dermed aflaste resten af sundhedsvæsenet. Det er tidligere anslået, at det er muligt at hjælpe 200.000 patienter mere end i dag ved at hæve omsætningsloftet med 30 %⁵. I en sundhedsøkonomi, hvor begrænsningen er årsværk snarere end økonomi, er det oplagt at se på, hvordan knækgrænserne kan justeres.

- **Afsøg mulighed for at flytte behandlinger fra hospitaler til praktiserende speciallæger, og fra praktiserende speciallæge til almen praksis**

Dette kan ske ved at gennemføre en kortlægning af, hvilke behandlinger der på sigt kan flyttes fra sygehusene til de praktiserende speciallæger. Samt fra praktiserende speciallæge til almen praksis. Kortlægningen kan omfatte dermatologien såvel som andre egnede sygdomsområder og indgå i et beslutningsoplæg til at udflytte disse opgaver/behandlinger. Det behøver ikke (kun) at dreje sig om ordinerende behandling, men kan også være kontrolopgaver, der er mere rutineprægede, som flyttes. Forudsat at ventetiderne bliver kortere hos praktiserende speciallæger, vil tiltaget frigøre ressourcer på sygehusene og hos praktiserende speciallæger, give hurtigere adgang til den rette behandling og øge livskvaliteten for patienterne. Dertil vil det ofte forkorte den geografiske afstand til behandlingsstedet, særligt for patienter udenfor de største byer.

- **Skelnen mellem væsentlighed og karakter af opgaver hos praktiserende speciallæger**

HudSagen foreslår, at regeringen undersøger muligheden for at kategorisere opgaver efter et væsentlighedskriterie, der supplerer den nuværende akut/ikke-akut skelnen. Det vil være en hjælp til speciallægerne, som får en faglig rettesnor for prioriteringen af opgaver, og det vil give bedre mulighed for at tilse patienter i en hensigtsmæssig rækkefølge.

- **Åben henvisning til hudlæge**

HudSagen foreslår, at man undersøger muligheden for at patienter kan have en åben henvisning til praktiserende hudlæge. Patienter er jævnlige i behandling for deres kroniske lidelse hos en hudlæge, men når henvisningen udløber efter 6 måneder, kræver det en konsultation hos egen læge for at få en ny henvisning. En åben henvisning til hudlæge vil mindske unødvendig kontakt med almenpraktiserende læge og dermed både frigøre ressourcer i almen praksis og spare patienten tid og koordinering.

⁵ <https://jyllands-posten.dk/debat/breve/ECE15755781/de-glemte-laeger-staar-klar-sophie-loehde/>



Høringssvar fra Høje Taastrup Kommune - Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Høje- Taastrup Kommune er medunderskrivere på tre fælles høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger sammen med henholdsvis KL, KKR Hovedstaden og kommunerne i Sundhedsregion Syd. Vi bakker op om høringssvarenes betoning af, at model 3 er den model, der har størst potentiale og betragtningerne i forhold til de tværgående moduluafhængige anbefalinger. Med dette høringssvar ønsker vi at uddybe/supplere de tre andre høringssvar med konkrete eksempler fra de lokale forhold for Høje- Taastrup Kommune.

Vi er i Høje- Taastrup Kommune optaget af at understøtte, at borgerne kan leve det liv de ønsker sig. Fysisk sundhed og trivsel er væsentlige forudsætninger for at få en uddannelse, et arbejde, indgå i sociale relationer og tage aktiv del i samfundet. Og omvendt har uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og sociale relationer stor betydning for sundhed.

Vi savner perspektivet på borgernes hverdagsliv i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. En sundhedsreform bør tage udgangspunkt i borgerens levede liv og hverdag. Det er kommunens force, at vi kan sikre et helhedsperspektiv på tværs af de forskellige behov og udfordringer borgerne oplever, og som har sammenhæng med deres sundhed og sygdom. Kommunen kan samarbejde med foreninger og civilsamfundsaktører, så sundhedsindsatserne bliver fulgt op og forankret i frivillige tilbud.

Forvaltningsmodeller, der øger centraliseringen af sundhedsvæsenet, rimer ikke på en styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Det er svært at se, hvordan ældreområdet, og det stigende antal af borgere med kroniske sygdomme og psykiske lidelser kan sikres sammenhængende og gode forløb i et sundhedsvæsen, hvor det politiske ansvar er rykket længere væk. Det politiske ansvar for opgaveløsningen på ældreområdet og i det nære sundhedsvæsen bør være forankret tæt på borgerne. Vi savner denne demokratiske forankring i model 2. Dialog og samarbejde med civilsamfund og foreninger, kræver lokalt kendskab. Med en centralisering af det nære sundhedsområde og ældreområdet vil risikoen være stor for, at det lokalkendskab, som allerede er eksisterende i kommunerne vil fortyndes med tab af ressourcer, viden og velfungerende relationer og netværk til følge.

Samarbejde med civilsamfund og lokale aktører

Høje Taastrup Kommune har gennem en årrække opbygget et stærkt samarbejde mellem de kommunale træningsforløb, patientrettede kronikerforløb og borgerrettede sundhedstilbud i kommunens sundhedscenter og med patientorganisationer og lokale foreninger. Flere patientforeninger har til huse i sundhedscenteret og afholder deres arrangementer i kommunens lokaler. Det sikrer sammenhæng mellem det kommunale og foreningernes tilbud og øger forankring af borgerens livsstilsændringer og sygdomsmestring, når der kan bygges bro til lettilgængelige og lokale tilbud.

Genoptræning og patientrettet forebyggelse bør have væsentligt fokus og bør foregå i borgernes nærhed, hvor der også kan bygges bro til civilsamfundet. Høje-Taastrup Kommune har, som de øvrige vesterkommuner en høj forekomst af borgere med kroniske sygdomme, for hvem nærheden til tilbudene er helt centralt for gennemførelse. Dette gælder også for borgere med psykiske lidelser, som har brug for rehabiliterende indsatser og brobygning til civilsamfund samt indsatser på tværs af kommunale instanser.

Vi arbejder med brobygning til foreningslivet, så vi i samarbejde med lokale foreninger uddanner foreninger til at modtage borgere, der ikke normalt deltager i foreningslivet, fx borgere med fysiske eller sociale handicaps. Kommunen arbejder desuden aktivt med at bygge bro til foreningstilbuddene ved

at tage 'borgerne i hånden' og følge dem hen i foreningerne. Forudsætningen er det tværfaglige samarbejde i kommunerne og en høj grad af lokalkendskab og samarbejde med lokale civilsamfundsaktører.

Samarbejde med almen praksis

Et nært sundhedsvæsen er afhængig af et tæt og forpligtende samspil i primærsektoren. Anbefalingerne om styrkelse af det almenmedicinske område er derfor helt centrale for, at en omstilling af sundhedsvæsenet kan lade sig gøre. Høje-Taastrup Kommune bifalder anbefalingerne om at indføre modeller for ressourcetildeling, der tilgodeser de mere komplekse patientgrupper, sikrer mere lighed i lægedækning og forpligtende krav til samarbejdet mellem almenpraksis og kommunerne. Der bør være fokus på, at styrkelsen af det almenmedicinske område ikke (kun) sker med henblik på at aflaste sygehusene, men især for at styrke det nære sundhedsvæsen.

En hovedudfordring i samarbejdet i det nære sundhedsvæsen er, at for mange borgere indlægges unødigt. Almen praksis har ikke kapacitet til uforudsete og subakutte hændelser. Derfor ender borgere, som vi kunne have hjulpet i kommunen, hvis de kunne tilses af en læge, i nogle tilfælde med at blive henvist til et sygehus og derefter hjemsendt samme dag. Det presser sygehusene og det er dårligt for borgerne. Der er behov for en struktur og ressourcer, der betyder, at de praktiserende læger er forpligtede i forhold til de opgaver som kan varetages lokalt.

En anden udfordring er, at almen praksis ikke har kapacitet og forpligtelse til rutinemæssigt at følge op på borgere, som har været indlagte på sygehuset, der hvor der er behov. Vi oplever, at det kan medføre genindlæggelser af borgere, som kunne have været forebygget med forpligtende samspil mellem læge og kommunal sygepleje.

Derudover bør der ses på organiseringen og aftalestrukturen for kommunalt-lægelige udvalg (KLU), så det bliver lettere at indgå forpligtende aftaler og følge op på fremdrift på relevante områder som fx dosisdispensering, alkoholbehandling, mv.

Samarbejde på tværs af sektorer og kommuner

Vi støtter op om sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om, at der skal være et mere forpligtende samarbejde på tværs af sektorer og vi hilser forslaget om nationale ensartede kvalitetsstandarder velkommen. Det er nødvendigt at sikre en tilstrækkelig kvalitet i det nære sundhedsvæsen. Nationale mekanismer til at understøtte dette kan derfor være hensigtsmæssige, men det er centralt, at disse udmøntes, så de kan tilpasses lokale forhold. Fx kan volumenkrav realiseres gennem krav om forpligtende samarbejder mellem kommuner, kvalitetsstandarder udformes med inddragelse af relevante aktører og de kommunale sundhedsprofiler kan danne grundlag for byrdefordelingen i forhold til at skabe øget lighed i sundhed.

Høje Taastrup Kommune ser også positivt på muligheden for at oprettefælles sundhedshuse på tværs af kommuner, region og private aktører, der kan være med til at styrke det tværfaglige samarbejde ved at samle flere kompetencer, så borgerne møder høj faglig standard og helhedsperspektiv i borgerforløbet.

Der, hvor vi ikke selv vil kunne stille tilbud til rådighed, skal vi samarbejde med andre kommuner om at løfte opgaven i fællesskab. Det har vi allerede gode erfaringer med i Høje Taastrup Kommune:

Eksempler på tværkommunale samarbejder

Høje- Taastrup Kommune har siden 2018 samarbejdet med Glostrup, Vallensbæk og Albertslund kommuner om en fælles akut funktion, der er bemannet af specialiserede sygeplejersker. FAF forebygger indlæggelser og understøtter borgere, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov, i samarbejde med de praktiserende læger og som faglig sparringspartner for de kommunale sygeplejersker om behandlingen i borgerens eget hjem. I 2023 har indsatsen i mindst 45 % af tilfældene været med til at forebygge en indlæggelse på et hospital og i mindst 21 % af tilfældene er indlæggelsen af borgerne blevet forkortet, så kommunerne har kunnet hjemtage borgere tidligere.

Høje- Taastrup Kommune samarbejder med Albertslund Kommune om alkohol- og rusmiddelbehandling i Albertslunds Rusmiddelcenter, hvilket både giver volumen og dermed mulighed for specialisering samt sikrer fagligt kvalitetssikrede lokale tilbud.

Partnerskabsprojektet Klar Livet – uden røg og rusmidler er et tredje eksempel på, hvordan vi som kommuner samarbejder om sundheds- og forebyggelsesindsatsen. Ti kommuner på Vestegnen og Sydamer (Albertslund, Brøndby, Dragør, Glostrup, Hvidovre, Høje Taastrup, Ishøj, Rødovre, Tårnby og Vallensbæk kommuner) samarbejder i en 10-årig indsats om unges trivsel og sundhed og om en røgfri generation i 2030. Unge holder sig ikke indenfor kommunegrænserne, men bevæger sig på tværs af kommuner og regioner. Det kan vi som kommuner håndtere ved at arbejde sammen på tværs. Et samarbejde, der bygger bro mellem både lokale uddannelsesinstitutioner, civilsamfundsaktører og samarbejde med store fonde. I Høje- Taastrup Kommune har vi eksempelvis indgået partnerskaber med kommunens to gymnasier.

Høje Taastrup Kommune samarbejder med Albertslund, Glostrup, og Rødovre Kommuner om Sundhedsfællesskabet, der er et tværkommunalt og tværfagligt samarbejde, der er indgået mellem psykiatrien og sundhedsområdet i de fire kommuner på vestegnen. Sundhedsfællesskabet igangsætter og fastholder arbejdet med sundhed og sundhedsfremme for psykisk sårbare borgere. De har etableret forskellige sundhedsfremmende aktiviteter, som alle vestegnens borgere frit kan deltage i uafhængig af, hvilken af de 4 kommuner de er bosiddende i samt igangsat faste netværksarrangementer på tværs af region og kommune.

Specialiseret neurorehabilitering

På et område - den specialiserede neurorehabilitering – møder vi som kommune så få patienter hvert år, at vi mener, at borgerne er bedre tjent med at få et centraliseret tilbud.

Kapacitetsudfordring

Samarbejde mellem offentlige og civilsamfundsindsatser kan også være med til at forebygge fremtidige kapacitetsudfordringer. På den måde er organiseringen af det nære sundhedsvæsen også et spørgsmål om kapacitet, hvor kendskab og tilknytning til lokal- og civilsamfund har betydning for, hvordan vi som samfund på tværs af offentlig og civilsamfund i fællesskab kan løse sundheds- og forebyggelsesopgaverne.

Uddannelse og tilknytning af sundhedspersonale er forudsætningen for at løfte fremtidens sundhedsudfordringer. Her bidrager kommunerne med en stor del af oplæringen og praktikken for SOSU-elever og sygeplejestuderende og i Høje- Taastrup Kommune er vores erfaring, at eleverne i høj grad rekrutteres til uddannelsen lokalt. Det er erfaringen, at nærhed for denne målgruppe har betydning for deres fastholdelse i faget.

Øget lighed i sundhed

Med afsæt i Høje-Taastrup Kommunes demografiske sammensætning og sundhedsprofil vil vi i særlig grad tilslutte os de forslag blandt Sundhedsstrukturkommissionens hensyn og anbefalinger, der afhjælper ulighed i sundhed.

Høje Taastrup den 6. august 2024

Høringssvar: Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I Høreforeningen takker vi for muligheden for at kommentere på ovennævnte høring.

Vi vil i vores høringssvar tage afsæt i enkelte af Strukturkommissionens anbefalinger til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet uafhængigt af valg af forvaltningsmodel.

Øget digitalisering på høreområdet

En af anbefalingerne fra Strukturkommissionen er en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data, der skal sikre, at digitalisering i højere grad kan bidrage til at løse udfordringerne i sundhedsvæsenet. Det er vi meget enige i Høreforeningen.

Digitalisering handler om, som kommissionen skriver, både om at gøre sundhedstilbud mere tilgængelige men også om at frigøre arbejdskraft. I Høreforeningen mener vi, at digital visitation kan nedbringe ventetiderne til ørelægerne og dermed bidrage til at nedbringe den samlede ventetid indenfor høreområdet til gavn for borgerne.

Derfor var vi også glade for, at Danske Regioner nedsatte en tværregional styregruppe til implementering af digital visitation på høreområdet, der skal sikre, at digital visitation afprøves i alle regioner. Vi er dog skuffet over, at afprøvningen i de fleste regioner dækker over et meget begrænset antal patientforløb, som vi er bekymret for, ikke kan give de nødvendige erfaringer til en national udrulning, sådan som det var tanken.

Vores forhåbning er derfor, at man som en del af et nyt sundhedsudspil vil prioritere digitalisering også på høreområdet uagtet den modstand, der pt. er blandt speciallægerne. Man kan evt. digitalisering gradvist, så man kan teste resultaterne. Men i en større skala end i afprøvningen i regionerne pt.

Baggrunden for nedsættelsen af den tværregionale styregruppe var, at der som en del af det nationale høreprogram "Høreområdet i Fremtiden" fra 2019-22 bl.a. blev udviklet og afprøvet en model for digital visitation kaldet InHear, som afprøvningen i regionerne skulle tage afsæt i.

Behandlingsgaranti til kompliceret høretab

Af Strukturkommissionens rapport fremgår det bl.a. også, at man ikke anbefaler nye patientrettigheder uden hensyntagen til, at der ikke skal ske en øget prioritering af sygehussektoren fremfor det primære sundhedsvæsen.

Dette er vi ikke enige i, da vi finder til helt uacceptabelt, at kompliceret høretab i dag ikke er indbefattet den almen gældende behandlingsgaranti for somatiske sygdomme.

Høreområdet er generelt præget af lange ventelister til høreapparatbehandling på de offentlige klinikker. Mange steder i landet går der mange uger, alene før man kommer til den første undersøgelse af høretabet. I Nordjylland pt. 100 uger. Alternativet er at gå til en privat klinik med et tilskud fra regionen. Her er ventetiden kortere, men de fleste har en anseelige egenbetaling, fordi tilskuddet ikke dækker hele udgiften.

Dog kan personer med et kompliceret høretab ikke benytte den private mulighed. De skal behandles på en offentlig klinik og har med andre ord ikke noget alternativ til de lange ventetider på de offentlige klinikker.

Derfor ønsker vi en behandlingsgaranti for dem, der har et kompliceret høretab – defineret af Sundhedsstyrelsen – som kan sikre, at ventetiden for denne gruppe bliver på max 30 dage.

Færre geografiske forskelle

Strukturkommissionen ønsker at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og at man prioriterer ressourcerne herefter. Det er vi meget enige i og vores klare anbefaling er, at man får så klare og ensartede retningslinjer på høreområdet i hele landet. Vores oplevelse er, at bl.a. de offentlige høreklinikker ønsker det samme.

I dag er der store geografiske forskelligheder på høreapparatsbehandling samt i den organisering, der er på området. Det er der ift. ventetider på høreapparatbehandlingen, men også indenfor andre områder f.eks. afslutning af behandling, genbehandling, håndtering af tabte høreapparater, tilflyttere mv. Vi ser også forskelle blandt CI-brugere.

Derfor ønsker vi i Høreforeningen, at flere borgere har samme adgang til og vilkår for behandlingen. Dette burde kunne ske med klare kliniske retningslinjer. Dette arbejde er beklageligvis nedlagt i Sundhedsstyrelsen, og vi håber derfor på at det kommende kvalitetsinstitut i Danske Regioner fastholdes og vil overtage et vigtigt arbejde for at sikre patienter – også på høreområdet – så ensartede og gennemskue patientforløb som muligt.

Med venlig hilsen

Majbritt Garbul Tobberup
Landsformand i Høreforeningen

Til: sum@sum.dk
Fra: Ingeniørforeningen, IDA

Notat
5. august 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Tak for muligheden for at komme med høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens udspil.

Ingeniørforeningen, IDAs høringssvar har primært fokus på kapitel 10: Ny organisering af digitalisering og data, og de konkrete forslag der indgår heri for at fremme digitalisering og brugen af sundhedsdata i sundhedsvæsenet. Opsamlende er IDAs primære kommentarer:

- Vi **bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens fokus på, at digitalisering og teknologi er en nødvendighed for at sikre et fremtidigt sundhedsvæsen af høj kvalitet**. Det er en flerstrengt indsats, som skal til for at fremme udbredelsen og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi rundt om i landet – både på hospitalerne, de regionale og lokale sundhedshuse og hjemme hos borgerne. Vi mener, at det kan ske gennem:
 - **Indfør et "følg eller forklar-princip"**, hvor kommuner og regioner skal forklare, hvis de vælger ikke at bruge sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger, som er ibrugtaget på markedet, inden man igangsætter nye pilotprojekter.
 - **Indfør en tredje type budget** i form af et flerårigt teknologibudget ved siden af de traditionelle anlægs- og driftsbudgetter **samt etablere en teknologifond**.
 - **Indfør en udvidet rettighed**, som giver danskerne, herunder de danske patienter, ret til at vælge "teknologi først" i tæt dialog med det sundhedsfaglige personale.
 - **Styrk teknologikompetencer hos sundhedspersonalet** gennem frikøb til innovation og implementering af sundheds- og velfærdsteknologi.
- Vi **bakker op om** Sundhedsstrukturkommissionens forslag om at etablere **Digital Sundhed Danmark** for hele sundhedsvæsenet. Men vi mener, at organisationen kun skal have ansvar for den fælles digitale infrastruktur. Innovationsområdet og den juridiske rådgivning skal ske i to andre selvstændige organisationer.
- Sidst – men ikke mindst – er det vigtigt, at andre centrale myndighedsopgaver som i dag foretages af regionerne fortsat løses på et højt fagligt niveau uanset hvilken organisatorisk model, der besluttet på sundhedsområdet. Det er for eksempel områder som **transport, miljø, klima, uddannelse og**

regionaludvikling. Det kan i den sammenhæng overvejes at nedsætte en kommission, som kan kigge på mulige organisatoriske løsninger, da geografi og kompetencemiljøer af en vis størrelse er afgørende for kvaliteten af udførelsen af myndighedsopgaverne i denne sammenhæng.

1. **Overordnet bemærkninger til kommissionens anbefalinger**

Strukturkommissionen kommer med en række anbefalinger, som vil styrke digitalisering og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi. Det er for eksempel positivt med tanker om et teknologisk løft af de regionale og lokale sundhedscentre, en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet gennem etablering af Digital Sundhed Danmark og udarbejdelse af en strategi for digitalisering og data.

Vi håber, at politikerne i sensommerens forhandlinger om en ny sundhedsreform ikke glemmer de bagvedliggende udfordringer og den demografiske udvikling, der er årsagen til, at kommissionen blev nedsat, og politikerne dermed fastholder visionerne i den endelige reform. Hvis flere af de gode intentioner fra Sundhedsstrukturkommissionen bliver til virkelighed vil det være til gavn for et presset sundhedspersonale og for borgerne og patienterne. Vi ser derfor frem til regeringens udspil i sensommeren.

Vi bidrager gerne til det forestående arbejde, da vi har en række konkrete anbefalinger til, hvordan vi får skaleret brugen af teknologi, så det aflaster sundhedspersonalet og frigør arbejdstid til dem, som har størst behov og samtidig styrker forebyggelsen, behandlingen og rehabilitering af borgerne rundt om i landet.

Mange af vores medlemmer inden for it, teknologi og ingeniørfaget er således involveret i teknologiudviklingen i det danske velfærdssamfund. Fra udviklings- og testfasen over ibrugtagning til skalering af velfærds- og sundhedsteknologi. 1.200 af vores medlemmer arbejder i sundhedsvæsenet, mere end 5.000 medlemmer er ansat i life-science industrien og omkring 4000 medlemmer arbejder inden for forskning og udvikling - primært på universiteterne.

Vi har ligeledes en række fagtekniske netværk, kurser, podcast og webinarer, hvor fagligheder på tværs mødes og bliver klogere af hinanden inden for sundheds- og life science-området. Et af

netværkene er IDA-Sundhedsteknologi, som afholder arrangementer rundt om i landet. Emnerne spænder vidt fra kunstig intelligens, VR, tracking, apps, telemedicin, robotteknologi, medicobusiness, 3D print til startups og meget mere. IDA-Sundhedsteknologi har over 3.300 netværksmedlemmer landet over, og man behøver ikke at være IDA-medlem. IDA tilbyder også målrettede kurser inden for medico og pharma.

2. Teknologi løfter sundhedsvæsenet uafhængigt af lokalitet

Teknologi gør det muligt at behandle patienterne endnu bedre på sygehusene men også at udvide sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på fysiske matrikler til i højere grad at levere sammenhængende ydelser fra det samlede sundhedsvæsen, der hvor vi opholder os geografisk som borger og sundhedspersonale.

I fremtidens sundhedsvæsen kan borgere altså i langt højere grad forebygge og blive diagnosticeret, behandlet og genoptrænet i eller tæt på eget hjem i hele landet. Det kan være ved hjælp af hjemmemonitorering, data fra vores egne enheder og apps, sensorteknologi, kunstig intelligens og datadeling på tværs af sektorer. Vi tror på, at de gode sundhedsteknologiske løsninger bliver bredt ud i landet ved, at man lokalt og regionalt gives incitamenter til at indføre og bruge de nye teknologiske løsninger.

Der er allerede i dag flere eksempler på den digitale og virtuelle behandling. For eksempel er 11 nordjyske kommuner, praktiserende lægers organisation PLO-Nordjylland og Region Nordjylland sammen om at etablere et digitalt nærhospital, hvor de digitale sundhedstilbud skal helt hjem i de nordjyske stuer¹. Det er til gavn for borgerne, men kan samtidig løse de arbejdskraftudfordringer, som det nordjyske sundhedsvæsen på lige fod med resten af landet står midt i.

Et andet eksempel er i Hørsholm Kommune, som siden marts 2023 sammen med virksomheden Rokoko Care samarbejder om at forbedre kvaliteten af fysioterapeutisk genoptræning². En digital app gør det muligt for borgere at træne i eget hjem under supervision fra kommunens fysioterapeuter, og det skaber et mere fleksibelt og effektivt behandlingsforløb. Til glæde for den enkelte

¹ Se mere: [Samlet Nordjylland går efter at oprette digitalt nærhospital \(rn.dk\)](#)

² Se mere: [Digital fysioterapeut gør genoptræning i eget hjem nemt for borgerne - DI \(danskindustri.dk\)](#)

borger men også for samfundsøkonomien, da de pågældende borgere er hurtigere tilbage til en normal hverdag.

Forudsætningen er, at danskerne skal have bedre mulighed for at være aktive medspillere i deres egen behandling. De danskere der både kan og vil selv, kan frigøre ressourcer til dem, som af den ene eller anden grund ikke har den mulighed. Med den rette støtte fra sundhedsvæsenet og de rigtige værktøjer kan flere følge og regulere deres egen sygdom, fx i forbindelse med indlæggelse i hjemmet eller som del af et kronikerforløb. Nogle kalder lige frem de nye teknologiske muligheder for "frihedsteknologi" eller "selvstændighedsteknologi" i stedet for sundheds- og velfærdsteknologi.

3. Danskerne er klar til et teknologisk løft på sundhedsområdet

Det er en forudsætning for fremtidssikringen af vores fælles sundhedsvæsen, at vi sætter den digitale transformation helt i centrum – ligesom Sundhedsstrukturkommissionen peger på i flere sammenhænge. Og alt tyder på, at danskerne er klar til at bruge digitale løsninger. Især under og efter covid-19-pandemien er danskerne blevet vant til digitale sundhedstilbud. Vi har i foråret 2024 lavet en befolkningsundersøgelse, hvor 77% af de adspurgte danskere svarer, at de er positive over for apps, der overvåger deres helbred og over knap 70% af de adspurgte svarer, at IT og moderne teknologi er nemt og trygt at bruge. Kun 5% af de adspurgte svarer, at de ikke vil lade sundhedsvæsenet udnytte data i højere grad end i dag til forskning, diagnosticering, behandling og udvikling af nye behandlingsmetoder med fx kunstig intelligens.

Vi er enige med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der grundlæggende ikke skal bruges flere penge på mursten til nærhospitalet, da vi ikke har sundhedspersonalet til at være i dem. Det er derfor positivt, at regeringen sammen med KL og Danske Regioner aftalte ved årsskiftet at bruge 500 mio. kr. til specifikke borgnære teknologitilbud ude i borgernes hjem.

4. Konkrete bemærkninger til kommissionens anbefalinger

Vi mener, at det er en flerstrengt indsats, som skal til for at fremme udbredelsen og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi rundt om i landet – både på hospitalerne, de regionale og lokale sundhedshuse og hjemme hos borgerne. Vi er således enige med Sundhedsstrukturkommissionen i, at *"en digital transformation er en vanskelig og tidskrævende omstillingsproces. Den berører*

mange områder og aktiviteter i sundhedsvæsenet og skal balancere forskellige hensyn".

Vi deler endvidere opfattelse med kommissionen omkring, at nationale løsninger kan være forudsætningen for, at sundheds- og velfærdsopgaverne kan løses lokalt og regionalt. Derfor er en centralisering af nogle opgaver ikke nødvendigvis en ulempe lokalt og regionalt for borgernes sundhed og for frigivelse af medarbejdernes tid lokalt. Kommissionen skriver for eksempel: "*at centralisering og professionalisering derfor ikke skal ses som en modsætning til lokal forankring af den sundhedsfaglige opgaveløsning, men netop som et middel til at skabe bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne*".

Vi er enige med Sundhedsstrukturkommissionen, at "*for mange af løsningerne forbliver lokale løsninger frem for at komme hele sundhedsvæsenet til gavn, bl.a. fordi der er større incitament til at udvikle nye og egne løsninger i forhold til at implementere eksisterende løsninger*". Samtidig skriver kommissionen, "*at borgere og sundhedspersonale oplever et fragmenteret digitalt landskab med manglende sammenhæng mellem løsninger*".

Vi mener på den baggrund, at der bør indføres et "følg eller forklar-princip", hvor kommuner og regioner skal forklare, hvis de vælger ikke at bruge sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger, som er ibrugtaget på markedet, inden man igangsætter nye pilotprojekter. Princippet skal indføres med henblik på at sikre hurtigere udbredelse af allerede dokumenterbart effektiv teknologi. Dermed kan man i højere grad undgå, at der igangsættes nye initiativer og pilotprojekter på områder, hvor der allerede er skabt gevinster ved ibrugtagning af teknologi i andre regioner og kommuner eller for den sags skyld i andre lande.

Vi deler desuden ambitionen med Sundhedsstrukturkommissionen omkring, at "*Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne i fremtidens sundhedsvæsen. Det skal bl.a. bidrage til, at borgerne kan få sundhedstilbud i eller tæt på eget hjem og blive understøttet i at være aktive medspillere i egen behandling*" og videre "*mangler der strukturer og incitament for udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier*".

Vi mener på den baggrund, at skal regioner og kommuner have større incitament til at investere i sundheds- og

velfærdsteknologi, så skal der tænkes radikalt nyt. Investeringer i teknologi der frigiver arbejdskraft og forbedrer service og behandling bør derfor ikke omfattes af de regionale og kommunale budgetlofter og 1-årige budgetrammer. Ved at indføre en tredje type budget i form af et flerårigt teknologibudget ved siden af de traditionelle anlægs- og driftsbudgetter, tilskyndes kommuner og regioner til at foretage teknologiinvesteringer, som på den længere bane vil have positiv effekt i forhold til arbejdskraft, omkostninger samt service og behandling af borgerne.

Vi er derfor positive over for, at Sundhedsstrukturkommissionen skriver: *"Den lokale forankring skal bl.a. ske på baggrund af en ændret finansiering af arbejdet med digitalisering og data, der fx gennem øremærkede ressourcer i de lokale budgetter til arbejdet med fælles løsninger kan forpligte de decentrale aktører på de fælles strategiske mål"*. Kommissionen er inde på lignende tanker ved finansieringen af Digital Sundhed Danmark, som skal have flerårige budgetter og adskilte budgetposter til drift og udvikling.

Vi er ligeledes enige med Sundhedsstrukturkommissionen med hensyn til, at *"Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne"*. Danskerne er som tidligere påpeget ikke teknologiforskrækkede, og der er allerede på udvalgte områder digitale forpligtende tilbud i dag. Men det bør være markant flere fremadrettet. Vi anbefaler på den baggrund, at der skal indføres en ny - eller udvidet - rettighed, som giver danskerne, herunder de danske patienter, ret til at vælge "teknologi først" på områder, hvor der er en dokumenteret positiv effekt ved diagnosticering eller behandling gennem anvendelse af teknologi.

Et eksempel er brugen af kunstig intelligens ved screening på kræftområdet. Diagnosticering handler i mange tilfælde om mønstergenkendelse – en spidskompetence, hvor kunstig intelligens, og algoritmer fremover kan assistere læger og andet sundhedspersonale i at analysere alt fra røntgenbilleder til vævsprøver. Der er blandt andet allerede lovende erfaringer med dette inden for aps, der kan undersøge modermærkekraft³.

Det er vigtigt i den sammenhæng, at nye digitale sundhedsrettigheder udvælges i tæt dialog med det sundhedsfaglige personale, og tilbuddene skal understøttes af vejledning og rådgivning fra sundhedsfagligt personale.

³ Se fx: [Her er fire måder ny teknologi kan forandre sundhedsvæsenet | IDA](#)

Vi er enige med kommissionen om: " *At gøre digitale sundhedstilbud umiddelbart tilgængelige betyder ikke, at den første kontakt med sundhedsvæsenet skal være digital for alle* ". Vi mener, at den digitale rettighed skal være frivillig at bruge, da patienter eller pårørende kan have personlige årsager til ikke at tage teknologien i brug. Retten skal være til de digitale tilbud, som er mest udbredt i kommuner og regioner samt potentielt også i praksissektoren. Med retten følger således en forpligtigelse til at levere fra de pågældende sundhedsmyndigheder.

Vi bakker op om Sundhedsstrukturkommissions forslag om at etablere et fælles service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet, som får ansvar for fælles digitale infrastrukturelle løsninger, der er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Kommissionen påpeger, at en ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det lyder alt sammen fornuftigt.

Vi er dog uenig med kommissionen, når den peger på, at "Digital Sundhed Danmark skal understøtte innovation i sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre en mere tværgående national koordinering og prioritering af innovationsområder end i dag...". Vi mener, at opgaven med at implementere og drifte det digitale infrastrukturelle område er en så stor og omfattende opgave i sig selv, at innovationsdelen bør ligges et andet sted. Dette skal også ses i lyset af, at kommissionen selv peger på, at "Innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og stadigt mere komplekse behov". Innovationsområdet er således for centralt til at blive en del af alle mulige andre opgaver i en ny organisation samtidig med, at opgaven med at sikre en tidssvarende digital infrastruktur i hele sundhedsvæsenet er en stor og selvstændig opgave i sig selv.

Vi mener på den baggrund, at der på innovationsområdet skal etableres et nationalt center for sundhedsinnovation som forslået af blandt andet DI og Danske Regioner. Det kan "samle ressourcer til at overvåge og kortlægge nye teknologier og understøtte

erfaringsudveksling om konkrete løsninger på tværs af sundhedsvæsenet og udlandet”.

Sundhedsstrukturkommissionen fremhæver, at *”Ansvaret for den digitale udvikling er i dag fordelt på mange aktører og et stort antal beslutningsfora på forskellige niveauer, og der er ikke i tilstrækkelig grad en forpligtende national retning for arbejdet”*. Et *”Nationalt Center for Sundhedsinnovation”* kunne være den organisatoriske ramme for, hvordan kommuner og regioner arbejder mere systematisk med *”best practice”* for at behovsafdække, udvikle og udbrede de bedste og mest effektive sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger.

Det er vigtigt, at centeret eller rådet får penge til køb og skalering af ny teknologi – for eksempel i regi af en teknologifond. En fond, hvor staten og private investorer i et partnerskab ubureaukratisk kan stille midler til rådighed for regionale og lokale investeringer i allerede afprøvet og effektiv sundheds- og velfærds teknologi. Fokus i investeringerne skal være på skalering og tværsektorielle teknologiløsninger. Fonden kan eventuelt organiseres som en lånefacilitet, hvor regioner og kommuner tilbagebetaler hele eller dele af det lånte beløb over en årrække. Kriterierne for at modtage lån kan fx være investeringer, som øger sammenhæng i service og behandling for den enkelte borger eller intensiverer service- og behandlingsløsninger i eget hjem. Fonden bør have en grundkapital på minimum 1 mia. kr.

Vi oplever som Sundhedsstrukturkommissionen, at *”flere af sundhedsvæsenets aktører ikke (har) de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger”*. I den sammenhæng anbefaler vi, at kommuner og regioner i højere grad afsætter tid og ressourcer til, at sundheds- og velfærdspersonalet får mulighed for på den ene side at lære at bruge ny teknologi samt på den anden side at diskutere behovet for og udvikle nye teknologiske løsninger. Det kan ske ved at afsætte penge i budgettet til frikøb af medarbejdere i forbindelse med potentielle investeringer i forskning og udvikling, indkøb af ny teknologi eller ved at gøre det nemmere gennem fremtidige overenskomstforhold.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet. Vi anerkender, at et strategisk arbejde i denne sammenhæng kan være nødvendig. I så fald skal den koordineres

med det allerede igangsatte arbejde med en velfærdsteknologistrategi. Sammen med Dansk Sygeplejeråd (DSR) anbefaler vi også igangsættelsen af en strategi for sundhedsteknologi. Samtidig er det afgørende ved nationale strategier, at der sikres ledelsesansvar og forankring regionalt og lokalt. Det kan blandt andet gøres gennem konkrete og målbare resultatmål.

Kommissionen peger på en række strategiske mål i en kommende strategi, som skal sætte rammen for implementeringen af digitale teknologier – fx *"digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne"*. Vi deler tilgangen med hensyn til at udarbejde en række principper for udvikling og implementering af ny teknologi i sundhedsvæsenet. Vi mener i den sammenhæng, at når kommuner og regioner igangsætter pilotprojekter på teknologiområdet, bør de leve op til følgende forudsætninger: 1) Løser behovet for bedre og mere sammenhængende behandling eller service for patienter og pårørende 2) Bidrager til at løse arbejdskraftudfordringen 3) Skaber bedre arbejdsmiljø for den enkelte sundheds- og velfærdsmedarbejder 4) Er ledelsesmæssigt forankret i den enkelte kommune eller region.

Vi deler ligeledes Sundhedsstrukturkommissionens opfattelse af, at *"Den teknologiske udvikling, bl.a. indenfor kunstig intelligens, stiller dog også krav om nye organiseringsformer og kompetencer, fx tekniske og juridiske"*. Det er vores oplevelse, at forskellige lokale og regionale juridiske fortolkninger forsinker i bedste fald og i værste fald stopper udbredelsen af digitale sundhedsteknologiske løsninger. Vi forslår derfor, at kommuner, regioner og staten samt eventuelt praksissektoren etablerer et fælles juridisk kompetencecenter, som får til opgave at gøre op med uensartede lokale og regionale fortolkninger af dansk lovgivning og EU's regler. Samtidig skal centeret have til opgave løbende at påpege og rådgive om forhold, som spænder ben for eller risikerer at nedsætte hastigheden for udbredelsen af sundheds- og velfærdsteknologi i den offentlige sundhedssektor.

5. Ny struktur skal omfavne andre opgaver end sundhed

Regionerne har i dag opgaver inden for områderne regional udvikling, uddannelse, kultur, natur og miljø, klima samt kollektiv trafik og cyklisme.

Det er afgørende, at disse myndighedsområder behandles særskilt og seriøst ved en eventuelt gennemgribende organisatorisk reform på sundhedsområdet. Det bør derfor nøje overvejes, om der bør nedsættes en separat kommission, der udelukkende kigger på

disse opgaver. Vi kan derigennem sikre en organisatorisk model for disse myndighedsopgaver udformes med baggrund i faglig indsigt i de enkelte myndighedsområder og derved en stor forståelse for de faglige konsekvenser ved en valgt model.

Vi er bekymret for, at uoplyste ændringer ellers vil føre til lange sagsbehandlingstider, dårligere kvalitet i arbejdet og ting, der falder mellem ansvarsområder med risiko for skadevirkninger indenfor hver af de ovennævnte fagområder. Det er vigtigt at holde fast i vidensmiljøer/-kæder, der med deres store faglige ekspertise, samarbejdspartnere og leverandører varetager og løser kritiske opgaver for det danske samfund.

For både at undgå spredning af ekspertise og at den stabile fremdrift ikke går i stå kræver det en vis organisatorisk størrelse både geografisk, kompetencemæssigt og økonomisk, som regionerne har i dag. Kommunerne har enkeltvis - helt forståeligt - ikke det regionale overblik, administrerer forskelligt og råder ikke altid over de nødvendige ressourcer eller ekspertise indenfor de nævnte fagområder. Staten er typisk for overordnet og for langt fra lokalområdet og disses problemstillinger i dybden.

Et eksempel er på jordforureningsområdet. Et område, der sikrer borgere mod jordforurening og medvirker til, at vi nu og langt ude i fremtiden kan drikke rent vand fra vandhanen.

Et andet eksempel er regional udvikling, som handler om at understøtte det, der kollektivt kan løfte en region. Regionerne arbejder målrettet på at sikre arbejdspladser og gode uddannelses- og transportmuligheder i hele landet. Senest sås dette i forbindelse med argumentationen over for EU i forbindelse med etableringen af den tredje Limfjordsforbindelse. Andre eksempler på transportområdet er supercykelstierne på tværs af kommunerne, regional busservices og privatbaner samt regionernes systematiske indsamling af trafikskadesdata fra akutklinikkerne. En opgave, der handler om at skabe et datagrundlag, så vi kan undgå og minimere trafikulykker. Det løses ikke af politiets registre eller kommunerne.

Sidst men ikke mindst spiller regionerne en betydningsfuld rolle i at fremtidssikre landets energiløsninger, råstoffer og ressourcer samtidig med, at der skal værnes om miljøet og det danske vandmiljø.

Det er vigtigt, at der i en fremtidig sundhedsreform sikres en organisatorisk placering af alle opgaver, ikke kun de sundhedsmæssige, så de forsat udføres i en høj kvalitet. Byudvikling, forurening, trafik m.m. går på tværs af kommunegrænser, så opgaverne bør forankres hos en stærk decentral myndighed, på tværs af kommunerne.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carl Aage Dahl'. The signature is stylized and overlaps the printed name below it.

Carl Aage Dahl
Administrerende direktør

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

København, 12. juli 2024

Høringssvar fra IT-Branchen vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

IT-Branchen har modtaget Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet, og har særligt bemærkninger til de tværgående anbefalinger om ny organisering af digitalisering og data.

Generelle bemærkninger

IT-Branchen ser generelt positivt på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om digitalisering. Det er positivt, at kommissionen understreger, at bedre brug af data og digitalisering er en forudsætning for at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig er vi glade for at kommissionen ønsker at sikre en organisering af sundhedsvæsenet der understøtter hurtigere udbredelse og optag af gode løsninger med påvist effekt i sundhedsvæsenet.

Vi ser dog også nogle udfordringer i kommissionens anbefalinger i forhold til organisering af den digitale indsats. Det handler primært om den meget centrale styring af it-udvikling og indkøb, som kommissionen lægger op til. Her har IT-Branchen en bekymring for, at den meget topstyrede tilgang, kan svække nogle af dynamikker der er i markedet i dag, som blandt andet skaber en høj grad af markedsdrevet innovation og udvikling.

Vores bemærkninger uddybes i det følgende.

Skalering af modne teknologiske løsninger

IT-Branchen har med glæde noteret sig, at Strukturkommissionen lægger op til en organisering af sundhedsvæsenet der understøtter hurtigere udbredelse og optag af gode løsninger med påvist effekt i sundhedsvæsenet. Det er en stor udfordring for sundhedsvæsenet i dag, at gode veldokumenterede løsninger, ikke udbredes hurtigt nok på tværs af sundhedsvæsenet.

IT-Branchen har tidligere dokumenteret at man blot ved at udbrede modne velafprøvede løsninger, hurtigt kan frigive tid, der svarer til mindst 10.000 fuldtids administrative – og velfærdsmedarbejdere.

Et sundhedsvæsen der samarbejder om hurtigere implementering og skalering af digitale løsninger, og som prioriterer denne opgave som væsentlig, kan helt afgjort være med til at fremtidssikre sundhedsvæsenet, og modvirke dele af det pres som særligt den demografiske udvikling skaber.

Dataplatform

Samtidig støtter vi behovet for en central styring for at sikre effektiv datadeling og sammenhæng. Sundhedsdata er en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen, og Danmark har nogle af de mest omfattende sundhedsregistre i verden.

Derfor må det også være en fælles opgave at sikre governance-regler og egentlige standarder, der sikrer, at alle, som kan bidrage til det digitale økosystem i sundhedsvæsenet, kan få nem og sikker adgang til at hente og dele relevante sundhedsdata.

En national dataplatform der bl.a. skal understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde om borgerne på tværs af sundhedsvæsenet er en god løsning, der kan sikre bedre adgang til sundhedsdata, og et bedre samarbejde om patienterne på tværs. IT-Branchen anbefaler dog, at der bygges videre på de gode dataplatforme, der allerede findes i dag, bl.a. i Medcom regi, frem for at starte helt forfra, da det vil medføre stor usikkerhed hos it-leverandørerne.

Teknologivalg og compliance

Endelig kan vi tilslutte os en central styring og en fokuseret indsats ift. væsentlige forudsætninger og teknologivalg i sundhedsvæsenet. Situationen i dag, hvor særligt den juridiske vurdering ift. GDPR, AI-Act mv. overlades til de enkelte myndigheder, skaber store udfordringer for leverandører, der udvikler digitale løsninger, der anvendes på tværs af sundhedsvæsenet.

En central juridisk vurdering bør ske ud for et ønske om at kunne gå gavn af digitalisering. Ved at sikre fælles retningslinjer og fortolkninger ift. teknologianvendelse kan vi reducere barriererne for effektiv brug af data og nye teknologier som cloud og AI. Dette vil fremme en mere ensartet og sikker håndtering af sundhedsdata, og vil bidrage til hurtigere skalering af nye teknologier.

Samtidig begrænser lovgivningen på flere områder at data og teknologier kan deles og udnyttes fuldt ud. Derfor er det nødvendigt at sikre, at lovgivningen er opdateret, så den understøtter ambitionerne om øget digitalisering og større produktivitet, hvis potentialerne skal realiseres.

Centralisering og innovation

Selvom IT-Branchen på mange områder hilser mere central styring velkommen ift. sundhedsvæsenets digitale udvikling, har vi samtidig en bekymring for, at en stram central styring kan svække innovationen hos mange leverandører.

Det samlede sundhedsvæsen består af medarbejdere fordelt på stat, region, kommune og private regi, der tilsammen anvender tusindvis af forskellige former for teknisk udstyr og it-løsninger. Derfor understøttes sundhedsvæsenet også bedst af et stærkt digitalt økosystem med mange små og store leverandører, der tilsammen vil være i stand til at understøtte en hvilken som helst struktur i det samlede sundhedsvæsen.

Anbefalingen om at etablere en national planlægningskompetence og en fælles, national service- og leveranceorganisation kan have betydelige konsekvenser for markedet for it-leverancer til sundhedsvæsenet. Når kommissionen anbefaler at samle drift af større IT-fagsystemer, samt at det fra centralt hold fastsættes, hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt, så er der en væsentlig risiko for, at det vil have betydelige konsekvenser for det økosystem der leverer digitale løsninger til sundhedsvæsenet.

Derfor er det afgørende at finde en balance mellem central styring og lokal innovation. Vi skal sikre, at der fortsat er plads til, at lokale og specialiserede løsninger kan udvikles og implementeres, samt at vi udbreder de løsninger, som vi allerede har og som vi ved fungerer.

For meget centralisering kan også svække virksomhedernes mulighed for at sælge deres løsninger til udlandet, da løsningerne bliver skræddersyet til den danske infrastruktur og dermed er mindre anvendelig i andre lande. Konkurrence er en vigtig driver for innovation og effektivitet, og det er nødvendigt at fastholde denne dynamik for at opnå de bedste resultater for sundhedsvæsenet og borgerne.

Opsummerende

Vi ser generelt positivt på det øgede fokus på digitalisering i kommissionens anbefalinger. Det er dog afgørende at være opmærksom på faren ved overcentralisering. Mens centralisering kan fremme datadeling, skalering og sammenhæng på tværs af sektorer, er det lige så vigtigt at bevare fleksibiliteten til at udbrede de teknologier der allerede fungerer godt i dag.

Vi skal sikre gode betingelser for fremtidig lokal innovation og et dynamisk marked. Ved at finde den rette balance mellem central styring og lokal tilpasning kan vi sikre, at sundhedsvæsenet både er effektivt og innovativt, til gavn for både borgere og sundhedspersonale.

Vi ser frem til at fortsætte dialogen om disse vigtige emner og bidrage til et sundhedsvæsen, der er både digitalt avanceret og menneskecentreret.

Vi står naturligvis til rådighed for evt. opklarende spørgsmål til ovenstående.

Med venlig hilsen

Martin Jensen Buch

Chefkonsulent

IT-Branchen

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 1+-12
1216 København K
Att: sum@sum.dk

København, den 5. august 2024

Jordemoderforeningens høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Jordemoderforeningen vil gerne takke for muligheden for at give et uddybende høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Kommissionens arbejde tager afsæt i en række udfordringer, som allerede i dag præger det danske sundhedsvæsen, men som forventes at forstærkes markant i de kommende mange år. Jordemoderforeningen deler vurderingen af disse udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen har udarbejdet seks anbefalinger, som kan implementeres på tværs af tre forskellige forvaltningsmodeller. Vi vil i vores høringssvar ikke berøre de tre forvaltningsmodeller, men alene forholde os til de anbefalinger, der foreslås, uafhængigt af hvilken forvaltningsmodel, man vælger.

Vores høringssvar består af en række kommentarer til afrapporteringen, samt et mere uddybende bilag, hvori vi præciserer vores forslag til at medinddrage opgaveløsningen i svangreomsorgen i den kommende reform og udnytte jordemødres kompetencer bredere - forslag, der alle understøtter sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om kvalitet i opgaveløsningen, nærhed og understøttelse af sundhedsydelser på laveste effektive omkostningsniveau.

Jordemoderforeningen mener at fremtidens sundhedsvæsen bør indebære

1. mindre fødesteder, fødeklionikker i hele landet samt øget fokus på hjemmefødsler.
2. første graviditetskonsultation og 8 ugers undersøgelsen bliver varetaget af jordemødre for aflastning af det almen medicinske område og for at sikre kontinuitet og ens behandling.
3. øge anvendelsen af jordemødre i den almenmedicinske praksis, da jordemødre blandt andet er uddannet til at varetage opgaver indenfor det gynækologiske speciale og fertilitetsområdet.
4. oprettelse af ungdomsmøttagelser i hele landet med henblik på at styrke den forebyggende indsats målrettet unges fertilitet, abort og prævention med henblik på at sikre et ensartet tilbud på tværs af landet og aflaste den almenmedicinske praksis.
5. sammenhængende barselstilbud med fokus på kvinden, barnet og den nye familie herunder tilbud om besøg i hjemmet af en jordemoder indenfor 24 timer efter fødslen, samt en hot-line til hjælp til opstart af amning indenfor de første 14 dage.
6. oprettelse af enheder for reproduktiv sundhed, med henblik på at sikre lige adgang til ensartet hjælp og vejledning i forbindelse med reproduktion, fertilitet, prævention og overgangsalder.

Baggrund: Svangreomsorgen og jordemødres kompetencer i det større sundhedsperspektiv

Det første møde med det danske sundhedsvæsen foregår allerede i fostertilværelsen. Her er ambitionen, at den kommende familie bliver tilbudt en svangreomsorg, der sikrer bedst mulig sundhed for mor og barn, styrker familiedannelsen, og at familien bliver grebet, hvis noget ikke er, som det skal være. Familierne skal have støtte og rådgivning om tilværelsen som gravid, om fødslen og den allerførste tid som ny familie. Derfor berører måden, vi organiserer svangreomsorgen på i Danmark stort set alle danske familier, påvirker resten af det enkelte menneskes liv, og får derved betydning for det øvrige sundhedsvæsen.

Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet igennem de seneste årtier har medført en centralisering og specialisering, som på mange måder har effektiviseret og højnet kvaliteten i behandlingen. Indenfor svangreomsorgen er den ønskede effektivisering dog lang hen ad vejen udeblevet, fordi en fødsel hverken kan planlægges eller fremskyndes. I stedet er en stor andel fødsler blevet unødigt medikaliseret og underlagt en risikotækning.

Der er således god grund til at sikre en differentieret og målrettet indsats i svangreomsorgen. En indsats vi i høj grad ser harmonere med flere af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

For at kunne styrke den differentierede indsats er det vigtigt at indtænke, at jordemødre er uddannet bredt indenfor den reproduktive sundhed:

- Til at yde rådgivning om seksuel sundhed, også for de unge, der endnu ikke tænker i at stifte familie
- Til at tage vare om sårbare kvinder og deres familier
- Til at varetage kvinders sundhed igennem graviditeten, fødslen og barslen, og sikre fosteret og det nyfødte barn de bedst mulige betingelser
- Til at styrke sundheden for hele familien igennem familiedannelsesprocessen

Det kræver kompetencer, som ud over at adressere svangreomsorgen som kerneværdi, også fordrer specialiseret viden indenfor fysiologi og sygdomslære, gynækologi, fertilitet, neonatologi, psykologi og psykiatri mv.

Jordemoderforeningen ser derfor, at jordemødre kan bidrage bredt i at sikre fremtidens sundhedsindsats - og sundhedsvæsen, både igennem en mere fleksibel og helhedsorienteret svangreomsorg, der i højere grad tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes families behov, men også i forhold til at udnytte jordemødrenes kompetencer langt bredere.

Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering – selve rapporten

B. Et borgernært sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at langt flere opgaver i fremtiden skal varetages tættere på borgeren. Det mener vi bør betyde, at det, der ikke kræver en specialafdelingskompetence, derfor bør udbydes nær borgerne.

Jordemoderforeningen vil gerne opfordre til, at man i langt højere grad udnytter det potentiale, der er i at understøtte det borgernære sundhedsvæsen gennem indsatsen i svangreomsorgen og ved at understøtte sundheden indenfor hele det reproduktive område.

B.1 Fødeklinikker

Med afsæt i ovenstående anbefaler Jordemoderforeningen, at man ser nærmere på organiseringen af fødeområdet, der i høj grad er kendetegnet ved netop høj volumen og lav kompleksitet. Forskning peget på, at forventede ukomplicerede fødsler har langt højere sandsynlighed for at forblive ukomplicerede, hvis de starter udenfor specialafdelingerne.

Derfor bør man i højere grad rykke så mange fødsler som muligt tættere på borgerne. Dette kan gøres ved, at man opdeler de store fødesteder i mindre enheder med mindre ledelsesspænd, samtidig med, at man i højere grad placerer de ukomplicerede fødsler helt uden for specialafdelingerne, ved at etablere jordemoderledede fødeklinikker i hele landet. Samt ved at øge fokus på de allerede eksisterende muligheder for hjemmefødsler, så flere borgere vælger dette til.

Denne struktur giver mulighed for at højne den oplevede kvalitet for mange fødende, da den i højere grad understøtter, at de ukomplicerede fødsler forbliver ukomplicerede. Samtidig vil den frigøre plads og ressourcer på specialafdelingerne, der derved også vil kunne højne kvaliteten for de komplicerede fødsler i deres varetægt.

Ved at etablere flere fødeklinikker i hele landet vil det være muligt at flytte de ukomplicerede fødsler væk fra specialafdelingerne. En fødeklinik er et alternativ til at føde på en specialafdeling for kvinder med en forventet ukompliceret fødsel. Fødeklinikken kan med sin mindre størrelse skabe trygge og hjemlige rammer, herunder ro, nærvær og et større afsæt i den fødendes behov og ønsker.

For mere uddybende og flere fordele ved etablering af fødeklinikker, se bilag 1.

B. 2 Flyt ansvaret for første graviditetskonsultation og 8 ugers undersøgelsen til jordemødrene

I mange år har manglen på almen praktiserende læger både i de store byer og yderområderne medført skævhed i sundhedsvæsenet, lange ventetider og i nogle tilfælde lange transporttider.

Med afsæt i ønsket om at sikre et sundhedsvæsen af høj og ensartet kvalitet, anbefaler Jordemoderforeningen, at ansvaret for 1. graviditetsundersøgelse samt 8 ugers undersøgelsen efter fødslen flyttes til jordemødrene som aflastning af den pressede almene praksis. Jordemødrene er uddannet i at tage sig af hele det reproduktive område fra fertilitet og graviditet til fødsel og barsel. I dag er der meget stor forskel på, hvordan den gravide bliver mødt af sundhedsvæsenet til den første graviditetskonsultation. I nogle almene praksisser har man ansat jordemødre, andre steder sygeplejersker og nogle steder er det den praktiserende læge, der varetager konsultationen. En del af den første graviditetskonsultation er visitation af den gravide til et specifikt forløb, afhængig af, hvor meget støtte, rådgivning og hjælp den gravide vurderes at skulle have. Her vil jordemødrene kunne sikre en høj kvalitet og en korrekt visitation, da de er uddannet til at vurdere den enkelte gravide og hvilke behov, der kan forventes at komme. Ligesom der vil skabes en større ensartethed både på tværs af de første konsultationer, men også i det samlede svangreforløb, hvor den praktiserende læge i dag spiller en begrænset rolle.

Udfordringen er grundlæggende den samme, når det kommer til den sidste konsultation ifm. graviditeten, nemlig undersøgelsen 8 uger efter fødslen. Her er oplevelsen også vidt forskellig alt afhængig af, hvilken praktiserende læge, man er tilknyttet. Jordemødrene har en høj faglig forudsætning for at forholde sig til hele kvindens helingsforløb både fysisk og mentalt. 8 ugers undersøgelsen vil derved blive et stærkt og mere dækkende tilbud, der sikrer, at den fødende både får vejledning til eventuelle fortsatte fysiske problemstillinger, samt får mulighed for at tale fødsels- og ammeforløbet igennem. Som en del af 8 ugers undersøgelsen drøftes i dag kvindens muligheder for prævention. Det vil derfor kræve en mindre udvidelse af jordemødrenes forbeholdte virksomhedsområde, så de i denne forbindelse får mulighed for at udskrive prævention.

Hvis konsultationerne blev varetaget af jordemødre, kunne de i praksis både varetages i lægehuse, hvor der er en jordemoder tilknyttet, på fødeklinikkerne, samt på regionernes fødeafdelinger – afhængig af den fødendes præferencer eller hvad der giver bedst mening ud fra lokale forhold. Dette vil, udover at sikre en ensartet, høj kvalitet af konsultationerne, også give en øget fleksibilitet hos den enkelte til at vælge det, der findes bedst, nærmest og/eller lettest tilgængeligt.

C. Styrk det almenmedicinske område ved at bruge jordemødres kompetencer bredt

Strukturkommissionens anbefaling 1 adresserer behovet for en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske område. Området er allerede i dag et nøgleområde, men vil i fremtidens sundhedsvæsen have en endnu mere central placering. I Jordemoderforeningen opfordrer vi til, at dette potentiale udnyttes i bredeste forstand.

En betydelig andel af jordemødrene arbejder allerede i dag i almen lægepraksis og hos specialpraktiserende læger. Her varetager de opgaver, der er relateret til svangreomsorgen, men de varetager også funktioner, som udnytter deres kompetencer bredere, fx indenfor både det gynækologiske speciale og indenfor fertilitetsområdet. Jordemødre er tillige stærke i at

varetage fx sundhedsfremmende indsatser overfor den enkelte borger på et mere alment plan. Det understreger bredden i de jobfunktioner, som jordemødrene allerede bestrider, og kunne bestride i langt højere grad.

Rapporten peger samtidigt på et andet vigtigt aspekt, nemlig behovet for at sikre en større bredde i opgaveløsningen. Det kræver en tværfaglig indsats. Men for at det kan lykkes, kræver det også en stor fleksibilitet og samtidig selvstændighed i opgavevaretagelsen.

Vi vil derfor opfordre til, at man ser nysgerrigt på nye konstruktioner, hvor fagligheden bruges bredere, kompetencer udnyttes fuldt ud, og hvor jordemødre kan agere mere selvstændigt, uden at skulle trække unødigt på lægerressourcer.

D. Styrk og dyrk tilbuddet om Ungdomsmodtagelser

Borgernær sundhed er et gennemgående tema i kommissionens arbejde. Men der fokuseres i høj grad på borgernær behandling, og begrænset på forebyggelse. Jordemødrene har en række kompetencer, som vi mener bør sættes i spil med henblik på at forebygge mange sundhedsrelaterede problematikker.

I dag ligger en lang række rådgivnings- og oplysningsopgaver indenfor fertilitet, abort og prævention forskellige steder i kommunalt og regionalt regi. Det betyder, at der er stor forskel på adgangen til hjælp, og oplevelserne kan være vidt forskellige.

Sundhedsstrukturkommissionen peger på, at borgerne skal have adgang til et ensartet tilbud, tillige at der gives mest mulighed sundhed for de tilgængelige ressourcer.

Med afsæt i dette anbefaler Jordemoderforeningen, at der oprettes Ungdomsmodtagelser i alle landets kommuner. Ungdomsmodtagelserne skal generelt være optaget af mental sundhed og trivsel blandt unge. Her spiller seksuel sundhed en afgørende rolle, da mange elementer af de unges liv berører deres fysiske, følelsesmæssige, mentale og sociale trivsel relateret til seksualitet.

Det skal være muligt for de unge at komme ind ad døren uden en tid eller henvisning og få en samtale med en jordemoder samt andet social- og sundhedsfagligt personale. Et lavtærskeltilbud som ungdomsmodtagelser kan med få ressourcer løfte en lang række opgaver tæt på borgerne:

- Ungdomsmodtagelser kan tilbyde rådgivning og oplysning, kliniske undersøgelser, undervisning og oplysningsarbejde, samt gratis prævention.
- Ungdomsmodtagelserne skal have et særligt fokus på sårbare unge, der kan have svært ved at finde hjælp i hjemmet eller andre steder i systemet. Det er særligt denne gruppe, der er i risiko for at blive uønsket gravide og skulle igennem en abort eller tvangsfjernelse.

- Ungdomsmodtagelser kan styrke sundheden blandt de unge, fx gennem tidlige opsporing af endometriose hos unge kvinder - en meget overset, men potentielt stærkt belastende sygdom hos kvinder. Tidlig opsporing og korrekt behandling kan potentielt forhindre sygdommen i at udvikle sig og således give mulighed for at hjælpe kvinder til et liv med færre smerter.
- Opsporing af kønssygdomme udgør et centralt element i Ungdomsmodtagelserne. Antallet af klamydiainfektioner har været markant stigende gennem de senere år¹, men med netop fokus på opsporing finder man flere tilfælde af klamydiainfektion i Ungdomsmodtagelserne, og det giver mulighed for rettidig behandling. Da en udiagnosticeret klamydiainfektion kan medføre infertilitet hos kvinden, kan indsatsen i Ungdomsmodtagelserne være med til at styrke den forebyggende indsats overfor infertilitet.
- Der er i dag store kønsmæssige forskelle på diagnosticering af ADHD i børne- og ungdomsårene. Unge kvinder er stærkt underrepræsenterede i statistikken, selvom man vurderer, at næsten lige så mange kvinder som mænd lever med ADHD². Da kvinder med ADHD er mere følsomme for hormonelle forandringer, giver kombinationen af fokus på prævention og psykisk trivsel et stærkt potentiale for tidlig opsporing og dermed effektiv støtte og evt. behandling³.

Folketingets partier har udmøntet en pulje til etablering af to ungeenheder i perioden 2022-2024. I Halsnæs har der siden 2013 været en ungdomsmodtagelse. I kommunen har man efter etableringen set en reduktion af antallet af uønskede graviditeter og aborter med 30 %. Det forventes derfor, at denne fremskudte forebyggelsesindsats vil have positiv indvirkning på unges trivsel, men også på kommunernes og regionernes økonomi. Det skyldes blandt andet at tvangsfjernelser og aborter forventes at falde, ligesom nogle unge vil blive grebet inden de får større psykiske udfordringer.

Det er med afsæt i dette, at Jordemoderforeningen anbefaler, at Ungdomsmodtagelserne rulles ud i alle landets kommuner med henblik på at sikre et lavtærskelstilbud med bredt fokus på seksuel sundhed og trivsel til alle unge i landet. Samtidig med dette, vil det aflaste det hård pressede almenmedicinske område.

E: Styrk sammenhængen i borgernes forløb

Svangreomsorgen er et centralt eksempel på sundhedstilbud, som involverer et bredt samarbejde mellem sektorer: Kvinden starter initialt i graviditeten hos den praktiserende læge - eller dennes praksispersonale - som henviser videre til hospitals- eller hjemmefødselsregi. Efter fødslen henvises kvinden og familien til tilbud i kommunalt regi, samtidig med, at en del af efterfødselsforløbet fortsat varetages i regionalt regi.

¹ <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/k/klamydia>

² <https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/kvinder-adhd/oversete-kvinder>

³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35461165/>

Sådan er det for alle familier. Enkelte kvinder har dog brug for, at samarbejdet er ekstra stærkt imellem sektorerne. Måske fordi de har en ekstra sårbarhed, lider af en psykisk sygdom eller har et forbrug af afhængighedsskabende rusmidler.

Jordemødrene er vant til at indgå i et stærkt samarbejde på tværs af sektorerne, og denne erfaring er væsentlig at medtage netop i et sundhedsvæsen, der skal knyttes tættere på borgeren og i væsentlig grad flyttes ud i det almenmedicinske tilbud.

De fleste familier tænker ikke over, at deres forløb varetages i flere forskellige sektorer, da der er etableret et stærkt vejnet mellem sektorerne. Og sådan skal det være.

Alligevel ser vi i dag, at de seneste mange års besparelser på svangreomsorgen synes at have medført bekymrende sundhedsmæssige tilbagefald. Fx ser vi, at antallet af kvinder, der ammer fuldt efter 2 uger, har været faldende gennem den seneste 10 år (fra 91 % til knapt 86 %)⁴, selvom ønsket om at kunne amme sit barn forventeligt stadig er lige stort.

Med afsæt i netop ønsket om at sikre borgerne sammenhængende forløb og let adgang til relevante sundhedstilbud, anbefaler Jordemoderforeningen at etablere et stærkt og sammenhængende barselstilbud med fokus på kvinden, barnet og den nye familie.

Barselstilbuddet skal være forankret i kvindernes nærmiljø, og startes allerede i graviditeten, med fødselsforberedelse i mindre hold. Dertil anbefaler Jordemoderforeningen et efterfødselsforløb til alle kvinder – både førstegangs- og flergangsfødende – der kan tage hjem efter deres fødsel til en ukompliceret barsel. Tilbuddet skal rumme opfølgende hjemmebesøg ved jordemoder indenfor 24 timer efter fødslen, samt en hot-line til hjælp til opstart af amning indenfor de første 14 dage.

Dette vil, udover forventeligt at medføre økonomiske besparelser, sikre bedre udnyttelse også af personaleressourcer og ikke mindst en langt bedre start på livet for de nye familier i deres eget hjem. For mere uddybende, se bilag 2 med nære forslag til barselstilbud.

F. Oprettelse af enheder for reproduktiv sundhed

I disse år dokumenteres det gang på gang, at der har været en stærk underprioritering i forskningen af kvindesygdomme, ligesom kvinder har været underrepræsenterede i den almene forskning af sygdomme. Dette har ført til, at vores viden om kvindesygdomme ikke er så udviklet, som den burde have været, og at kvinder måske fejlbehandles, da den viden vi har om almene sygdomme, stammer fra undersøgelser baseret på studier på mænd.

Heldigvis er der i dag stigende opmærksomhed på behovet for mere viden på området og for, at kvinder gennemgår livsfaser, igennem hvilke der kan være behov for en ekstra sundhedsfremmende indsats. Fx har kvinder fået en meget stærkere stemme i forhold til

⁴ Sundhedsdatastyrelsen. [Amning og udsættelse for tobaksrøg i første leveår \(esundhed.dk\)](https://www.esundhed.dk).

overgangsalderen. En periode i kvindens liv, der kan være knyttet til stærke gener, som kan have stor betydning for kvindes videre sundhed, både fysisk og mentalt.

Samtidig ser vi en stigning i fertilitetsbehandling og et markant faldende fødselstal. Der er derfor et stort behov for råd og vejledning om familieplanlægning.

Sundhedsstrukturkommissionens arbejde hviler på behovet for at skabe et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen med høj og ensartet kvalitet, hvor unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres⁵.

Med afsæt i dette anbefaler Jordemoderforeningen oprettelse af ”Enheder for reproduktiv sundhed”, der skal rådgive danskerne om fertilitet, prævention, forebyggelse af kønssygdomme, genetisk rådgivning før og under graviditet og slutteligt understøttelse af sundheden i overgangsalderen. Enheden kan også anvendes til opfølgende konsultationer efter en fødsel, herunder til kontrol af bristninger for at undgå langsigtede komplikationer og tab af livskvalitet på den lange bane.

Enheder for reproduktiv sundhed skal være en sundhedsfremmende indsats i borgernære miljøer med henblik på at gribe danskere tidligere i deres overvejelser om familieforøgelse, inden de nødvendigvis ender i lange, opslidende fertilitetsforløb.

Op mod 20 % af befolkningen oplever infertilitet i perioder eller vedvarende infertilitet. I Danmark er næsten hvert 8. barn kommet til verden med hjælp fra fertilitetsbehandling⁶. En stor del af den offentlige samtale handler om, hvordan vi hjælper familier med at få børn, når de opdager deres infertilitet. Men en relativt lille del handler om, hvad man kan gøre for at mindske risikoen for at ende i behandling. Enheden for reproduktiv sundhed vil derfor have til opgave at stå til rådighed for mænd, kvinder og par til en snak om, hvad de kan gøre for at forbedre deres fertilitet, også inden de har besluttet sig for at skulle have børn.

Enheder for reproduktiv sundhed skal fungere uden henvisning fra egen læge, men skal være en udstrakt hånd tidligere i livet. Det vurderes, at den forebyggende indsats med henblik på at øge danskernes reproduktive sundhed generelt vil have stor økonomisk effekt på den lange bane, da dette forventes at mindske behovet for lange fertilitetsforløb. Det forventes dertil, at der fortsat vil være et stort pres på selve fertilitetsforløbene. Enheder for reproduktiv sundhed vil i disse tilfælde også kunne understøtte lægerne i disse forløb blandt andet ved insemination.

G. Brug teknologien, men brug den kritisk

Det pointeres i sundhedsstrukturkommissionens arbejde, at det danske sundhedsvæsen i dag - set i internationalt perspektiv - er stærkt, og at sundhedsydelserne generelt er af høj

⁵ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. “Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionen”. 2023.

⁶ <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Fertilitetsklinikken/baggrundsinformation/Sider/Aarsager-tilbarnloeshed.aspx>

kvalitet. De ydelser, man i dag udfører i sundhedsvæsenet, er langt overvejende baseret på et evidensbaseret grundlag, hvor forskning af høj kvalitet er det bærende element.

Kommissionens arbejde påpeger i anbefaling 2 behovet for en digital transformation af sundhedsvæsenet for at kunne tilpasse sig fremtidens behov. Jordemoderforeningen kan ikke være uenig i, at implementering af digitale løsninger kan være med til at løse nogle af fremtidens udfordringer i sundhedsvæsenet.

Erfaringerne igennem de senere år viser dog med tydelighed, at de digitale løsninger ikke altid har ført til lettere og bedre løsninger af opgaver og frigivelse af ressourcer.

Dertil kræver brug af digitale løsninger en høj grad af compliance hos patienterne. Hvis man ikke er opmærksom på dette, risikerer man at visse patientgrupper stilles betydeligt dårligere. Vi hilser det derfor velkomment, at man i rapporten påpeger, at digitalisering ikke skal være et mål i sig selv, men et stærkt redskab til at løse sundhedsvæsenets udfordringer.

Vi henstiller til, at man på linje med øvrige tiltag i sundhedsvæsenet også arbejder evidensbaseret med hensyn til implementering af ny teknologi og nye digitale løsninger. I den henseende hilser vi Strukturkommissionens forslag i anbefaling 3 om at fremme sundhedstjenesteforskning og styrke ph.d.-forløb for en bredere skare af sundhedsfaglige grupper meget velkomment.

H. Jordemødrene er der

De senere år har sat fokus på manglen på jordemødre på de danske fødegange. Men jordemødrene er der, de har dog de seneste år søgt væk fra fødegangene hurtigere, end stillingerne har kunnet fyldes ud. Årsagerne til dette er mange, men data viser tydeligt, at jordemødrenes kompetencer bruges bredere indenfor det overordnede sundhedsvæsen. For eksempel viser opgørelser fra 2021, at omkring 375 jordemødre, svarende til mere end 10 % af den samlede arbejdsstyrke (som i 2021 udgjorde 3052 jordemødre), var ansat i øvrige stillinger i sundhedsvæsenet, dog udenfor hospitalsansættelse⁷.

Der uddannes i dag knapt 200 jordemødre årligt. Uddannelsen er eftertragtet, de studerende har høj faglighed og gennemførelsesprocenten er høj. Med godt 2000 jordemødre ansat i hospitalsregi, uddannes der hvert år flere jordemødre, end der er ledige stillinger på landets fødegange. Samtidig ser vi for første gang i mange år, at der i Nord- og Midtjylland er en begyndende arbejdsløshed blandt jordemødrene. Der er derfor stærke kompetencer at inddrage i de mange opgaver, som kan varetages bredere i både specialiserede enheder og i det almenmedicinske tilbud.

⁷ Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede. Sundhedsdatastyrelsen.

<https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Arbejdsstyrken-af-sundhedsuddannede>.

Hentet den 6. juli 2024.

Bilag 1; Etablering af fødeklিনikker

Fødeklिनikkerne kan enten være en "alongside" klinik beliggende på samme grund som det regionale fødested, men være helt adskilt fra fødeafdelingen hvad angår fysiske rammer, ledelse, personale og fødende. Eller de kan være placeret på en selvstændig adresse og derved bringe fødestedet tættere på borgerne. Hvorvidt, der skal oprettes fritstående fødeklिनikker eller "alongside" klिनikker afhænger af demografi, geografi og organisering af fødeområdet i den enkelte region. Fødeklिनikkerne kan ligeledes have forskellige fysiske beliggenheder, ejerskabsstrukturer og ledelses- og organiseringsformer.

Dertil vil oprettelsen af fødeklिनikkerne også bidrage til mere passende størrelser på fødeafsnittene, da nogle fødende vil blive flyttet væk og afdelingerne derved vil blive mindre. Fødesteder med mere passende størrelser – både fødselsklिनikker og mindre afdelinger på hospitalerne – vil være med til at understøtte sammenholdet og viden om hinandens kompetencer i personalegruppen, hvilket vil understøtte patientsikkerheden, kvaliteten i fødselshjælpen samt fastholdelse af personale.

Der er evidens for, at kvinder, der starter deres fødsler på en "alongside" fødeklिनик har dobbelt så stor sandsynlighed for at føde uden indgreb sammenlignet med kvinder, der begynder fødslen på en obstetrisk specialafdeling. For kvinder der starter deres fødsler på en fritstående fødeklिनик, er sandsynligheden for at føde uden indgreb 3,5 gange så stor⁸.

Der kan ikke siges noget entydigt om økonomien ved oprettelse af fødeklिनikker, da det blandt andet afhænger af placering og organisering. Men klिनikkerne kan give et kvalitetsløft, samt et styrket arbejdsmiljø, hvilket indirekte og på den lange bane kan have en positiv økonomisk effekt.

Et norsk studie baseret på 1.110 kvinder viser, at der ikke er nogen forskel i komplikationer for hverken førstegangsfødende eller flergangsfødende afhængig af, om de fødte på en fødeklिनик eller på en fødeafdeling⁹. Man fandt derimod flere interventioner, behov for vestimulation og epidural i fødsler på fødeafdelinger. Omkostninger pr. fødsel var 19 procent og 11 procent lavere på fødeklिनikker i forhold til fødeafdelinger for henholdsvis førstegangsfødende og flergangsfødende. Det svarer til reduktioner på 2.567 og 1.101 kroner pr. fødende¹⁰.

⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3187863/pdf/bjo0118-1357.pdf>

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3187863/pdf/bjo0118-1357.pdf>

¹⁰ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22901492/>

Bilag 2: Nære forslag til barselstilbud

1: Fødselsforberedelse i mindre hold

En vigtig forudsætning for en god fødsel og en god første tid som ny familie er fødselsforberedelse. Derfor er en del af et stærkt barselstilbud en god fødselsforberedelse i mindre hold, der ikke kun omhandler selve fødslen, men også amning og et stærkt fokus på livet som familie. Jordemoderforeningen anbefaler, at der etableres faste grupper på 8-10 familier med mulighed for dialog, der samlet set deltager i otte timers fødselsforberedelse. Dette kan med fordel fordeles ud over 2-4 gange i løbet af graviditeten.

2: Opfølgende besøg fra jordemoder indenfor 24 timer efter hjemsendelse

Det kan være overvældende at stå med et lille nyt menneske, men hovedparten af familierne har bedst af at komme hjem i trygge og gode rammer, når det kan lade sig gøre. Alle skal derfor have ret til et hjemmebesøg fra en jordemoder indenfor 24 timer efter hjemsendelse, hvis man ikke har opholdt sig mere end 24 timer på barselsgangen. Jordemoderen er specialiseret til at varetage omsorgen i den første tid for mor, barn og familie, med øje for kvindens restitution efter en fødsel, barnets trivsel og familiedannelsen.

3: Hjælp til opstart af amning i de første 14 dage

Flere og flere tilkøber privat amnehjælp, hvilket indikerer, at der er et betydeligt behov ud over det, man får tilbudt i det offentlige regi i dag. I dag får de fleste hjælp til at lægge barnet til første gang på føde-/barselsgangen, men her er mælken ikke løbet til, og de færreste når at opdage, hvis der er problemer med amningen. Dette vil stadig være problematikken for mange, hvis man har to dages ophold på barselsgangen. Derimod oplever de fleste først udfordringerne, når mælken løber til, typisk på 3-4 dagen efter fødslen. Derfor anbefaler Jordemoderforeningen, at der etableres en "Amme-lance", der kan komme ud til den nye familie, hvis amningen ikke fungerer. "Amme-lancen" kan tilkaldes som en del af hotlinen, der skal tilbydes alle familier den første tid efter hjemkomst.

"Amme-lancen" vil koste mellem 20-22 mio. kroner på landsplan, men vil have betydelige sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende effekter for både mor og barn både på den korte og lange bane.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet,
Slotsholmsgade 10-12,
1216 København K

Kerteminde, 1. juli 2024

Høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Kerteminde Kommune takker for muligheden for at afgive et høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger. Vi ønsker at bidrage til at skabe et fremtidigt sundhedsvæsen, der er både bæredygtigt og tilpasset de specifikke behov og udfordringer, vi oplever.

Vi vil indledningsvist anerkende kommissionens grundige arbejde og præsentation af forskellige modeller og tværgående og modeluafhængige anbefalinger, som bidrag til udvikling af fremtidens nære og stærke sundhedsvæsen til gavn for borgerne.

Kommissionens 6 anbefalinger vil ikke indgå i høringssvaret, da de ses som elementer ind i modellerne og som ovenfor skrevet er modeluafhængige, samt langt hen af vejen er fornuftige.

Kerteminde Kommune har igennem flere år udviklet og omstillet sundheds- og ældreområdet til en fremtid med flere ældre og flere borgere med behov for pleje, behandling og genoptræning. Denne udvikling er helt i tråd med intentionerne i den nye ældrereform, der i høj grad bygger på et borger- og nærhedsperspektiv.

Vi mener derfor, at der er brug for en sundhedsreform, som understøtter og komplementerer ældrereformen. Vi ønsker en sundhedsreform, der styrker de nære almene tilbud bl.a. generel forebyggelse, genoptræning og rehabilitering, patientuddannelse og ikke mindst en helhedsorienteret pleje tæt på borgerens hverdagsliv og den praktiserende læge, så sygehusene fortsat kan varetage den specialiserede behandling.

Kerteminde Kommune finder det afgørende, at de nye sundhedsstrukturer ikke blot imødekommer nationale og regionale behov, men også i høj grad tager hensyn til disse lokale forhold og borgernes konkrete behov. En sundhedsreform bør fokusere på tilgængelighed, nærhed og sammenhæng i sundhedstilbuddene, så det sikres, at alle borgere har adgang til kvalificeret behandling, indsats og pleje tæt på deres hjem. Det er vigtigt, at der bliver lagt vægt på en integreret indsats, hvor samarbejdet mellem de kommunale, regionale og private aktører styrkes, så vi sammen kan skabe en mere effektiv og sammenhængende sundhedssektor.

Kerteminde Kommune bakker således op om et sundhedsvæsen tæt på borgernes hverdag, som omfatter en endnu stærkere borgerrettet og patientrettet forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats og helhedsorienteret pleje og behandling, hvilket også kalder på flere og mere nært tilknyttede læger i almen praksis.

Vores hørings svar har derfor borger- og nærhedsperspektivet som omdrejningspunkt samt fokus på reformens mulige udfordringer og konsekvenser for især nærhed og tilgængelighed, sammenhæng i sundhedsvæsenet, kvalitet og effektivitet samt økonomi. Opmærksomhed bør derfor rettes mod følgende mulige konsekvenser ved stillingtagen til en ny model for fremtidens sundhedsvæsen:

- Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om centralisering strider imod intentionerne i den kommende ældre- og sundhedsreform, som ønsker mere borgernær velfærd.
- Centralisering risikerer at overse lokale behov og særlige forhold, der er afgørende for at skabe et sundhedsvæsen, der er tæt på borgerne.
- Centralisering kan medføre længere afstande til sundhedstilbud, hvilket forringer tilgængeligheden for ældre og sårbare borgere.
- Kommuner som Kerteminde, hvor afstande kan være en udfordring, vil opleve en forringelse af sundhedsydelsernes tilgængelighed.
- En effektiv sundhedsreform kræver styrkelse af samarbejdet mellem kommunale, regionale og private aktører, ikke yderligere centralisering.
- Det er nødvendigt med en integreret indsats, der sikrer en sammenhængende sundhedssektor, hvor borgerne oplever en rød tråd i deres forløb.
- Sundhedsvæsenets kvalitet og effektivitet styrkes gennem lokal tilpasning og fleksibilitet, hvilket centralisering ikke understøtter.
- Centralisering kan medføre en standardisering, der går ud over den nære og personlige kontakt mellem sundhedspersonale og borgere.
- Decentralisering og lokalt forankrede løsninger kan være mere omkostningseffektive, da de tilpasses lokale behov og ressourcer.
- Lokalt kendskab og tilstedeværelse fremmer forebyggende sundhedsindsatser, som kan reducere behovet for dyre behandlinger.

Vi vurderer, at model 1 og 2 har for høj grad af centralisering, hvor nye snitflader opstår og der sker yderligere specialisering af sundhedsopgaverne. Specialisering er rigtig godt til de korte patientforløb som specialiserede sygehusforløb er i dag. Der er ved model 1 og 2 stor risiko for at perspektivet ind i det længere nære borgerforløb, det hele menneske, det levede liv, som i dag indgår i sundhedsfremme og velfærd i Kommunerne, vil blive varetaget som en sygdom, som skal behandles.

Konsekvenser af centralisering er bl.a. geografisk lighed kan blive udfordret. Længere afstand kan have betydning for tilslutning og deltagelse i sundhedstilbud. Vi ved i dag, at der er mange borgere, der ikke møder op til kontrolbesøg på sygehusene og der er med centralisering, stor risiko for, det vil være langt flere.

De nære sundhedstilbud er med til at øge lighed i sundhed, da bl.a. borgere med funktionsnedsættelser og borgere med kronisk sygdom og borgere, der er ramt af en demenssygdom har lettere adgang og kortere transport. Sundhed er jo i dag en integreret del af øvrige kommunale velfærdsopgaver, som retter sig mod alle borgere bl.a. i børnehaven, i folkeskolen, på jobcentret, i byplanlægning eller i de mange nære kulturtilbud.

Medarbejdernes nære kendskab til borgerne uanset alder, giver større opmærksomhed på individuelle behov og mulighed for at motivere borgerne til at deltage. Centralisering vil således også kunne medføre mindre compliance ligesom borgernes ansvar for egen sundhed vil udfordres og deres mestringssevne risikere at dale, især for sårbare grupper, med dårligere sundhed til følge.

Model 3 flugter med ældreformen og Kerteminde Kommunes syn på et robust og borgernært sundhedsvæsen, hvor borger- og nærhedsperspektivet imødekommes bedst. Det vurderes dog meget uhensigtsmæssigt at flytte akutsygeplejen og den patientrettede forebyggelse til regionerne.

Akutsygeplejen har en stærk forbindelse til den øvrige sygepleje og det vil svække sammenhængskraften og det faglige niveau i den kommunale sygepleje markant, hvis det flyttes væk fra kommunerne. Såfremt der skal ske ændringer bør det pålægges kommuner og regioner at finde sammen i nye samarbejdsformer så vi i fremtiden kan sikre borgerne tryghed og afhjælpe de udfordringer, der opleves.

Den patientrettede forebyggelse er stærkt forbundet til bl.a. lokale patientforeninger og øvrige civilsamfund, som i dag er en væsentlig aktør i samarbejdet om sundhed.

Sundhed er med årene blevet en vigtig og integreret del af den kommunale kerneopgave. Siden kommunalreformen er der udviklet et tæt samarbejde med borgere og civilsamfund, herunder både sociale foreninger og folkeoplysende foreninger omkring sundhed og ældre. Der er skabt mange lokale løsninger som grundlag for en levende og borgernær sundhedspolitik i hele kommunen.

Man kan derfor frygte at en regional forankring medfører etablering af generiske tilbud på tværs af kommuner, der ikke længere har rod i lokalsamfundet. De demokratiske processer med involvering af borgere, lokalråd og øvrige civilsamfund om sundheden synes på den måde ikke længere at være relevante.

Det er for Kerteminde kommune afgørende, at den nye sundhedsreform ikke blot imødekommer nationale og regionale behov, men også i høj grad tager hensyn til de lokale forhold og borgernes konkrete behov. En sundhedsreform bør fokusere på tilgængelighed, nærhed og sammenhæng i sundhedstilbuddene, så det sikres, at alle borgere har adgang til kvalificeret behandling samt er bæredygtigt og tilpasset de specifikke behov og udfordringer, vi oplever i kommunerne. Herunder at de borgerrettede og lokale perspektiver bliver en større del af den videre politiske drøftelse nationalt.

Det er vigtigt, at der bliver lagt vægt på en integreret indsats, hvor samarbejdet mellem de kommunale, regionale og private aktører styrkes, så vi kan skabe en mere effektiv og sammenhængende sundhedssektor.

Kerteminde Kommune anbefaler, at de lokale udfordringer og konsekvenser for en omstilling af det nære sundhedsvæsen medtænkes som væsentlige kriterier i en model for

sundhedsreformen, så et bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen med borgerne som det centrale omdrejningspunkt sikres.

På vegne af Ældre-, Handicap- og Sundhedsudvalget, Kerteminde Kommune

København, 2. august 2024

Høringssvar vedrørende:

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Kirkens Korshær takker for muligheden for at afgive høringssvar.

De fleste af de mennesker, vi møder hver dag i vores sociale arbejde over hele landet, kæmper med fysiske og psykiske sygdomme. Udfordringer, der ofte er underbehandlede, fordi mennesker i udsathed har begrænset kontakt til sundhedsvæsenet.

Det betyder, at de mennesker, der har mest brug for hjælp, ofte er dem, som dårligst kan få den. Det bidrager til at skabe ulighed i sundhed. For eksempel viser rapporten SUSY Udsat, at socialt udsatte dør 17 år tidligere end resten af befolkningen. Det kan vi ikke være bekendt.

At ændre på dette kræver et stærkt og tilgængeligt primært sundhedsvæsen tæt på mennesker i udsathed. Derfor bakker vi i Kirkens Korshær op om Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at det almenmedicinske tilbud skal styrkes og udvikles, herunder at der skal ske en opjustering af antallet af praktiserende læger.

Det gælder særligt i områder med mange udsatte og store sundhedsudfordringer. Både i provinsen og i udsatte byområder.

Skab bedre tilgængelighed for udsatte mennesker

Selv med et styrket almenmedicinsk tilbud findes der dog barrierer, der forhindrer mennesker i udsathed i at komme til lægen og benytte sig af sundhedstilbud, herunder manglende tillid til systemet og begrænset digital adgang.

Derfor ser vi et stort behov for flere fremskudte indsatser, der møder mennesker i udsathed, hvor de er. Det kunne for eksempel være på varmestuer og lignende sociale tilbud – noget vi i Kirkens Korshær har god erfaring med.

Af samme grund støtter vi også Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om faste læger på botilbud og anbefaler, at ordningen også kommer til at gælde for §110-tilbud og lignende.

Sænk tærsklen i psykiatrien

I Kirkens Korshær bifalder vi idéen om at integrere psykiatrien med det samlede sygehusvæsen. Det kan potentielt bidrage til at sikre bedre sammenhæng i behandlingen for mennesker med både somatiske og psykiske udfordringer.

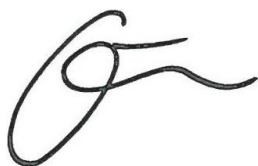
Mange af de mest mennesker i udsathed, vi møder, kæmper ud over sygdom også med et stofbrug eller andre sociale problemer. Ofte udgør det en barriere for, at de kan få den nødvendige behandling i sundhedsvæsenet, fordi det ene problem af systemet betragtes som en forhindring for, at det andet kan behandles – og omvendt.

For at forhindre dette er det afgørende, at tærsklen for adgang til sundhedsvæsenet sænkes, og at socialfagligheden styrkes. Det samme gælder i det planlagte dobbeltdiagnosetilbud, hvor det er nødvendigt, at også de mest udsatte mennesker kan rummes.

Endelig er der behov for statslig medfinansiering til flere stofindtagelsesrum. De redder liv, reducerer skader og sikrer værdighed for udsatte stofbrugere. Desværre mangler der stofindtagelsesrum i flere af landets største byer. Fx Aalborg og Esbjerg. Stofindtagelsesrummene bør placeres sammen med andre sociale indsatser, da det skaber grobund for brobygning mellem de forskellige tilbud.

Kirkens Korshær står naturligvis til rådighed for yderligere uddybning.

Med venlig hilsen



Jeanette Bauer

Chef for Kirkens Korshær



**KIRKENS
KORSHÆR**

Nikolaj Plads
1067 København K
Tlf. 33121600
jb@kirkenskorshaer.dk

www.kirkenskorshaer.dk

Kirkens Korshær er 450 ansatte og 9000 frivillige, som blandt andet driver varrestuer, herberger og genbrugsbutikker med glæde. Vores arbejde er baseret på det kristne menneskesyn og støttes af stat og kommuner, men finansieres grundlæggende af private midler, doneret af mennesker, som tror på den store værdi af de små, gode øjeblikke.

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fra KKR Hovedstaden

Dato: 28. juni 2024

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

www.kl.dk
Side 1 af 6

Medlemmerne af KKR Hovedstaden har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger til at sikre et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. KKR Hovedstaden sætter pris på muligheden for at give høringssvar i forhold til anbefalingerne.

Den nære forankring sikrer fokus og sammenhæng, hvor behovene er størst

Kommunerne i hovedstadsregionen deler kommissionens opfattelse af, at borgerne har behov for en styrket sammenhæng i sundhedstilbuddene, og at sundhedstilbuddene i det nære sundhedsvæsen skal styrkes. Set fra et borgersperspektiv og fra en sundhedsvinkel er der store gevinster ved at løfte de nære almene tilbud.

Kommissionens analyse tager afsæt i patienten og sygehuset. Borgerne er oftest kun patient i en kort tid, men har løbende behov for de nære sundhedstilbud. Det handler især om den brede borgerrettede forebyggelse, pleje og rehabilitering, som løftes på tværs af fagområder, og der hvor borgerne færdes i hverdagen. Det kan fx være i jobcentre, daginstitutioner, skoler, tilbud på socialområdet og i ældreplejen. Det er en indsats kommunerne løfter i samspil med praksissektor og civilsamfund.

Samtidig er styrken ved de nært forankrede sundhedstilbud, at de tager højde for lokale forhold og behov. Det gælder fx alderssammensætning, den lokale sundhedsprofil og hvor langt der er til de mere specialiserede sundhedstilbud og hospitaler. Den lokale tilrettelæggelse, fleksibilitet og styring sikrer, at der er øje for alle borgernes behov og medvirker til at udligne uligheden i sundhed. På den måde medvirker de lokalt forankrede sundhedstilbud også til at kitte de huller, der ikke er blik for i det centrale og specialiserede sundhedsvæsen.

Derfor undrer det de 29 kommuner i hovedstadsregionen, at de to af de tre fremlagte forvaltningsmodeller om "et enhedssundhedsvæsen" vil udhule den sammenhængende almene sundhedsindsats, ved at flytte hele eller dele af ældreplejen, træningsområdet, sygeplejen og de patientrettede tilbud væk fra kommunerne. Enhedsmodellerne medfører en øget centralisering, som vil forringe sammenhængen i sundhedsindsatserne for de fleste borgere. Derudover kan enhedsmodellerne føre til nye snitflader med endnu flere overgange for vores svageste borgere, fx borgere, der modtager samtidige indsatser inden for social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet.

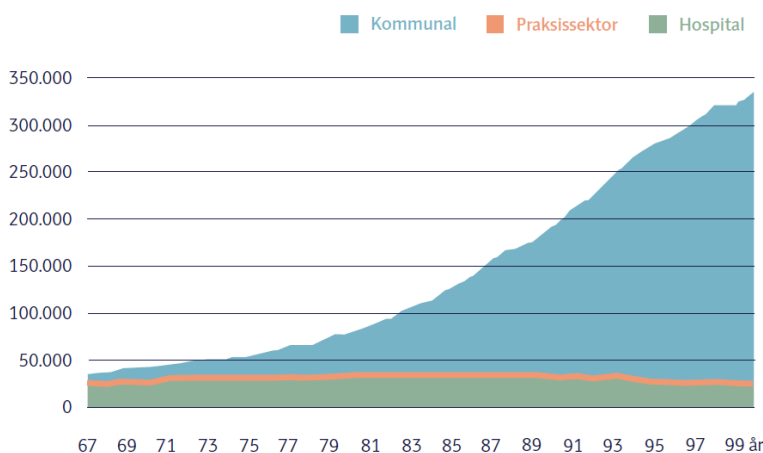
Samtidig vil det lede til en markant afspecialisering i kommunerne set ift. kompetencer, opgaver og medarbejdere. Det er ikke hensigtsmæssigt, når der kommer fortsat flere ældre, som har behov for pleje og sundhedsindsatser. Konsekvensen vil eksempelvis være, at kommunerne får yderst svært ved at efterleve ældrereformens ambitioner om at sikre kontinuitet ift. de medarbejdere, som kommer i borgerens hjem. En sundhedsreform bør understøtte ældrereformens ambitioner ved, at sygepleje og ældrepleje fortsat er et kommunalt ansvar.

Dato: 28. juni 2024

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

www.kl.dk
Side 2 af 6

Sundheds- og plejeudgifter pr. borger fordelt på alderstrin og sektor



Kilde: KL

En anden konkret udfordring vil fx være at udmønte de selvstyrende teams i hjemmeplejen, som er en væsentlig del af ældrereformen. En forudsætning for at kunne indføre selvstyrende teams er en kommunal sygepleje af høj faglig kvalitet. Det vil ikke være muligt at opretholde denne høje faglige kvalitet, hvis hele sygeplejen eller akutsygeplejen udskilles af kommunerne, som kommissionen foreslår i nogle modeller.

At kommunerne i dag lykkes med den almene, sammenhængende sundhedsindsats til borgerne skyldes blandt andet, at indsatsen løftes via et nært kendskab til rammer og vilkår, herunder befolkningssammensætningen i den enkelte kommune. Medvirkende er i høj grad lokale kommunalbestyrelsesmedlemmer og medarbejdere, der kerer sig om deres lokalområde, og sætter sig ind i, hvor der er særlige behov. Vi frygter, at overblikket og det lokale engagement vil blive tabt, hvis indsatsen centraliseres.

Perspektiver i de tværgående anbefalinger.

Kommunerne i hovedstaden ser gode perspektiver i kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. Vi vil opfordre til, at der arbejdes konstruktivt videre med disse forslag.

Vi vil særligt fremhæve **forslagene om almen praksis**. Et fokus på øget tilgængelighed, ændringer i honorarstruktur og bedre tid til sårbare patienter med multisygdom er den rette vej at gå. Det er væsentligt, at der sker en udvikling i almen praksis, hvor der allerede i dag opleves betydelige udfordringer med at sikre en tilstrækkelig lægedækning – også i Region Hovedstaden.

Dato: 28. juni 2024

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

www.kl.dk
Side 3 af 6

Det ærgrer os dog, at rapporten har så entydigt et fokus på, at udviklingen i almen praksis primært skal aflaste hospitalerne. Et tæt og integreret samarbejde mellem kommuner og almen praksis er en forudsætning for det forebyggende arbejde, som dels medvirker til borgernes sundhed og trivsel, dels medvirker til at forebygge indlæggelser. Her har kommunerne behov for det lægefaglige perspektiv og kompetencer fra især almen praksis – men også hospitalslæger som geriatere. Kommunerne i hovedstadsregionen ønsker derfor

- forpligtigende lægesamarbejder, når og hvor det er relevant gennem hele døgnet – fx er der brug for botilbudslæger samt læger tilknyttet midlertidige døgnpladser og de kommunale akutfunktioner.
- et styrket og mere forpligtende samarbejde mellem kommuner og almenpraksis, fx om borgere med kronisk sygdom eller multisygdom.

Samtidig ser KKR Hovedstaden positivt på forslag om at **lave en national sundhedsplan**, hvor fokus er det samlede sundhedsvæsen på tværs af strukturer, og hvor det primære sundhedsvæsen prioriteres på linje med det specialiserede. En sundhedsplan, som ser på tværs af sektorer, kan også dæmme op for den ufinansierede opgaveglidning fra hospitaler til kommuner, som kommunerne har oplevet gennem mange år.

Dog vil vi opfordre til, at der også sættes et stærkt fokus på de **nye udvidede teknologiske muligheder** for at indrette tilbuddene til borgerne på en smartere måde. Fx mulighederne for monitorering og opfølgning, som gør, at borgerne ikke behøver møde til kontrol på sygehusene. Tillige er det tilbud, som potentielt kan frigøre ressourcer til andre formål, hvilket bør være et primært fokus i en fremtid, hvor der vil mangle sundhedsfaglige medarbejdere – ikke mindst i den borgernære pleje.

Nye forvaltningsmodeller er ikke svaret på borgernes behov

I kommissionens anbefalinger opstilles det som en præmis, at kommunerne ikke i alle tilfælde kan løfte specialiserede indsatser og sikre sammenhæng i indsatserne til borgerne på tværs af sektorer. Dette bruges som argument for i model 1 og model 2 at integrere store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde med sygehusene.

Kommunerne i hovedstadsregionen kan ikke genkende denne præmis. Der sker en udpræget grad af læring og koordination på tværs af kommunerne, hvor kommunerne allerede i dag sikrer et robust primært sundhedsvæsen. Et eksempel på læring er dosispakket medicin, hvor de kommuner, som er længst i udrolningen, deler viden og metoder med de øvrige kommuner til gavn for borgerne.

Der pågår også en løbende lokal vurdering af, at hvis et tværkommunalt samarbejde vil sikre et styrket tilbud til borgerne og bedre udnyttelse af de fælles ressourcer, så skaber vi samarbejdet. I KKR Hovedstaden har kom-

munerne fx opbygget tværkommunale samarbejder om hjælpemidler, tandpleje, akutteams og specialiseret rehabilitering. Det sker, hvor det er meningsfuldt i den lokale kontekst, og hvor det løfter den faglige kvalitet i indsatsen til borgerne.

Samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og region er styrket og udbygget over årene. Der arbejdes kontinuerligt med at finde nye løsninger, hvor region og kommuner laver aftaler, som understøtter en bedre indsats til borgerne. Aftalerne om 72 timers behandlingsansvar, som hovedstadsregionen indførte i 2022, er et glimrende eksempel på et sådant samarbejde. Andre eksempler er et stort fælles fokus på børn- og unges psykiske trivsel og fælles aftale om brugen af IV i borgernes eget hjem.

Kommunerne i hovedstadsregionen anerkender, at der er behov for at styrke det almene nære sundhedsvæsen, herunder at kvalitetsplaner og faglige standarder skal fremmes som led i en tiltrængt og markant investering i det nære sundhedsvæsen. Og forudsætter det et øget samarbejde på tværs af kommunerne og mere forpligtigende samarbejder med regionen, så er kommunerne i hovedstadsområdet naturligvis klar til det – for vi gør det allerede.

En anden problematisk præmis i rapporten er antagelsen om, at et samlet regionalt ansvar for hele sundhedsvæsenet vil sikre den ønskede udvikling af tilbuddene udenfor sygehusene. I den forbindelse noterer KKR Hovedstaden, at kommissionen selv påpeger, at sammenhængen mellem psykiatrien og somatikken i regionerne ikke i tilstrækkelig grad fungerer i dag, til trods for at det sker indenfor en fælles regional organisering.

Det er altid relevant at forholde sig til, hvor opgaverne kan løses mest hensigtsmæssigt for at sikre den bedste kvalitet for borgerne og udnytte de samlede ressourcer bedst muligt. Men KKR Hovedstaden mener, at antagelsen om, at en samling af indsatserne i én organisering automatisk vil skabe sammenhæng og et løft af alle dele af organiseringen, hviler på et tyndt grundlag.

KKR Hovedstaden frygter, at store strukturelle ændringer som model 1 og 2 vil betyde, at det samlede sundhedsvæsen over en lang periode kommer til at bruge mange ressourcer på at flytte hegnspæle fremfor at investere ressourcerne i at skabe bedre sundhedstilbud for borgerne.

Blandt de foreslåede forvaltningsmodeller vurderer kommunerne i hovedstadsregionen derfor, at model 3 har det bedste grundlag for at sikre en udvikling af sundhedsvæsenet, idet man ikke forkaster den lokale forankring og helhedsblikket på sundhedsindsatser, som favner alle livsfaser- og situationer. Herunder også, at kommissionen i denne model anerkender, at der er behov for markante statslige investeringer i det primære sundhedsvæsen, så mere behandling kan foregå uden for hospitalerne.

Men det skal understreges, at KKR Hovedstaden mener, at det vil være en markant svækkelse af den sammenhængende borgernære sundhedsindsats, hvis sygepleje, akutteams, patientrettet forebyggelse, genoptræning og midlertidige pladser fjernes fra kommunerne. KKR Hovedstaden ønsker at fastholde indsatserne i kommunerne, så fx grundlaget for ældrereformens fokus på helhedspleje og faste teams opretholdes.

KKR Hovedstadens medlemmer ser frem til den videre dialog om kommissionens rapport.

Høringssvaret er indsendt af medlemmerne af KKR Hovedstaden:

Steen Christiansen (A)
*Formand KKR Hovedstaden,
Borgmester, Albertslund Kommune*

Karsten Längerich (V)
*Næstformand KKR Hovedstaden
Borgmester, Allerød Kommune*

Alexandra Dessoy (C)
Rådmand, Frederiksberg Kommune

Allan S. Andersen (A)
Borgmester, Tårnby Kommune

Anders Medum Groth (B)
Byrådsmedlem, Furesø Kommune

Anders Wolf Andresen (F)
Borgmester, Hvidovre Kommune

Ann Lindhardt (V)
*2. viceborgmester, Hørsholm
Kommune*

Ann Sofie Orth (C)
Borgmester, Rudersdal Kommune

Benedikte Kiær (C)
Borgmester, Helsingør Kommune

Bent Hansen (V)
Borgmester, Gribskov Kommune

Britt Jensen (A)
Borgmester, Rødovre Kommune

Christina Thorholm (B)
Byrådsmedlem, Hillerød Kommune

Henrik Rasmussen (C)
Borgmester, Vallensbæk Kommune

Jacob Trøst (C)
*Borgmester, Bornholms Regions-
kommune*

Jakob Næsager, (C)
*Børne- og Ungdomsborgmester,
Københavns Kommune*

Jens Skov (F)
Byrådsmedlem, Egedal Kommune

Jens-Kristian Lütken (V)
*Beskæftigelses- og Integrations-
borgmester, Københavns Kom-
mune*

Jesper Würtzen (A)
Borgmester, Ballerup Kommune

Jørgen Johansen (C)
Byrådsmedlem, Allerød Kommune

Jørgen Suhr (B)
Byrådsmedlem, Hillerød Kommune

Karina Vestergård Madsen (Ø)
*Socialborgmester, Københavns
Kommune*

Karsten Søndergaard (V)
Byrådsmedlem, Egedal Kommune

Kasper Damsgaard (A)
Borgmester, Glostrup Kommune

Kenneth Gøtterup (C)
Borgmester, Dragør Kommune

Kirsten Jensen (A)
Borgmester, Hillerød Kommune

Line Barfod (Ø)
*Teknik- og Miljøborgmester, Kø-
benhavns Kommune*



Lone Loklindt (B)
1. viceborgmester, Frederiksberg
Kommune

Merete Amdisen (A)
Borgmester, Ishøj Kommune

Michael Vindfeldt (A)
Borgmester, Frederiksberg Kom-
mune

Morten Riis (Ø)
1. viceborgmester, Bornholms Re-
gionskommune

Ole Bondo Christensen (A)
Borgmester, Furesø Kommune

Peter Mikkelsen (Ø)
1. viceborgmester, Rødovre Kom-
mune

Sofia Osmani (C)
Borgmester, Lyngby-Taarbæk
Kommune

Steffen Jensen (A)
Borgmester, Halsnæs Kommune

Thomas Lykke Pedersen (A)
Borgmester, Fredensborg Kom-
mune

Tina Tving Stauning (A),
Borgmester, Frederikssund Kom-
mune

Trine Egetved (C)
1. viceborgmester, Gribskov Kom-
mune

Vagn Kjær-Hansen (F)
Kommunalbestyrelsesmedlem,
Brøndby Kommune

Øjvind Vilsholm (Ø)
Byrådsmedlem, Furesø Kommune

Maja Højgaard (A)
Borgmester, Brøndby Kommune

Michael Fenger (C)
Borgmester, Gentofte Kommune

Michael Ziegler (C)
Borgmester, Høje-Taastrup Kom-
mune

Morten Slotved (C)
Borgmester, Hørsholm Kommune

Ole Frimann Hansen (F)
Byrådsmedlem, Frederikssund
Kommune

Sisse Marie Welling (F)
Sundheds- og Omsorgsborgmester,
Københavns Kommune

Sophie Hæstorp Andersen (A)
Overborgmester, Københavns
Kommune

Thomas Gyldal Petersen (A)
Borgmester, Herlev Kommune

Thyge Enevoldsen (Ø)
Kommunalbestyrelsesmedlem, Fre-
deriksberg Kommune

Tine Hessner (B)
Byrådsmedlem, Furesø Kommune

Trine Græse (A)
Borgmester, Gladsaxe Kommune

Vicky Holst Rasmussen (A)
Borgmester, Egedal Kommune

Dato: 28. juni 2024

Albertslund Kommune
Nordmarks Alle
2620 Albertslund

www.kl.dk
Side 6 af 6

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger fra KKR Midtjylland

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-01875
Dok. ID: 3470544

E-mail: JHP@kl.dk
Direkte: 2443 7958

Randers Kommune
Randers Rådhus
Laksetorvet 1
8900 Randers

www.kl.dk
Side 1 af 3

De 19 midtjyske kommuner har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger til at sikre et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Der er nemlig brug for en sundhedsreform, der grundlæggende styrker og videreudvikler det nære sundhedsvæsen tæt på borgerne.

Vi bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående anbefalinger. En stærk national, rammesætning kan bidrage til udviklingen og udbygningen af et nært, stærkt sundhedsvæsen.

Det er positivt, at man vil prioritere det nære sundhedsvæsen i en national sundhedsplan. Vi har manglet denne prioritering i kommunerne, men har alligevel formået at prioritere og udvikle et nært sundhedsvæsen. Vi har flyttet opgaver/overtaget opgaver, etableret akutsygeplejeordninger, midlertidige aflastningspladser og genoptræning for bare at nævne nogle af eksemplerne på det nære sundhedsvæsen, der er udviklet og veletablerede i kommunerne.

Et af de bedste eksempler på, hvordan det kan lykkes at løse opgaver i det nære sundhedsvæsen er hjerterehabilitering. Opgaven vedr. hjerterehabilitering blev overdraget til kommunerne (2017) med stor succes for både kvalitet og økonomi.

For den samme økonomi har kommunerne formået at få flere borgere igennem forløbet for samme budget – og med samme høje kvalitet for borgerne.

Hjerterehabilitering et godt eksempel på, at når opgaveoverdragelsen sker på et dokumenteret og velbelyst grundlag, og der er økonomi til opgaven, kan den løses både mere effektivt og med større sundhedsmæssig gevinst for borgerne i kommunerne.

Vi skal videre af den vej, hvor indsatserne i stigende grad forankres lokalt, tæt på borgernes hjem, så borgernes liv påvirkes mindst muligt.

Meget mere kan rykkes tættere på borgerne. Derfor er vi meget bekymrede for kommissionens forslag om at centralisere og samle hele sundheds- og ældreområdet. Det vil være imod målsætningen om at styrke det nære sundhedsvæsen og imod intentionerne i den nye ældrelov.

Den kommunale sygepleje har fået en større og vigtigere rolle og er et vigtigt fagligt bindeled såvel indadtil i kommunen som udadtil f.eks. i forhold til almen praksis og sygehussektoren. Hvis man flytter den kommunale sygepleje

til en anden sektor, vil det umuliggøre en udrulning af de selvstyrende teams i hjemmeplejen, som er en del af ældreformen. Det er vigtigt, at kommunerne har både sygeplejen, genoptræning og hjemmeplejen, da dette er en forudsætning for det kvalitetsløft, som det er dokumenteret at faste tværfaglige teams kan give (Faste, faglige og selvstyrende teams, VIVE,2024). Det vil ikke være muligt at opretholde denne høje faglige kvalitet, hvis sygeplejen eller akutsygeplejen udskilles af kommunerne, som kommissionen foreslår i nogle af modellerne. Endelig skal man huske, at sygeplejefagligheden også er vigtig for kommunerne indenfor beskæftigelses-, skole- og socialområdet og ikke alene på omsorgsområdet. Ca. en tredjedel af sygeplejerskerne i Midtjylland er ansat hos kommunerne.

Gode aftaler understøtter og udvikler det nære sundhedsvæsen. Plejhjemslægeordningen er et godt eksempel på en aftale, der har befordret et tæt lokalt samarbejde mellem forskellige faggrupper til gavn for beboere på plejehjem. For borgeren (og pårørende) er det trygt, at der er dette samarbejde og, at den kommunale syge- og hjemmepleje sikrer at behandlingen følges, og holder øje med eventuelle forværringer, som lægen, der måske kun ser borgeren hver 14. dag eller mindre, ikke har mulighed for at opdage. Det giver god udnyttelse af de alment praktiserende lægers tid, ligesom aftalen om dosisdispensering løbende begynder at frigive tid, så de kommunale sygeplejersker kan varetage de opgaver, hvor der er behov for sygeplejerskernes kompetencer.

Vi støtter grundlæggende op om anbefalingerne på psykiatriområdet, men igen er vi nødt til at pege på, hvor vigtigt det er, at man har et decentralt og lokalt blik på opgaven for, som kommissionen selv peger på, så er psykiatriske patientforløb, sammenlignet med mange forløb i det øvrige sundhedsvæsen, sjældent lineære med veldefinerede faser. Vi vil stærkt anbefale, at man udbygger den nære psykiatri, for at hjælpe med at skabe/holde tilknytning til arbejdsmarked, uddannelse og til civilsamfund i det hele taget. Livet er andet end at være patient.

Almen praksis er en vigtig del af det nære sundhedsvæsen, og vi kan kun bakke op om forslaget om at ændre rammerne, og fordele ydernumre efter et socioøkonomisk indeks, så lægerne får bedre tid til sårbare patienter. Udviklingen af almen praksis med høj kvalitet skal bidrage til at understøtte det nære sundhedsvæsen. Vi har områder i vores region, hvor der er katastrofal mangel på alment praktiserende læger, og det er vel at mærke de områder, hvor flest borgere har brug for dem og derfor vil en ramme, hvor ressourcerne fordeles efter et socioøkonomisk indeks vil være velkomment. Vi har "speciallægefrie" områder i regionen og kan kun bakke op om anbefalingerne om at gøre noget herved.

Anbefalingerne om den digitale transformation, harmonisering og eksekvering, kan vi kun bakke op om, for det kan om noget bidrage til at bringe sundhedsydelser tættere på borgerne. Det er dog vigtigt med en opmærksomhed på, at innovationskraften ikke svækkes i den forbindelse.

Vi har en lang tradition for at samarbejde i det nære sundhedsvæsen - kommuner, region og almen praksis. Vi har også lang tradition for at samarbejde kommunerne imellem. Der, hvor der er kommuner, der har udfordringer med at imødekomme standarder periodisk eller vedvarende, udvikler vi løsninger

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-01875
Dok. ID: 3470544

E-mail: JHP@kl.dk
Direkte: 2443 7958

Randers Kommune
Randers Rådhus
Laksetorvet 1
8900 Randers

www.kl.dk
Side 2 af 3

sammen. Der er f.eks. kommuner, der har fælles hjælpemiddelcentraler og kommuner, der samarbejder om den specialiserede genoptræning (hjerne-skadeområdet).

Vi har etableret (i 2018) et fælles partnerskab mellem de 19 kommuner, regionen, VIA University College og Aarhus Universitet, "Human First", hvor vi samarbejder om at styrke sundhedsfaglig forskning, udvikling, uddannelse og klinik/praksis. Visionen er at styrke og løfte effekten af forsknings- og uddannelsesindsatsen både på professions- og universitetsuddannelserne og gennemføre og implementere tværgående projekter. I forlængelse heraf kan vi også nævne samarbejdet mellem Region Midtjylland og de 19 kommuner om Folkesundhed i Midten, hvor man støtter tværsektorielle forskningsprojekter, som er praksisnære og anvendelsesorienterede.

Det er vigtigt, at det nære sundhedsvæsen fortsat er forankret i nærdemokratiet, for i et nært demokrati kan man nemmere og hurtigere prioritere og udvikle fx ældreområdet, genoptræningsindsatsen, den nære psykiatri, end hvis ansvaret ligger længere væk.

Vi samarbejder løbende om at udvikle løsninger for borgerne. Og støtter man op fra nationalt hold med kvalitetsplaner, faglige standarder og den nødvendige investering kan vi komme langt. Vi er nervøse for at så radikale omstillinger, som der foreslås i nogle af modellerne, vil sætte meget af det arbejde, der er lavet i kommunerne med det nære sundhedsvæsen over styr.

Med det ser vi frem til gode politiske drøftelser om kommissionens anbefalinger.

Venlig hilsen

Torben Hansen, formand for KKR Midtjylland

/

Ib Lauritsen, næstformand KKR Midtjylland

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-01875
Dok. ID: 3470544

E-mail: JHP@kl.dk
Direkte: 2443 7958

Randers Kommune
Randers Rådhus
Laksetorvet 1
8900 Randers

www.kl.dk
Side 3 af 3

Høringssvar fra KKR Nordjylland til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

KKR Nordjylland har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Kommissionen har leveret et solidt stykke arbejde, og KKR Nordjylland er enige i, at sundhedsvæsenet står overfor udfordringer, der kræver reformer for at fremtidssikre det samlede sundhedsvæsen.

KKR Nordjylland bakker op om kommissionens grundlæggende hensyn med bl.a. at sikre høj kvalitet og let adgang for alle borgere til sundhedsvæsenet og at sikre et sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen. I forlængelse af dette er KKR Nordjylland bl.a. enig i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om at:

- styrke det almenmedicinske tilbud, hvor differentierede patienttal skal anvendes, og lægedækningen skal styrkes i områderne med størst behov
- styrke det psykiatriske område, hvor vi særligt oplever store udfordringer med børn og unge
- tilpasse fordelingen af ressourcer i sundhedsvæsenet med henblik på at styrke det nære sundhedsvæsen.

Styrkelse af det nære sundhedsvæsen

Der er behov for at styrke grundlaget for at levere endnu bedre kvalitet i det nære sundhedsvæsen, dvs. der hvor borgerne tilbydes sundhedstilbud i eller tæt på deres hjem. KKR Nordjylland kan fuldt ud bakke op om, at en del af løsningen på dette er i højere grad at arbejde med nationale kvalitetsstandarder for opgaveløsningen i det nære sundhedsvæsen; en sådan klar opgavebeskrivelse kan, sammen med den foreslåede opprioritering af det nære sundhedsvæsen, medvirke til at sikre en bedre opgaveløsning og mere sammenhæng i borgernes forløb. Fælleskommunale forpligtende samarbejder kan i den forbindelse være en central del af løsningen på at leve op til disse kvalitetsstandarder på tværs af kommunerne.

En styrkelse af det nære sundhedsvæsen forudsætter en prioritering af midler, der svarer til opgavens omfang. I den forbindelse er det afgørende, at der prioriteres nye penge til at udvikle det nære sundhedsvæsen, og ikke blot som foreslået en omprioritering af allerede afsatte demografimidler.

Centralisering skaber ikke mere sammenhæng

I Sundhedsstrukturkommissionens arbejde med forvaltningsmodeller indgår en præmis om, at samling af sundhedsopgaver i en centraliseret funktion (statslig løsning eller sundheds- og omsorgsregioner) vil skabe flere fordele end ulemper. KKR Nordjylland er af flere årsager stærkt uenige i denne tilgang, uanset om der tales om kommissionens lille, mellem eller store opgavesamling.

Dato: 20. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-01848
Dok. ID: 3470229

E-mail: HAST@kl.dk
Direkte: 2128 7370

Aalborg Kommune
Boulevarden 13
9000 Aalborg

www.kl.dk
Side 1 af 3

Dels vil de opgaver, som kommissionen foreslår centraliseret, fortsat skulle løses i eller meget tæt på borgernes hjem. Her har kommunerne med et lokalt kendskab og forankring (herunder også politisk) en klar fordel i at løse opgaverne på bedst mulig vis for de berørte borgere. I den forbindelse skal bemærkes at opgavesamlingens centraliseringseffekt på ingen måde stemmer overens med Ældrereformens fokus på decentrale løsninger.

Derudover skaber opgavesamling hos en mere central aktør blot nye snitflader til tilstødende kommunale opgaveområder. Uanset hvilken sundhedsydelse en borger modtager, så har de et liv og behov, der rækker udover at være syg/rask. Et sundt liv (fysisk såvel som mentalt) sikres ikke udelukkende ved hjælp af sundhedsydelse snævert set; det skal ses i sammenhæng med bl.a. sociale indsatser, beskæftigelse, dagtilbud, skoler, kultur og lokale foreninger mm. Her arbejder kommunerne naturligt ud fra et helhedsperspektiv.

Løsrives sundhedsområdet organisatorisk fra disse supplerende kommunale opgaveområder, så skaber man blot nye sektorovergange og snitflader. Dertil kommer at en opgavesamling vil være forbundet med massive implementeringsomkostninger med risiko for at både borgere og personale i en lang overgangsperiode ikke tilbydes gode vilkår. Det mener vi ikke, at vi kan tilbyde vores borgere eller vores medarbejdere, som allerede nu er pressede.

Kommissionens foreslåede opgavesamling er således ikke et anvendeligt svar på borgernes behov for bedre sammenhæng, hvorfor fordelingen af både opgave- og budgetansvar skal bibeholdes. Der er i stedet brug for bl.a. klare opgavebeskrivelser via lovgivning og kvalitetsstandarder, incitamenter i retning af bl.a. forebyggelse, og en klar prioritering af et nært sundhedsvæsen med lokal forankring, lokale løsninger og de nødvendige ressourcer.

Samarbejdet i Nordjylland

De nordjyske kommuner har allerede i dag et godt eksisterende samarbejde med almen praksis og Region Nordjylland om at skabe den bedst mulige kvalitet for borgerne. Vi har løbende vist, at vi kan skabe resultater tværsektorielt, bl.a. ved samarbejde om intravenøs behandling og telemedicinske løsninger i borgernes hjem. KKR Nordjylland finder det derfor helt afgørende at Region Nordjylland bevares i sin nuværende form og med sine nuværende opgaver, da de nordjyske kommuner oplever, at regionens størrelse sikrer en faglig bæredygtighed samtidig med, at et tæt samarbejde er muligt.

KKR Nordjylland henleder også opmærksomheden på, at i alle kommissionens forvaltningsmodeller er der regionale ansvarsområder udover sundhed, som vil skulle genplaceres, f.eks. det specialiserede socialområde, kollektiv trafik, regional udvikling, uddannelse, og natur og miljø. Hvis regionens opgaveområde ændres, er det vigtigt med en klar plan for hvordan disse øvrige opgaveområder løses fremadrettet. KKR Nordjylland anbefaler derfor, at der tages beslutning om deres placering i en kommende politisk aftale.

Fokuser på de tværgående anbefalinger

Dato: 20. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-01848
Dok. ID: 3470229

E-mail: HAST@kl.dk
Direkte: 2128 7370

Aalborg Kommune
Boulevarden 13
9000 Aalborg

www.kl.dk
Side 2 af 3

Samlet set er der behov for at se på ændrede rammer, incitamenter og prioriteringer for det samlede sundhedsvæsen, og flere af Sundhedsstrukturkommissionens hensyn og tværgående anbefalinger møder derfor fuld opbakning. Efter KKR Nordjyllands opfattelse sker en styrkelse af et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i Nordjylland imidlertid ikke ved at ændre på den overordnede organisering og opgavefordeling. Det skal derimod ske ved at etablere klare opgavebeskrivelser og kvalitetsstandarder, og ved reelt at omstille politisk fokus og økonomisk prioritering af sundhedsområdet til at prioritere udbygningen af et stærkt, nært sundhedsvæsen.

Dato: 20. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-01848
Dok. ID: 3470229

E-mail: HAST@kl.dk
Direkte: 2128 7370

Aalborg Kommune
Boulevarden 13
9000 Aalborg

www.kl.dk
Side 3 af 3

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

KKR Sjællands høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Dato: 24. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-02667
Dok. ID: 3470247

E-mail: JEBJ@kl.dk
Direkte: 4132 4706

Vordingborg Kommune
Valdemarsgade 43
4760 Vordingborg

www.kl.dk
Side 1 af 4

Vi har i de 17 kommuner i KKR Sjælland set frem til Sundhedsstrukturkommissionens rapport, fordi vi anerkender, at der er behov for at styrke sundhedssystemet i Danmark. Ikke mindst for at sikre bæredygtighed og sammenhæng i det primære/nære sundhedsvæsen uden for sygehusene, så danskerne kan leve sunde, trygge og selvstændige liv i hele landet. Og vi takker for muligheden for at give vores bemærkninger til rapporten og ser frem til det kommende udspil fra regeringen og den efterfølgende politiske stillingtagen til forbedringer af sundhedsvæsenet. KKR Sjællands høringssvar skal ses i sammenhæng med det fælles høringssvar fra KL.

For os er det let at genkende de tendenser og udfordringer, kommissionen beskriver. Både alders- og sundhedsprofil og de socio-økonomiske profiler hos borgerne på Sjælland og øerne vidner om behov for forebyggelses- og sundhedsindsatser til borgere i alle aldersgrupper. Indsatser, der skal ske under hensyntagen til den enkelte borgers hverdag – ofte i sammenhæng med andre kommunale tilbud, borgeren gør brug af, fx hjemmepleje, beskæftigelsesindsats, sociale tilbud, sundhedspleje, tandpleje, skole og dagtilbud. Det er behov, som vi imødekommer nu, men som bliver udfordret af, at rammer og ressourcer ofte er uklare og utilstrækkelige.

Den kommunale sundhedsindsats har ift. mange opgaver nået et højt niveau, selvom der ikke er fulgt økonomi, ansvar eller faglige retningslinjer med opgaveudviklingen. Kommunerne har sikret borgerne pleje, genoptræning, omsorg og behandling samtidig med, at indlæggelsestiderne og antallet af senge på sygehusene er blevet reduceret markant. Og imens vi har oplevet alvorlig mangel på sundhedspersonale og sundhedstilbud til borgerne i særligt de egne af vores region, som ligger længst fra hovedstaden og de større byområder.

Det nære sundhedsvæsen bliver ikke styrket af centralisering

Sundhedsstrukturkommissionen fremsætter en række fornuftige anbefalinger. Vi ser store potentialer i de seks tværgående anbefalinger, der er uafhængige af struktur, opgaveændringer og forvaltningsmodeller.

Vi er helt enige i, at der er brug for at forny og forandre sundhedsvæsenet – ikke mindst for at styrke det nære sundhedsvæsen. Men vi ser ikke behov for store strukturelle ændringer med nye forvaltningsmodeller, fordi der dels er betydelige transaktionsomkostninger forbundet med strukturændringer, dels er det ofte erfaringen, at centralisering af opgaver, magt og ansvar fører til, at tilbuddene også centraliseres. Det kan være godt, hvis tilbuddene er

specialiserede og kræver stort befolkningsunderlag, men det er forringende og usikkert, hvis helt basale tilbud fjernes fra lokalområdet. Forvaltningsmæssige strukturer ændrer ikke på, hvor folk bor og lever!

Så det er helt afgørende, at beslutninger og prioriteringer, som har stor betydning for lokalsamfundene, træffes af politikere med kendskab til borgerne og forholdene i det nære. Jo større afstanden bliver til beslutningstagerne, jo mindre vil der blive taget højde for vilkårene lokalt og for den enkelte borgers livssituation. F.eks. at afstanden til et sundhedstilbud er relativt lang i en geografi, hvor den kollektive trafik er begrænset. Her har vi lokalt erfaring med enten at tilrettelægge udkørende funktioner eller lave virtuelle kontakter med borgerne om deres sundhedstilstand. Eksempelvis har vi opnået rigtig gode resultater med PreCare-programmet, som er et tilbud til borgere med KOL, hvor kommuner samarbejder med læger og sygehus om behandlingen

Det er vores helt klare vurdering, at de vigtigste præmisser for at skabe et endnu bedre nært sundhedsvæsen er 1) tydelige regler og rammer om opgaverne, så faglighed, ansvar og patientsikkerhed mv. er på plads 2) nødvendig finansiering især af det nære sundhedsvæsen, så de ansvarlige myndigheder har ressourcer til at løse opgaverne, og 3) sikring af de rette sundhedsfaglige kompetencer i hele landet, så borgerne oplever et ensartet højt kvalitetsniveau uanset, hvor de bor.

Fornuftige tværgående anbefalinger

Som nævnt er vi i kommunerne udfordrede af, at Region Sjælland er den region i landet, der har den højeste andel af ældre (65+), den højeste andel af rygere, den højeste andel af borgere med svær overvægt og den højeste andel af førtidspensionister. Og samtidig er der stor mangel på almen praktiserende læger, markant færre speciallæger og massiv mangel på andre sundhedsfaglige medarbejdere, særligt social- og sundhedsassistenter.

Med andre ord er der brug for forandringer, hvis ikke den ulighed i sundhed, vores borgere oplever i forhold til de store byområder, skal blive endnu større. Vi bakker derfor i store træk op om kommissionens tværgående anbefalinger, der har fokus på at udligne social og geografisk ulighed i sundhed. Det gælder **Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud**, som vil give både bedre lægedækning og bedre vilkår for de almen praktiserende læger til at sikre behandlingen af ældre, kronikere og andre målgrupper i vores geografi. Tilsvarende gælder for anbefalingen om bedre geografisk fordeling og mere effektiv brug af privat praktiserende speciallæger. Og **Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet**, med forslag om en national sundhedsplan, der bl.a. skal bidrage til at fordele flere af sundhedsvæsnets ressourcer til det nære/primære sundhedsvæsen. Dette er helt afgørende for vores borgere og os, fordi vi netop oplever, at behovet for behandling, pleje og omsorg er stort hos mange borgere i vores kommuner, mens ressourcer i form af økonomi, sundhedstilbud og ikke mindst sundhedsfagligt personale er væsentligt dårligere i det nære sundhedsvæsen end i andre geografier og på sygehusene. Heri ligger også, at flere ressourcer til patientrettet forebyggelse og genoptræning vil kunne øge kapaciteten i de allerede velfungerende indsatser, vi laver i kommunerne.

Anbefalingen **Ny organisering af digitalisering og data** ser vi også gode perspektiver i. Det er meget vigtigt, at vores sundhedsfaglige medarbejdere har adgang til korrekte og tidstro oplysninger om borgernes sundhed og behandling.

Dato: 24. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-02667
Dok. ID: 3470247

E-mail: JEBJ@kl.dk
Direkte: 4132 4706

Vordingborg Kommune
Valdemarsgade 43
4760 Vordingborg

www.kl.dk
Side 2 af 4



Og at de samtidig kan videregive relevante oplysninger til almen praksis og sygehusvæsnet, fx når en borger indlægges på sygehuset. Manglen på korrekte oplysninger er en væsentlig grund til, at der kan opstå fejl eller unødigt ventetid i de forløb, borgerne oplever. På et mere aggregeret niveau vil vi med afsæt i data også kunne tilbyde endnu bedre sundhedstilbud til borgerne. Endvidere er det vigtigt i anbefalingen, at der sættes fokus på digitale løsninger. Vi gør flittigt brug af digitale løsninger i samarbejdet med borgerne, almen praksis og sygehusene – og det til stor tilfredshed for langt de fleste. **Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser** er vi også helt med på. Det er et vigtigt fokusområde, hvor kommissionens forslag til at styrke det tværsektorielle samarbejde på tværs af somatik og psykiatri og på tværs af behandlingspsykiatri og socialpsykiatri er rigtige. Ikke mindst forslag om fast tilknyttede læger på botilbud og kvalitetsstandarder mv. har efter vores vurdering har stort potentiale.

Fokus på kvalitet og økonomi, fremfor struktur

Alt i alt er vi positive i forhold til en reformering af sundhedsvæsenet med fokus på indhold og kvalitet i indsatserne og på de faglige, økonomiske og juridiske rammer.

Men vi siger, nej tak til store strukturelle ændringer eller centralisering af opgaver på sundhedsområdet, fordi det efter vores mening risikerer at ødelægge de gode løsninger, kommunerne og regioner i fællesskab har bygget op på tværs af sektorer. Det vil indsnævre mulighederne ind for at lave målrettede og differentierede tilbud på lokalt niveau. Endelig er vi dybt bekymrede for, at større enheder (eventuelt uden demokratisk valgt ledelse) vil fremmedgøre borgerne og fjerne den legitimitet, som det lokale demokrati giver.

Vi ser frem til den videre dialog om at udvikle vores fælles sundhedsvæsen, og vi står gerne til rådighed for at uddybe og supplere.

Med venlig hilsen

Mikael Smed (A)
Formand, KKR Sjælland
Borgmester, Vordingborg Kommune

Pernille Beckmann (V)
Næstformand, KKR Sjælland
Borgmester, Greve Kommune

Ole Vive (V)
Borgmester, Faxe Kommune

Simon Hansen (A)
Borgmester, Guldborgsund Kommune

Christina Krzyrosiak Mark Hansen (A)
Borgmester, Holbæk Kommune

Martin Damm (V)
Borgmester, Kalundborg Kommune

Marie Stærke (A)
Borgmester, Køge Kommune

Tina Mandrup (V)
Borgmester, Lejre Kommune

Dato: 24. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-02667
Dok. ID: 3470247

E-mail: JEBJ@kl.dk
Direkte: 4132 4706

Vordingborg Kommune
Valdemarsgade 43
4760 Vordingborg

www.kl.dk
Side 3 af 4



Holger Schou Rasmussen (A)
Borgmester, Lolland Kommune

Karina Vincentz (L)
Borgmester, Odsherred Kommune

Tomas Breddam (A)
Borgmester, Roskilde Kommune

Emil Blücher (I)
Borgmester, Solrød Kommune

Henning Urban Dam (A)
Borgmester, Stevns Kommune

Tina Beck-Nilsson (A)
Kalundborg Kommune

Lars Hoppe Søe (B)
Næstved Kommune

Mads Andersen (C)
Køge Kommune

Mette Scharbau Feenstra (F)
Odsherred Kommune

Lars Lindskov (C)
Roskilde Kommune og
Region Sjælland

Niels Rolskov (Ø)
Køge Kommune

Claus Bedemann (N)
Ringsted Kommune

Merete Dea Larsen (O)
Roskilde Kommune

Carsten Rasmussen (A)
Borgmester, Næstved Kommune

Klaus Hansen (V)
Borgmester, Ringsted Kommune

Knud Vincents (V)
Borgmester, Slagelse Kommune

Gert Jørgensen (C)
Borgmester, Sorø Kommune

Mette Jorsø (B)
Køge Kommune

Andreas Karlsen (C)
Ringsted Kommune

Lars Christiansen (F)
Lolland Kommune

John Brædder (L)
Guldborgsund Kommune

Nickolai Hamann (O)
Næstved Kommune

Thomas Clausen (Ø)
Slagelse Kommune

Susanne Borggaard (N)
Sorø Kommune

Dato: 24. juni 2024

Sags ID: SAG-2024-02667
Dok. ID: 3470247

E-mail: JEBJ@kl.dk
Direkte: 4132 4706

Vordingborg Kommune
Valdemarsgade 43
4760 Vordingborg

www.kl.dk
Side 4 af 4

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet sum@sum.dk

Nej tak til mere centralisering – det nære skal være nært

KKR Syddanmark takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forvaltningsmodeller. Indledningsvis kvitterer vi for Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde med at udarbejde anbefalinger og forslag til forvaltningsmodeller. KKR Syddanmark har drøftet rapporten og har følgende betragtninger.

Som udgangspunkt er vi enige i de seks centrale hensyn for organisering, der skal sikre et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, og som er mere nært og bæredygtigt. Det er vigtige og meget relevante forudsætninger for at vi overhovedet kan lykkes.

Vores enighed stopper ved de tre foreslåede forvaltningsmodeller. Vi ser ingen mening i at trække det "nære" ud af det nære sundhedsvæsen, og dermed svække basis for den sammenhængende hverdag, som er så væsentlig for os alle – for slet ikke at tale om svækkelse af den demokratiske legitimitet.

Det nære skal være nært

Vi savner de gode eksempler på, at centralisering skaber sammenhæng samtidig med at nærhed og forebyggelse prioriteres. Derfor peger vi på en retning, som understøtter et mere sammenhængende, nært og helhedsorienteret sundhedsvæsen. En retning hvor overgange er nemme, hvor kulturen har fokus på det hele menneske og hvor sundhed er i fokus frem for sygdom.

Sygehusene er gode til specialisering – men sammenhænge, der rækker ud over specialiseringen, er en disciplin der ikke er særlig veltrænet. De syddanske kommuner har derfor for egen regning, oprettet midlertidige sengepladser for borgere. Her får borgerne et tilbud nær deres hjem og familier, når de ikke lige har brug for specialiserede tilbud. Et eksempel på at kommunerne påtager sig ansvaret for den nære sundhed, mens de store sygehuse har svært ved det – på trods af de økonomiske incitament.

Kommunerne er en del af det samlede sundhedsvæsen, men en endnu større del af en sammenhængende hverdag, og det er vigtigt for borgerne, at vi forbliver det. Det primære er, at borgerne har mulighed for at leve gode og aktive liv også når de mødes af sygdom.

Demokratisk legitimitet tæt på borgeren

Kommunerne har i mange år arbejdet på at udvikle det nære sundhedsvæsen til gavn for vores borgere. Vi har på tværs af kommunestørrelse, demografi og geografi arbejdet for at skabe et nært sundhedsvæsen. En udvikling, som vi i kommunerne har taget på os, også selvom finansieringen ikke altid er fulgt med.

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02550
Dok. ID: 3469012

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune
Nytov 9
5500 Middelfart

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 5

Vi har ikke brug for yderligere centralisering - nej – der er brug for at styrke de lokale sundhedstilbud tæt på borgerne – og til gavn for borgerne. Der er brug for investering i at sikre, at borgerne har gode, stærke og trygge sundhedstilbud tæt på hvor de bor. Som kommune er vi der gennem hele borgernes liv, og det vil vi gerne forsætte med at være. Patient er man for en tid, borger er man hele livet.

Sygepleje hænger sammen med ældrepleje

Idéen om at trække de fleste opgaver på ældre- og sundhedsområdet ud af kommunerne og placere dem i større geografiske enheder, harmonerer ikke med den virkelighed, vi som kommuner er en del af. Ældreplejen er en central og vigtig kommunal opgave, hvor kravet om nærhed er ufravigeligt.

Selvom vi er helt enige med Sundhedsstrukturkommissionen om, at sundheds- og ældreområdet hænger sammen, så er vi grundlæggende ikke enige i, at disse to områder skal trækkes længere væk fra borgeren og centraliseres i større enheder.

Erfaringer fra tidligere strukturændringer viser, at resultatet ofte bliver en samling af opgaver i større driftsenheder med lukning af mindre plejehjem i de små lokalsamfund som konsekvens. De pårørende får dårlig mulighed for at have kort afstand til deres kære på plejehjemmene. Samtidig trækker vi en mulighed for at yde frivillige indsats, som ofte er i mindre lokalsamfund, væk fra de små områder. Vi ved at frivillige er en vigtig ressource til både at bekæmpe ensomhed og skabe mere liv – og samtidig er engagerede borgere tid og energi vigtige for lokalsamfunds beståen.

Når vi mener ældreområdet bør forblive på kommunale hænder, mener vi også, at sygeplejen skal være kommunalt forankret, så den kan integreres i helhedsplejen på ældreområdet. Derudover hænger de kommunale akutfunktioner og de midlertidige pladser uløseligt sammen, og den kommunale akutsygepleje er afgørende for, at kommunerne kan udvikle deres praksis inden for området.

Kommunerne arbejder fortsat på at styrke kompetencer med komplekse sygdomsbilleder, og oplever at det nære sundhedsvæsen skaber tryghed hos borgerne. Det er vigtigt, at denne udvikling ikke går tabt ved at fjerne store dele af ældre- og sundhedsområdet fra kommunerne.

Lige adgang i hele landet

Almen praksis er et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen og sådan ser vi fortsat billedet. Det er nødvendigt at investere i læger i hele landet – også der, hvor det i dag er svært at tiltrække læger. Borgerne skal kunne vælge en læge tæt på og være tryk ved, at få tid hos lægen, når der er behov for det.

Læger på plejehjem skal omfatte alle plejehjem, borgernes hjem er nemlig lige præcis den ramme, vi skal folde sundhed ud i. Samtidig skal der knyttes læger til de midlertidige pladser, så vi også dér sikrer hurtig og fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning.

Sundhedstilbud tæt på



Med sundhedstilbud tæt på får borgerne bedre mulighed for sammenhængende forløb i deres nærmiljø – både når det gælder fysiske og psykiske sygdomme. Herved sikrer vi, at borgerne ikke skal den lange vej til sygehuset, men har tilbud om kontroller, blodprøver, sårbehandling osv. tæt på.

Mange kommuner har god erfaring med at samle regionale og kommunale funktioner i et nærhospital/sundhedshus. Her skaber vi sammenhæng mellem det regionale og det kommunale med afsæt i det hele menneske. Den model vil vi gerne arbejde videre med – det skaber værdi for patienten/borgeren og for de faglige fællesskaber mellem medarbejderne.

Vi har brug for massive investeringer i det nære sundhedsvæsen. Det kræver flere praktiserende læger og styrket kapacitet i de kommunale sundhedscentre, at varetage indsatser til f.eks. borgere med kronisk sygdom. Samarbejde på tværs af sektorer er nødvendige for at vi lykkes. Det handler om at bruge kompetencerne klogt – velvidende at rekrutteringsudfordringerne presser sig på. Et eksempel er årets vinder af Den Gyldne Tråd - et tværsektorielt projekt fra Middelfart, hvor netop akutsygeplejen, almen praksis og sygehus samarbejder på tværs for at forebygge indlæggelser.

Sundhedsklynger bidrager til at sikre sammenhæng mellem sektorer

De seneste to års erfaringer med samarbejde i sundhedsklyngerne har vist sig at være et frugtbart forum for at styrke samarbejdet på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunerne. Sundhedsklyngerne er først for alvor kommet i gang nu, og i Syddanmark skaber de grobund for gode lokale samarbejder, der er med til at sikre sammenhængen i det geografiske område.

Vi opfordrer derfor til, at sundhedsklyngerne tænkes mere aktivt ind i en ny sundhedsstruktur og ses som et bindeled mellem almene sundhedstilbud og sygehuse. Der er brug for en faglig og politisk muskel, som kan sikre udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsklyngerne styrker sammenhængskraften og kan med den nødvendige økonomi og stærkere beføjelser, bringe de tværsektorielle fagligheder sammen.

Sammenhæng i psykiatrien

Der er i høj grad brug for at styrke psykiatrien og her også socialpsykiatrien, som spiller en vigtig rolle i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser. Vi oplever mange steder at samarbejdet med behandlingspsykiatrien er udfordret – der er for lange ventetider og behandlingstiden er blevet kortere. Alt for mange psykiatriske patienter udskrives for tidligt fra psykiatriske afdeling, med den konsekvens at flere og flere psykiatriske patienter, må genindlægges indenfor 30 dage efter udskrivning. Vi har brug for en model, hvor vi samler sundhedskompetencer med viden om misbrug, sociale kompetencer og at arbejde med en helhedsorienteret indsats.

Sammenhæng med den nødvendige finansiering

KKR Syddanmark understreger vigtigheden af en forvaltningsmodel, der fastholder kommunernes ansvar på ældre- og sundhedsområdet, så vi kan opretholde den nødvendige nærhed til vores borgere.

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02550
Dok. ID: 3469012

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune
Nytov 9
5500 Middelfart

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 3 af 5



Vi foreslår en model, der sikrer tilbud, der følger borgernes livsfaser. Vi skal skabe sammenhæng i borgerens forløb uanset, hvor sektorgrænserne går – i stedet for at skabe en ny forvaltningsstruktur, der blot risikerer at rykke snitfladerne mellem sektorerne væk fra hinanden i stedet for at løse den reelle udfordring med at skabe sammenhæng.

At samle flere opgaver under én ny organisation er ingen garanti for sammenhæng i borgerens forløb. Der findes alt for mange eksempler på afdelinger internt i organisationer, der suboptimerer egne budgetter og ikke taler sammen med de øvrige afdelinger. Det betyder samtidigt, at de opgaver, der løses af kommunerne skal finansieres tilstrækkeligt, da det ofte er dér kædeansvaret mellem sektorerne har været udfordret.

Vi samarbejder faktisk i Syddanmark

Sundhedsstrukturkommissionen peger i sin rapport på, at meget små kommuner har haft svært ved at honorere de stigende krav på ældre- og sundhedsområdet. Hertil kan vi understrege, at de syddanske kommuner har god tradition for at finde løsninger på tværs af kommuner i tværkommunale samarbejder, hvor de større kommuner hjælper de mindre kommuner med at løse højt specialiserede opgaver. Det ser vi blandt andet på specialiserede områder som hjerneskadeområdet, og specialtandplejen, hvor en kommune varetager specialistkompetencer til gavn for andre kommuner.

Centralisering af store dele af kommunernes kerneopgaver, er altså ikke nødvendigt for at afhjælpe de mindre kommuner. KKR Syddanmark efterlyser derfor en model som rent faktisk styrker det nære sundhedsvæsen i hele landet. Lokal forankring og helhedsblikket på sundhedsindsatser skal fastholdes, for at have et grundlag der sikrer en positiv udvikling af sundhedsvæsenet. Statslige investeringer i det primære sundhedsvæsen sikrer, at flere indsatser kan foregå uden for hospitalerne, styrker helhedsblikket og den lokale forankring og understøtter samtidig muligheder for at tiltrække den nødvendige sundhedsfaglige arbejdskraft.

KKR Syddanmark ser, med dette hørings svar, frem til den videre dialog om et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, nærhed og bæredygtighed.

Med venlig hilsen KKR Syddanmark

Formand for KKR Syddanmark
Borgmester
Johannes Lundsryd Jensen (A)
Middelfart Kommune

Borgmester
Bo Hansen (A)
Svendborg Kommune

Borgmester
Christian Bro (A)
Fredericia Kommune

Næstformand for KKR Syddanmark
Borgmester
Søren Steen Andersen (V)
Assens Kommune

Kommunalbestyrelsesmedlem
Søren Ramsing (B)
Langeland Kommune

Borgmester
Frank Schmidt-Hansen (C)
Vejen Kommune

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02550
Dok. ID: 3469012

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune
Nytov 9
5500 Middelfart

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 4 af 5



Borgmester
Erik Lauritzen (A)
Sønderborg Kommune

Borgmester
Hans Stavnsager (A)
Faaborg-Midtfyn Kommune

Byrådsmedlem
Jakob Lykke (A)
Esbjerg Kommune

Borgmester
Kasper Ejsing Olesen (A)
Kerteminde Kommune

Borgmester
Peter Hansted (A)
Ærø Kommune

Borgmester
Peter Rahbæk Juel (A)
Odense Kommune

Borgmester
Frank Jensen (B)
Fanø Kommune

Borgmester
Mette Landtved-Holm (V)
Nordfyns Kommune

Borgmester
Stephanie Storbæk (V)
Billund Kommune

Byrådsmedlem
Cecilie Roed Schultz (Ø)
Fredericia Kommune

Kommunalbestyrelsesmedlem
Jesper Kiel (Ø)
Svendborg Kommune

Borgmester
Mads Sørensen (V)
Varde Kommune

Borgmester
Jan Riber Jakobsen (C)
Aabenraa Kommune

Borgmester
Knud Erik Langhoff (C)
Kolding Kommune

Rådmand
Søren Windell (C)
Odense Kommune

Byrådsmedlem
Lone Myrhøj (F)
Vejle Kommune

Borgmester
Tonni Hansen (F)
Langeland Kommune

Kommunalbestyrelsesmedlem
Anne Møllegaard Mortensen (O)
Faaborg-Midtfyn Kommune

Kommunalbestyrelsesmedlem
Per Nyhus (O)
Billund Kommune

Borgmester
Jørgen Popp Petersen (S)
Tønder Kommune

Borgmester
Jens Ejner Christensen (V)
Vejle Kommune

Borgmester
Jesper Frost Rasmussen (V)
Esbjerg Kommune

Borgmester
Kenneth Lundager Muhs (V)
Nyborg Kommune

Borgmester
Mads Skau (V)
Haderslev Kommune

Dato: 3. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02550
Dok. ID: 3469012

E-mail: BEL@kl.dk
Direkte: 2383 2028

Middelfart Kommune
Nytovr 9
5500 Middelfart

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 5 af 5

Juni 2024

Kommunernes svar på Sundhedsstruktur- kommissionens rapport



KL

Kommunernes svar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Et sundhedsvæsen, der sikrer stærke, nære sundhedstilbud til de mange – kommunernes svar på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Vi bliver flere ældre med trænings- og plejebehov, flere borgere med kronisk sygdom og flere, der har det svært psykisk. Det presser allerede vores samlede sundhedsvæsen til det yderste, og det pres vil tage til i årene, der kommer. Hjælp og støtte til disse grupper er en opgave udenfor sygehusvæsenet.

Et bredt flertal i Folketinget har i april indgået aftale om en ældrereform som bygger på selvbestemmelse, tillid og samspil med lokalsamfundet. En forudsætning herfor er, at ældreområdet fortsat er lokalt forankret. Skal vi lykkes med helhedsplejen, skal sygeplejen tænkes med, og vi skal styrke den nære sundhed.

Der er derfor brug for en sundhedsreform, som styrker de nære almene tilbud i kommuner og almen praksis. Robuste almene sundhedstilbud skal sætte strøm til tidlige indsatser, træning og rehabilitering, hjælp til at håndtere egen sygdom og forebyggelse til de mange borgere med fx kronisk sygdom, hvis behov ikke mødes i dag. Det gælder også dér, hvor sygdomsbyrden er størst, og manglen på læger samtidig mest udtalt.

Styrkede og udbyggede nære tilbud er en forudsætning for, at sygehusene fortsat kan tilbyde specialiseret behandling til dem med behov. Så borgerne har mulighed for at leve gode og aktive liv også når de mødes af sygdom.

De tværgående anbefalinger

Vi bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. En stærk national rammesætning på en række områder vil bidrage til udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen til gavn for borgere i hele landet.

Kommentarer til de tværgående anbefalinger

- Forslagene vedr. **almen praksis** om kapacitetsudvidelse, øget tilgængelighed i hele landet, ændringer i honorarstruktur og bedre tid til sårbare patienter er den rette vej at gå. Almen praksis er en helt central del af det nære sundhedsvæsen. Derfor skal udviklingen af almen praksis have et særligt fokus på at understøtte sundhed i det nære og ikke primært ses som en aflastning af hospitalerne.
- Flere forslag ift. **digitalisering/data** giver god mening. Der er brug for, at alle parter er forpligtet på fælles strategiske mål, takt og investeringer i omstilling. En samlet, national planlægningskompetence er fornuftig, ligesom det kan være fornuftigt med fælles standarder og infrastruktur mv.
- Det er rigtigt tænkt at sætte retning for det primære sundhedsvæsen via en **national sundhedsplan** med højere prioritet af de nære tilbud og et fokus på, at lægerne kommer derhen, hvor sundhedsbehovet er størst. Det er afgørende for at styrke og udvikle

det nære sundhedsvæsen og for at reducere både den sociale og geografiske ulighed i sundhed. Der vil fortsat være behov for løbende politiske prioriteringer i kommuner, regioner og stat, og vi mener grundlæggende, at de lokale politikere og ledere er kompetente til at prioritere indsatsen.

- Vi er grundlæggende enige i anbefalingerne på **psykiatriområdet**. Der er gode erfaringer fra ældreområdet både med lægedækning af kommunale tilbud og digitalisering.
- Vi er også enige i, at det er relevant at se på hele den **speciallægefaglige** kapacitet og bringe den effektivt i anvendelse i fremtidens sundhedsvæsen.

Vi stiller os gerne til rådighed med vores viden ift. den videre udvikling af de fem tværgående anbefalinger.

To af kommissionens modeller udfordrer den demokratiske legitimitet og sætter de nære tilbud under pres

Sundhedsstrukturkommissionen beskriver som hovedformål, at sundhedsvæsenet uden for sygehusene skal styrkes, og at der skal skabes sammenhæng i patienternes forløb. Vi mener ikke, at en styrkelse af de nære tilbud kan ske ved en markant centralisering af opgaverne som kommissionen beskriver. Resultatet vil blive det modsatte – at de nære tilbud nedprioriteres til fordel for det specialiserede, som det også er sket historisk.

I model 1 og 2 foreslås det at flytte ældre- og sundhedsopgaver væk fra kommunerne og til en myndighed, der også har ansvaret for sygehusydelse. Og i model 2 vil man fjerne over 200 mia. kr. fra direkte demokratisk kontrol. Det vil være så omfattende, at det reelt vil betyde et kursskifte mod en samfundsmodel, hvor ansvaret for velfærdsområderne ikke længere er demokratisk forankrede.

I de to modeller vil de nære sundhedstilbud blive klemt af specialiserede sygehusopgaver. Konsekvensen vil blive, at lokale sundhedstilbud lukkes, sammenlægges og centraliseres. Det vil have store konsekvenser for borgernes adgang til sundhedstilbud.

Centralisering af myndighedsansvar betyder centralisering af tilbud. Det har utallige strukturomlægninger vist.

Ift. kommissionens to første modeller fremhæves desuden følgende:

- **Manglende demokratisk legitimitet.** Den markante centralisering i alle modellerne, men særligt i model 1 og 2, hvor ansvaret for ældreområdet og de nære sundhedstilbud flyttes længere væk fra borgerne, vil reducere den demokratiske legitimitet betragteligt. Landets plejehjem og hjemmepleje spiller en central rolle i mange lokalsamfund og det er en styrke, at der er kort afstand fra borgere til beslutningstagere.
- **Bureaukratisering af velfærden.** I model 2 fjernes en meget stor del af velfærdssamfundet fra direkte demokratisk kontrol ved, at hele sundheds- og ældreområdet styres via professionelle bestyrelser. Herunder også alle de opgaver på ældreområdet, der har et betydeligt lokalt præg. Det betyder en bureaukratisering af velfærden, som udhuler den demokratiske legitimitet. På sigt kan det potentielt underminere opbakningen til det lokale demokrati og den velfærdsmodel, vi er stolte af i Danmark. Vi ønsker, at såvel sygehuse som sundheds- og ældreområdet ledes af folkevalgte.
- **Omstilling til det nære sker ikke af sig selv.** Det er problematisk at tro, at et samlet ansvar for hele sundhedsvæsenet i sig selv vil sikre den nødvendige omstilling og udbygning af tilbud uden for sygehusene – som er den helt grundlæggende antagelse i de to modeller. En antagelse, der vel at mærke ikke flugter med de hidtidige erfaringer fra regionerne, hvor det alene er det specialiserede sygehusvæsen, som er blevet udbygget, mens almen praksis og speciallægepraksis, geriatri og psykiatri er blevet nedprioriteret. Uagtet, at ansvaret har været entydigt placeret under samme myndighed.
- **Model 1 og 2 sætter sig mellem to stole.** Der er store forskelle på at drive et højt specialiseret sygehusvæsen og en ældrepleje. Derfor er der forskel på det hensigtsmæssige befolkningsunderlag for to så forskellige opgaver – og at pege på 8-10 myndigheder er at sætte sig mellem to stole. Det er for mange enheder til at drive et højt specialiseret, effektivt og fagligt bæredygtigt sygehusvæsen og alt for få til at drive en ældrepleje med fokus på selvbestemmelse, tillid og samspil med lokalsamfundet.
- **Modellerne er en kommunalreform ad bagdøren.** En flytning af hele eller store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde med op mod 70 mia. kr. vil i praksis reducere det kommunale prioriteringsrum betragteligt og gøre kommunerne mindre robuste.

Model 3 kommer tættere på

I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur med overvejelser om 3-5 regioner. Denne model svarer ikke i sig selv på udfordringen med at opskalere det nære sundhedsvæsen, men kommer tættere på en løsning end de to øvrige modeller. Modellen indeholder potentiale for at skabe en omstilling til nære tilbud, fordi udvikling af de nære tilbud sker i egen ret. Der er forskellige holdninger i kommunerne til det optimale antal regioner i en ny struktur men enighed om, at det ikke giver mening at etablere flere end de nuværende 5.

Vi er ikke enige i overvejelserne om, at centrale dele af de kommunale sundhedsopgaver flyttes til regionerne.

- Det vurderes stærkt u hensigtsmæssigt at flytte **akutsygeplejen** til regionerne. Kommissionen giver sådan set argumentet selv i rapporten: "Det vil i praksis være vanskeligt at udskille den del af sygeplejen, der indgår i forløb, hvor borgeren har akutte eller subakutte tilstande med den del af sygeplejen, der er organiseret sammen med hjemmeplejen. Sygepleje udføres i mange forskellige sammenhænge fx borgerens eget hjem, på plejehjem, midlertidige pladser og botilbud". Eller med andre ord: Akutsygeplejen har et stærkt kommunalt ophæng til den øvrige sygepleje og dermed til hele ældreområdet. Det vil svække det faglige niveau og udvikling af den kommunale sygepleje markant, hvis den overgår til regionerne. Herudover vil det ikke fjerne en snitflade, men blot parallelforskyde den til den øvrige sygepleje. En flytning af akut-sygeplejen vil svare til at fjerne den højt specialiserede behandling fra sygehusene.
- **Den patientrettede forebyggelse** har et stærkt ophæng til civilsamfund og de øvrige kommunale velfærdsopgaver, fx på social- og beskæftigelsesområdet. Der er for størstedelen af målgruppen tale om almene, generiske tilbud, som kommunerne løfter i dag og også kan løfte fremover. Vi ved, at nærhed til tilbuddene betyder bedre tilslutning, særligt for de borgere, der har størst gavn af tilbuddene. Noget en regional forankring og centralisering af tilbuddene ikke vil gavne. Centralisering vil skabe mere ulighed i sundhed.
- **Specialiseret rehabilitering.** Volumen betyder noget for det allermest specialiserede i kommunerne – men igen vil det være vigtigt at holde sig for øje, at den specialiserede rehabilitering er tæt forbundet til bl.a. socialområdet og beskæftigelsesområdet i kommunerne. Udfordringer med volumen kan løses – og bliver det i dag – i forpligtende samarbejder på tværs af kommunerne.

En reform skal sikre omstillingen af sundhedsvæsenet

Uanset model, er det afgørende vigtigt at holde sig for øje, at store reformer også har store transaktionsomkostninger. Mange medarbejdere skal skifte arbejdssted, systemer skal laves om mv. Borgerne står med udfordringer her og nu, som skal løses i et sundhedsvæsen, der allerede er under pres. Samtidig har ingen af modellerne for alvor fokus på at skabe en **omstilling** af sundhedsvæsenet, som styrker det nære. Og det er det vigtigste mål med en reform, hvis vi vil fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Vi har derfor en række konkrete forslag til, hvad en sundhedsreform skal rumme for at imødekomme borgernes behov.

Forslag til en fremtidig sundhedsstruktur

Sundhedsvæsenet skal særligt favne tre udfordringer, som hidtil ikke er blevet løftet i tilstrækkeligt omfang:

- **Opskalering af det nære sundhedsvæsen**
- **Mere lige adgang til sundhedstilbud i hele landet**
- **Sammenhæng i patientforløb**

For at løfte disse udfordringer skal vi ændre strukturerne i sundhedsvæsenet og prioritere markant anderledes i vores sundhedspolitik med større fokus på at fremme sundhed frem for at behandle sygdom.

✓ 1. Forslag

Den nationale planlægning skal udbygges. De nationale sundhedsmyndigheder skal prioritere udvikling af almene sundhedstilbud i kommuner og almen praksis. Nationale kvalitetsplaner skal løfte og ensarte de almene sundhedstilbud uden for sygehusene og skal være et centralt og tilbagevendende tema i økonomiaftalerne mellem stat, regioner og kommuner. De nationale sundhedsmyndigheder skal også understøtte lige adgang til sundhedsprofessionelle i hele landet fx gennem regulering og fordeling af ydernumre for praktiserende læger og privatpraktiserende speciallæger.

Samarbejde mellem sektorer skal sikre sammenhæng og nødvendig omstilling. Vi kan ikke bygge et sundhedsvæsen uden snitflader. Derfor skal vi sikre, at der er nogle stærke samarbejdsstrukturer, som hjælper borgerne fra den ene sektor til den anden. Et samarbejde med omdrejningspunkt i akutsygehusenes optageområde – fx med afsæt i de nuværende sundhedsklynger – skal være bindeled mellem almene sundhedstilbud og sygehuse. Samarbejdet skal også skabe en **faglig og politisk motor**, som kan sikre udviklingen af det nære sundhedsvæsen, være en stærk medspiller til hospitalerne og skabe et klart incitament til at levere indsatsen mest omkostningseffektivt.

Forpligtigende kommunale samarbejder sikrer stærke, nære tilbud. Hvor volumen, specialisering eller særlige kompetencer er afgørende for at sikre kvalitet i de nære tilbud, er forpligtende kommunale samarbejder en god og afprøvet løsning. Særligt for opgaver, hvor sammenhæng til øvrige kommunale velfærdstilbud er af betydning for borgeren.

Nationale kvalitetsplaner skal være med til at rammesætte opgaverne, så de kan løftes af kommunerne i fællesskab. Det kan eksempelvis være områder som hjerneskaderehabilitering, opgaver relateret til børn og unge, der har været igennem svær sygdom, mennesker udsat for fysiske eller psykiske traumer og mennesker med sygdommene sclerose og ALS – områder som kommissionen peger på i sine analyser.

Kommunerne skal sikre nære sundhedstilbud af høj, ensartet kvalitet med afsæt i nationale kvalitetsstandarder.

Ikke flere regioner. Der skal ikke etableres flere regioner, da det først og fremmest vil svække det specialiserede sygehusvæsen og skabe endnu større geografisk ulighed i de specialiserede tilbud. Sygehusdrift er netop kendetegnet ved, at volumen og stordrift spiller en afgørende rolle. Fagligt bæredygtige og robuste regioner skal sikre solide behandlingstilbud i alle specialer over hele landet.

KL og PLO skal forhandle de nationale aftaler. Almen praksis er fortsat et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen. Kommuner og almen praksis har et nært fagligt fællesskab og kan sammen udvikle de nære tilbud.

Ryk sundhed helt ind i borgerens hverdag

En reform skal sikre, at et samlet sundhedsvæsen kan levere god kvalitet i fremtiden. Det kræver, at alle gør noget radikalt anderledes. Vi skal skabe grundlaget og rammerne til at omstille hele sundhedsvæsenet. Så langt flere borgere kan få indsatser i det nære sundhedsvæsen, også sygehusene kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Derfor er det **væsentligste formål med en reform** at udbygge et nært sundhedsvæsen, hvor almene sundhedstilbud til de mange udbygges, for det er hér, der reelt er et potentiale for en omstilling af et samlet sundhedsvæsen.

Kernen i en reform er at skabe et nært sundhedsvæsen, som er så stærkt, at mere behandling kan foregå hjemme tæt på borgernes levede liv.

✓ 2. Forslag

Styrk kapaciteten i det nære sundhedsvæsen. Flere borgere med kronisk sygdom kan håndteres i det nære, men det kræver flere praktiserende læger og styrket kapacitet i de kommunale sundhedscentre. Et centralt element i en ny sundhedsreform bør være en faglig plan for, hvordan de store kronikergrupper håndteres i det nære.

Styrk fokus på den patientrettede forebyggelse. Mange borgere med kronisk sygdom kan leve gode liv med deres sygdom, hvis de lærer at håndtere den selv, så den ikke forværres. De patientrettede forebyggelsesindsatser som træning, rygestop og kostvejledning bør spille en langt større rolle i fremtidens kronikerindsats. Her vil vi gerne kvittere for de nye kvalitetsstandarder. De er et vigtigt skridt i den rigtige retning.

Differentiér indsatser og brug teknologi. Teknologi kan bidrage til at styrke kvaliteten i indsatsen ift. visse borgere, ligesom teknologi kan bidrage til at imødegå manglen på arbejdskraft i sundhedsvæsenet. Der er brug for at satse mere på brug af teknologi, digitale løsninger og data samt kunstig intelligens. Det skal være let og trygt for borgere, der ønsker det, at anvende digitale løsninger og teknologi. Dermed frigives ressourcer, som kan bruges på de borgere, der har de største behov.

Inddrag civilsamfundet. Civilsamfundet kan spille en vigtig rolle i det nære sundhedsvæsen – både i forhold til at skabe livskvalitet og tryghed hos de ældre patienter, men også i forhold til at skabe gode liv for borgere med kronisk sygdom. Det gælder såvel idrætsforeninger som patient- og pårørendeorganisationer, som allerede i dag samarbejder tæt med kommunerne om sundhedstilbud.

Sygepleje kan ikke adskilles fra ældrepleje

Demografien udfordrer vores sundhedsvæsen, ikke mindst i kommunerne, som får den største opgave, når flere og flere ældre får behov for pleje og sundhed.

Et bredt flertal i Folketinget har vedtaget en ældrereform, som betyder, at kommunerne kan bruge mere tid på kerneopgaven – nemlig omsorg og pleje af de ældre. Et bærende hensyn i ældrereformen er, at sikre kontinuitet ift. de medarbejdere som

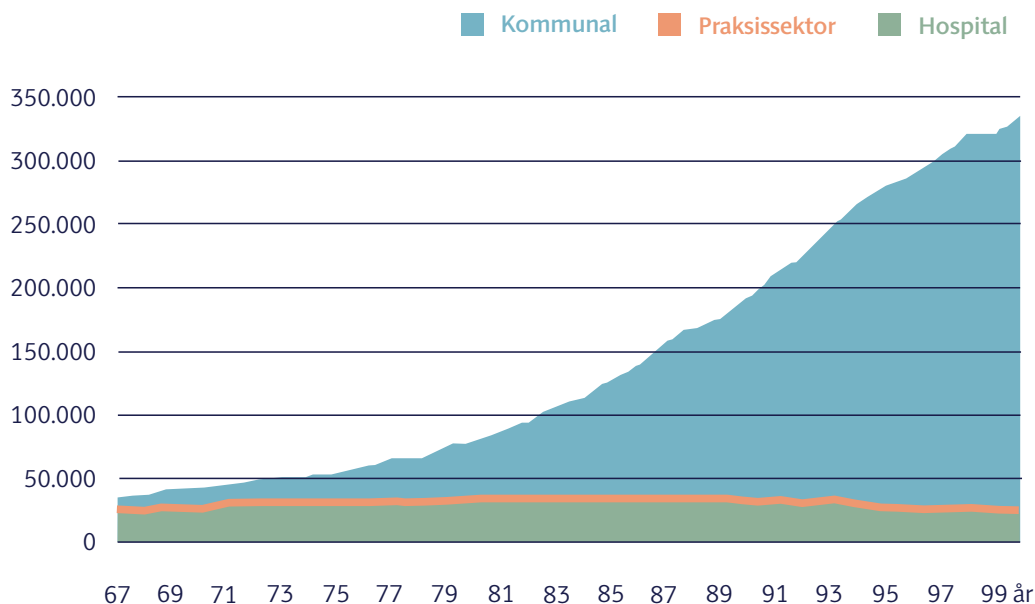
kommer i borgerens hjem. En sundhedsreform skal understøtte dette hensyn om at sikre kontinuitet, sammenhæng og tryghed for borgerne ved, at sygepleje og ældrepleje fortsat er et kommunalt ansvar. En sundhedsreform skal også sikre, at de midlertidige pladser og akutpladser til skrøbelige ældre fortsat er forankret i kommunerne, fordi nærhed, adgang til almene sundhedstilbud og pleje er vigtigere for de borgere, der bruger pladserne, end specialiserede tilbud fra sygehuset.

3. Forslag

Tænk den kommunale sygepleje ind i helhedsplejen på ældreområdet. Et bredt flertal i Folketinget har vedtaget en ældrereform og introduceret begrebet helhedspleje, som bl.a. skal sikre færre medarbejdere i den enkelte borgers hjem og skabe mulighed for faste teams omkring borgerne. Kommunerne støtter, at borgeren skal mødes af én samlet indsats. Derfor skal sygeplejen tænkes ind i helhedsplejen.

Skab et fælles ansvar for de midlertidige pladser. De midlertidige pladser er i dag en integreret del af ældreplejen og tjener mange formål, fx når borgeren venter på en plejehjemsplads, har brug for intensiv genoptræning eller er blevet udskrevet fra sygehus. For mange borgere på de midlertidige pladser vil det være hensigtsmæssigt med lægefagligt opsyn. Derfor bør der etableres et lægefagligt opsyn fra sygehus og almen praksis på de midlertidige pladser.

Sundheds- og plejeudgifter pr. borger fordelt på alderstrin og sektor



Note: Udgifter i 2021. Kommunale udgifter omfatter nettodriftsudgifter i 2021. Udgifter til praksissektoren omfatter udgifter (honorarer) i 2021. Udgifter til hospital omfatter tilrettede driftsudgifter til somatisk hospitalsvæsen (DRG) i 2020, PL'et til 2021-niveau. Se bilag 1 for nærmere beskrivelse af datagrundlag og metode.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen (DRG-grupperet LPR og LPR3), registerdata fra Danmarks Statistiks forskerservice (herunder Sygesikringsregisteret og de kommunale omsorgsregistre) samt kommunale regnskaber.

Lægerne skal ud i det nære sundhedsvæsen

Indlæggelsestiderne på sygehusene er over de sidste 20 år blevet kortere og kortere. Det er som udgangspunkt en god ting, for borgerne kommer hurtigere til hæfterne i hjemmевante omgivelser. Ofte bliver ældre patienter udskrevet så tidligt, at de stadig er så dårlige, at kommunen ikke kan tilbyde sygepleje i borgerens eget hjem. I stedet er kommunen nødsaget til at tilbyde ophold på en midlertidig plads, indtil den ældre er kommet sig. Det stiller krav til kommunerne og almen praksis, som skal være klædt på til at løfte opgaven. Det er de ikke altid, som tingene er i dag. Det forsinker det videre behandlingsforløb

og skaber utryghed blandt medarbejdere, borgere og deres pårørende.

Samtidig bliver mange ældre indlagt på sygehuset for noget, der sagtens kunne være forebygget, hvis det var blevet håndteret i tide, og der havde været adgang til lægefaglig sparring.

Siden 2009 er antallet af hospitalslæger (somatisk) steget fra 12.012 til 17.226 fuldtidspersoner. Det er en stigning på over 5.000, svarende til 43 pct. Til sammenligning er antallet af praktiserende læger steget med blot 42 i perioden. Det understreger pointen om, at ressourcerne går til de specialiserede tilbud frem for de nære.

4. Forslag

Læger på alle plejehjem og midlertidige pladser. Ordningen med plejehjems-læger skal udrulles til alle plejehjem, fordi borgernes hjem er den ramme, vi skal folde sundhed ud i. Der skal tilknyttes læger til de midlertidige pladser for at sikre hurtig og fleksibel adgang til lægefaglig rådgivning for de sårbare borgere, som er der.

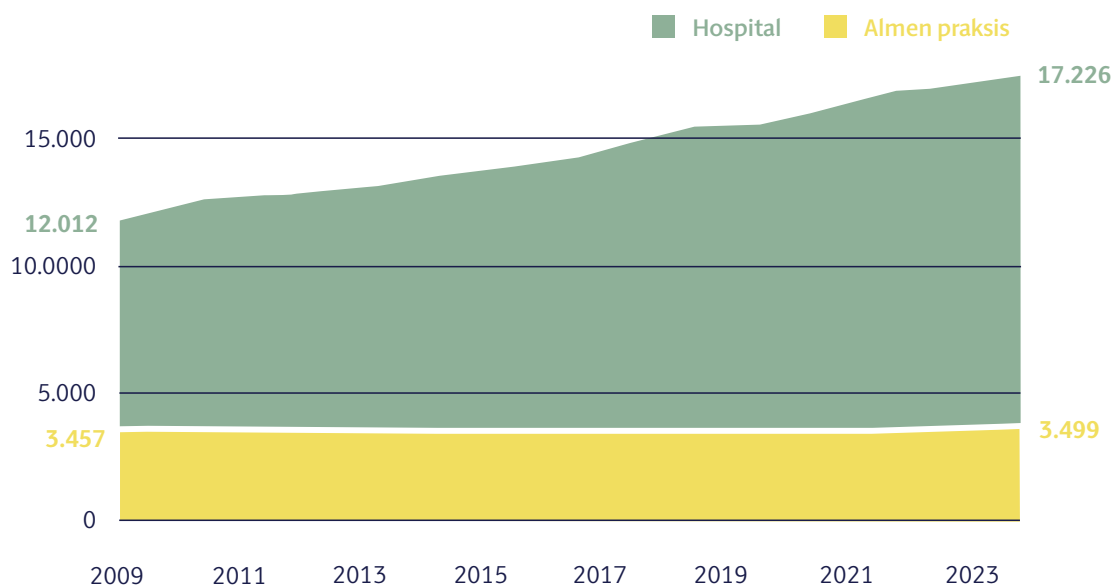
Speciallæger skal være til rådighed for kommunerne og almen praksis. Sygehuse skal forpligtes til at stille fleksibel adgang til speciallægeviden (fx inden for geriatrien) til rådighed for kommuner og almen praksis. Det skal de for bl.a.

at undgå indlæggelser ved hurtigt og effektivt at igangsætte ændringer i borgernes behandlingsplan eller medicin.

Udvid 72 timers behandlingsansvar. 72 timers behandlingsansvar skal udvides til flere grupper, herunder alle ældre medicinske patienter, der har været på en fælles akutmodtagelse, og psykiatriske patienter.

En national ramme for behandlingen af skrøbelige ældre patienter i eget hjem. Det skal sikre en ensartet og kendt kvalitet i den sundhedsfaglige behandling i nærmiljøet.

Udvikling i antal læger i almen praksis og hospitalssektoren 2009-2023



Note: Antal læger ansat på offentlige hospitaler (kun somatik, omregnet til fuldtidsansatte) sammenholdt med antal praktiserende læger (besatte lægekapatiteter). Antallet af hospitalslæger er beregnet som gennemsnit på tværs af alle måneder i året. Læger i udbuds- og regionsklinikker er ikke medtaget i almen praksis (udgør maksimalt 2 pct.). **Kilde:** Egne beregninger på baggrund af KRL.dk (sirka) og PLO.

Der skal være mere lige adgang til sundhedstilbud i hele landet

Der er massiv geografisk ulighed i sundhed. Og der er en tydelig social slagside i sundhedstilstanden på tværs af landet, som også genspejles i boligmassen.

Samtidig er det en del af fundamentet i et stærkt sundhedsvæsen, at man som borger kan vælge en læge tæt på og være tryk ved, at det er muligt at få tid, når der er behov. I dag er der færrest læger dér, hvor de sygeste af borgerne bor. Derfor skal vi investere i, at der er læger i hele landet, især i de områder, hvor det i dag er svært at skaffe læger.

✓ 5. Forslag

Læger skal være dér, hvor behovet er størst. Der skal være en national regulering og fordeling af ydernumre for praktiserende læger og speciallæger, der understøtter lægedækning i hele landet.

Lægen skal have tid til de mest syge. Vi skal arbejde med differentierede honorarer og sikre, at antallet af patienter pr. læge tager udgangspunkt i borgernes behandlingsbehov.

Tænk boligpolitik og sundhedspolitik sammen. Vi skal udnytte, at vi både står foran en ny boligaftale og en sundhedsreform, der skal styrke det nære sundhedsvæsen. Sundhedsarkitekturen rummer store uudnyttede potentialer særligt i de almene boligselskaber, hvor der er mange beboere med en dårligere sundhedstilstand. Her kan fremskudte indsatser og inddragelse af civilsamfund medvirke til at skabe mere lighed.

Socialpsykiatrien er en central del af det nære sundhedsvæsen

Socialpsykiatrien spiller en betydelig rolle i den samlede indsats til mennesker med psykiske lidelser. Socialpsykiatriens samarbejde med behandlingspsykiatrien i regionerne er udfordret mange steder, bl.a. fordi indlæggelsestiden i psykiatrien næsten er halveret siden 2002. Kommunerne oplever, at alt for mange psykiatriske patienter ikke er udskrivningsparate, når de udskrives fra en psykiatrisk afdeling. Samtidig er andelen af psykiatriske patienter, der må genindlægges indenfor 30 dage efter udskrivning steget, så det nu sker for mere end hver fjerde patient.

Udviklingen kalder både på en styrkelse af socialpsykiatrien i form af kommunale afklaringspladser og på, at sygehusene i højere grad lever op til deres behandlingsansvar for psykiatriske patienter.

✓ 6. Forslag

72 timers udvidet behandlingsansvar i psykiatrien. Ligesom i somatikken bør lægerne i psykiatrien have et 72 timers behandlingsansvar, når en patient udskrives.

Faste botilbudslæger på alle botilbud, så sygdom og dårlig sundhedstilstand blandt beboerne opdages tidlige.

Regionale botilbudsteams skal tilknyttes alle botilbud, hvor der bor borgere med psykisk lidelse for at understøtte samarbejdet mellem region og kommune om borgerne. Teams skal også skabe mere sammenhængende forløb, forebygge indlæggelser og nedbringe antallet af tvangsindlæggelser i psykiatrien.

Fleksible, midlertidige afklaringspladser i kommunerne skal sikre bedre overgange ved udskrivning af borgere med psykiske lidelse. Det kan stabilisere borgeren og sikre det bedste udgangspunkt for den videre indsats i kommunerne. Sygehusene skal stille fleksibel adgang til speciallægeviden til rådighed for kommunerne på pladserne.

Høringsvaret er underskrevet af alle landets borgmestere, rådmænd på sundheds- og ældreområdet og KL's bestyrelse.

Steen Christiansen,
borgmester,
Albertslund Kommune (S)

Karsten Längerich,
borgmester,
Allerød Kommune (V)

Søren Steen Andersen,
borgmester,
Assens Kommune (V)

Jesper Würtzen,
borgmester,
Ballerup Kommune (S)

Stephanie Storbak,
borgmester,
Billund Kommune (V)

Jacob Trøst,
borgmester,
Bornholms Regionskommune (C)

Maja Højgaard,
borgmester,
Brøndby Kommune (S)

Mikael Klitgaard,
borgmester,
Brønderslev Kommune (V)

Kenneth Gøtterup,
borgmester,
Dragør Kommune (C)

Vicky Holst Rasmussen,
borgmester,
Egedal Kommune (S)

Jesper Frost Rasmussen,
borgmester,
Esbjerg Kommune (V)

Frank Jensen,
borgmester,
Fanø Kommune (B)

Lars Storgaard,
borgmester,
Favrskov Kommune (C)

Ole Vive,
borgmester,
Faxe Kommune (V)

Thomas Lykke Pedersen,
borgmester,
Fredensborg Kommune (S)

Christian Bro,
borgmester,
Fredericia Kommune (S)

Michael Vindfeldt,
borgmester,
Frederiksberg Kommune (S)

Birgit S. Hansen,
borgmester,
Frederikshavn Kommune (S)

Tina Tving Stauning,
borgmester,
Frederikssund Kommune (S)

Ole Bondo Christensen,
borgmester,
Furesø Kommune (S)

Hans Stavnsager,
borgmester,
Faaborg-Midtfyn Kommune (S)

Michael Fenger,
borgmester,
Gentofte Kommune (C)

Trine Græse,
borgmester,
Gladsaxe Kommune (S)

Kasper Damsgaard,
borgmester,
Glostrup Kommune (S)

Pernille Beckmann,
borgmester,
Greve Kommune (V)

Bent Hansen,
borgmester,
Gribskov Kommune (V)

Simon Hansen,
borgmester,
Guldborgsund Kommune (S)

Mads Skau,
borgmester,
Haderslev Kommune (V)

Steffen Jensen,
borgmester,
Halsnæs Kommune (S)

Ole Vind,
borgmester,
Hedensted Kommune (V)

Benedikte Kiær,
borgmester,
Helsingør Kommune (C)

Thomas Gyldal Petersen,
borgmester,
Herlev Kommune (S)

Dorte West,
borgmester,
Herning Kommune (V)

Kirsten Jensen,
borgmester,
Hillerød Kommune (S)

Søren Smalbro,
borgmester,
Hjørring Kommune (V)

Christina K. Hansen,
borgmester,
Holbæk Kommune (S)

H.C. Østerby,
borgmester,
Holstebro Kommune (S)

Peter Sørensen,
borgmester,
Horsens Kommune (S)

Anders Wolf Andresen,
borgmester,
Hvidovre Kommune (SF)

Michel Ziegler,
borgmester,
Høje-Taastrup Kommune (C)

Morten Slotved,
borgmester,
Hørsholm Kommune (C)

Ib Lauritsen,
borgmester,
Ikast-Brande Kommune (V)

Merete Amdisen,
borgmester,
Ishøj Kommune (S)

Mogens Christen Gade,
borgmester,
Jammerbugt Kommune (V)

Martin Damm,
borgmester,
Kalundborg Kommune (V)

Kasper Ejning Olesen,
borgmester,
Kerteminde Kommune (S),

Knud Erik Langhoff,
borgmester,
Kolding Kommune (C)

Line Barfod,
teknik- og miljøborgmester,
Københavns kommune (EL)

Sisse Marie Welling,
sundheds- og omsorgsborgmester,
Københavns Kommune (SF)

Sophie Hæstorp Andersen,
overborgmester,
Københavns Kommune (S)

Marie Stærke,
borgmester,
Køge Kommune (S)

Tonni Hansen,
borgmester,
Langeland Kommune (SF)

Fortsat fra forrige side

Tina Mandrup, borgmester, Lejre Kommune (V)	Tommy Hummelose, rådmand, Odense Kommune (C)	Knud Vincents, borgmester, Slagelse Kommune (V)	Jens Ejner Christensen, borgmester, Vejle kommune (V)
Erik Flyvholm, borgmester, Lemvig Kommune (V)	Karina Vincentz, borgmester, Odsherred Kommune (L)	Emil Blücher, borgmester, Solrød Kommune (LA)	Per Bach Laursen, borgmester, Vesthimmerlands Kommune (V)
Holger Schou Rasmussen, borgmester, Lolland Kommune (S)	Torben Hansen, borgmester, Randers Kommune (S)	Gert Jørgensen, borgmester, Sorø Kommune (C)	Ulrik Wilbek, borgmester, Viborg Kommune (V)
Sofia Osmani, borgmester, Lyngby-Taarbæk Kommune (C)	Jesper Greth, borgmester, Rebild Kommune (V)	Henning Urban Dam Nielsen, borgmester, Stevns Kommune (S)	Mikael Smed, borgmester, Vordingborg Kommune (S)
Tobias Johansen, borgmester, Læsø Kommune (V)	Hans Østergaard, borgmester, Ringkøbing-Skjern Kommune (V)	Marianne Bredal, borgmester, Struer Kommune (V)	Peter Hansted, borgmester, Ærø Kommune (S)
Mogens Jespersen, borgmester, Mariagerfjord Kommune (V)	Klaus Hansen, borgmester, Ringsted Kommune (V)	Bo Hansen, borgmester, Svendborg Kommune (S)	Jan Riber Jakobsen, borgmester, Aabenraa Kommune (C)
Johannes Lundsfryd Jensen, borgmester, Middelfart Kommune (S)	Tomas Breddam, borgmester, Roskilde Kommune (S)	Michael Stegger Jensen, borgmester, Syddjurs Kommune (S)	Jes Lunde, rådmand, Aalborg Kommune (S)
Hans Ejner Bertelsen, borgmester, Morsø Kommune (V)	Ann Sofie Orth, borgmester, Rudersdal Kommune (C)	Erik Lauritzen, borgmester, Sønderborg Kommune (S)	Lasse Frimand Jensen, borgmester, Aalborg Kommune (S)
Kasper Bjerregaard, borgmester, Norddjurs Kommune (V)	Britt Jensen, borgmester, Rødovre Kommune (S)	Niels Jørgen Pedersen, borgmester, Thisted Kommune (V)	Christian Budde, rådmand, Aarhus Kommune (V)
Mette Landtved-Holm, borgmester, Nordfyns Kommune (V)	Marcel Meijer, borgmester, Samsø Kommune (S)	Jørgen Popp Petersen, borgmester, Tønder Kommune (SP)	Jacob Bundsgaard, borgmester, Aarhus Kommune (S)
Kenneth Muhs, borgmester, Nyborg Kommune (V)	Helle Gade, borgmester, Silkeborg Kommune (S)	Allan S. Andersen, borgmester, Tårnby Kommune (S)	
Carsten Rasmussen, borgmester, Næstved Kommune (S)	Johan Brødsgaard, 1. viceborgmester, Silkeborg Kommune (B)	Henrik Rasmussen, borgmester, Vallensbæk Kommune (C)	
Lone Jakobi, borgmester, Odder Kommune (S)	Frandis Fischer, borgmester, Skanderborg Kommune (S)	Mads Sørensen, borgmester, Varde Kommune (V)	
Peter Rahbæk Juel, borgmester, Odense Kommune (S)	Peder Christian Kirkegaard, borgmester, Skive Kommune (V)	Frank Schmidt-Hansen, borgmester, Vejen Kommune (C)	

Teknisk hørings svar Sundhedsstrukturkommissionen

KL takker for lejligheden til at afgive hørings svar.

KL skal indledningsvis henvise til politisk hørings svar fra alle borgmestre, rådmænd på sundheds- og ældreområdet og KL's bestyrelse afgivet d. 27. juni. Her udtrykker borgmestrene bekymring for, at flere af Sundhedsstrukturkommissionens modeller, i fald de realiseres, vil udfordre den demokratiske legitimitet og den velfærdsmodel vi har i Danmark, fordi velfærden ikke længere er underlagt lokal demokratisk prioritering og ansvar. Samtidig har modellerne udelukkende fokus på sammenhæng (kædeansvar), mens omstilling og fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen er underbelyst. Derfor sætter modellerne de nære tilbud under pres. Borgmestrene peger derfor på en række tiltag og strukturelle ændringer, herunder større ensartethed på baggrund af nationale standarder og større grad af mellemkommunalt forpligtigende samarbejde, der kan imødegå sundhedsvæsenets udfordringer uden samtidig at sætte den demokratiske legitimitet over styr.

KL har i forlængelse af det politiske hørings svar en række bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionen rapport og anbefalinger.

Overordnede kommentarer til Kommissionens rapport

KL er grundlæggende enig i kommissionens gennemgang af udfordringer for sundhedsvæsenet. KL bemærker også, at kommissionen i pejlemærker for udviklingen af sundhedsvæsenet lægger sig tæt op ad KL's, Hjerteforeningens og Gigtforeningens 7 principper for en omstilling af et samlet sundhedsvæsen fra 2023. Herunder et tydeligt fokus på nære, almene indsatser til borgere med kronisk sygdom, klog brug af teknologi og data og differentierede indsatser.

For KL er det afgørende at en reform sikrer, at et samlet sundhedsvæsen kan levere god kvalitet i fremtiden. Det kræver, at alle gør noget radikalt anderledes. Vi skal skabe grundlaget og rammerne til at omstille hele sundhedsvæsenet – så langt flere borgere kan få indsatser i det nære sundhedsvæsen, og sygehusene kan fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Der er, for KL at se, to bundne opgaver, som en reform skal løse:

For det første skal den imødegå den geografiske og sociale ulighed i sundhed, som har vokset sig alt for stor. Der skal være et tilgængeligt sundhedsvæsen for alle borgere, uanset om de bor på Lolland eller i Gentofte. Og sundhedsvæsenet skal både i det nære og det højt specialiserede have bedre muligheder for at differentiere indsatserne efter behov.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1 af 33

For det andet skal en reform sikre, at langt mere forebyggelse, opsporing, støtte og behandling foregår uden for sygehusene tæt på borgernes hverdag, på det relevante specialiseringsniveau og med endnu mere udstrakt brug teknologiske og digitale muligheder. Denne omstilling er en nødvendighed for at gear sundhedsvæsenet til at håndtere, at et langt større antal ældre og borgere med kronisk sygdom får brug for hjælp i sundhedsvæsenet i løbet af de kommende år.

Kernen i en reform er at skabe et nært sundhedsvæsen, som er så stærkt, at mere behandling kan foregå hjemme tæt på borgernes levede liv.

KL er derfor forundret over, at kommissionen i beskrivelsen af modeller, der skal styrke det nære sundhedsvæsen udelukkende, anbefaler at centralisere opgaver. KL savner i den forbindelse en begrundelse for, hvorfor kommissionen ikke har overvejet andre modeller, der konsoliderer og systematisk styrker tilbuddene i kommuner og i praksissektoren, herunder gennem rammer for øget brug af mellemkommunale samarbejder og gennem en styrkelse af de eksisterende sundhedsklynger.

Kommissionen cementerer derved den sygehuslogik, som har præget dansk sundhedspolitik i årtier – og som kommissionen netop var blevet bedt om at bibringe nye perspektiver på.

Samtidig stiller KL sig skeptisk overfor kommissionens grundlæggende antagelse om, at samling af myndighedsansvaret hos regionerne automatisk fører til omstilling og prioritering af de nære tilbud. I rapporten er det centrale argument: *"En myndighed med et samlet ansvar for en stor del af behandlings- og plejekæden har stærke tilskyndelser til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen, der kan reducere behovet for sygehusbehandling. Når gevinsten i form af mindre sygehusbehandling tilfalder samme myndighed, som har investeret i de forebyggende indsatser, styrkes incitamentet til en løbende omstilling af sundhedsvæsenet. Et samlet myndighedsansvar vil også understøtte en løbende tilpasning og udvikling af opgaveløsningen mellem faggrupper, fordi de vil tilhøre samme myndighed og dermed samme organisatoriske, ledelsesmæssige og økonomiske ramme."*

KL skal hertil anføre, at det jo netop ikke er sket i de seneste 15-20 år. Hvilket tydeligt understreges af, at kommissionen kommer med forslag til, hvordan eksempelvis almen praksis og psykiatrien skal styrkes. Områder som begge har været under regionalt 'kædeansvar' siden regionernes dannelse, og som netop er blevet nedprioriteret på bekostning af det højt specialiserede. Desuden er det bemærkelsesværdigt, at regionerne ikke har formået at styrke samarbejdet på tværs af specialerne i sundhedsvæsenet ud fra et samlet blik på patienternes behov. Patienter med flere samtidige sygdomme oplever ofte et fuldstændigt fravær af helhedsblik på deres samlede situation. Kommissionens anbefaling om ændring af organiseringen af psykiatrien understreger denne problematik. Det "horisontale" kædeansvar løftes således ikke tilstrækkeligt med både overbehandling, underbehandling og fejlbehandling til følge – og deraf dårlige patientforløb og dårlig ressourceudnyttelse til følge. Ligeledes har regionerne ikke formået af sikre en geografisk lighed i sundhedstilbud og -ansatte – hverken hvad

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 2 af 33

angår praktiserende læger eller øvrige sundhedstilbud, til trods for det entydige ansvar.

KL undrer sig over kommissionens manglende anerkendelse af, at sundhedstilbud, særligt når det gælder indsatser til borgere med kronisk sygdom, skal ses i samspil med en række andre forhold i borgerens liv. Og at vi i sundhedsindsatsen kun lykkes, hvis vi tænker på tværs af social, beskæftigelse, ældre, sundhed og civilsamfund. Fx kæmper mange borgere med kronisk sygdom også med sociale problematikker. Hvis ikke vi anerkender den dimension og alene forholder os til den kliniske faglighed, risikerer vi at fejle i indsatsen til mange af vores mest udsatte borgere. Effektfulde sundhedstilbud, som skal holde borgerne velregulerede og ude af sygehus, kan ikke reduceres til et snævert klinisk blik på patientens diagnose, men skal kobles til hele rækken af nære velfærdstilbud – i samarbejde med eksperterne på sygehus.

Dette perspektiv tabes desværre i kommissionens modeller for centralisering af sundhedsvæsenet, som alene har fokus på den vertikale integration mellem sygehus, almen praksis og kommune. Hvorimod den horisontale integration på tværs af nære velfærdsindsatser tabes af syne i de forskellige modeller for opgavesamling.

KL savner i lange stræk dokumentation for kommissionens overvejelser og anbefalinger. Dette særligt ift. overvejelserne om et enstrenget regionalt myndighedsansvar, som i bund og grund bygger på en "alt andet lige" antagelse uden meget hold i virkeligheden. Men den mangelfulde dokumentation går igen en række steder. Fx bygger kommissionens påstand om volumen i de kommunale akutfunktioner på et udsagn fra én kommune om, at der skal være et befolkningsgrundlag på 75.000 for et oppebære en bæredygtig akutfunktion.

Når vi i KL ser på kommunernes anvendelse af andre ydelser i sundhedsvæsenet fx målt ved kontakter i almen praksis eller kontakter i sygehusvæsenet kan vi ikke konstatere et øget træk på ydelser, som følger af kommunestørrelse. Vi ser heller ikke, at dette dokumenteres i kommissionens rapport. KL anerkender, at der kan være sammenhæng mellem størrelse og driftseffektivitet fx viser en Vive rapport fra 2024 gennemført for Fanø Kommune, at der findes smådriftsulemper på en række områder fra administration til folkeskole. Vi ser dog ingen dokumentation hverken i kommissionens rapport eller i øvrige data på, at små kommunerne systematisk leverer en dårligere service for borgerne på sundhedsområdet end større kommuner. Det er i denne forbindelse vigtig at skelne mellem faglig bæredygtighed og driftshensyn. Akutsygepleje ydes grundlæggende af erfarne generalistsygeplejersker. Der kan derimod være behov for kommunalt samarbejde i ydertid for at sikre en effektiv drift hele døgnet.

KL savner også et mere afbalanceret blik i kommissionens analyser og gennemgange af kommunernes tilbud. Fx vurderer kommissionen, hvad der isoleret set er korrekt, at der er tæt sammenhæng mellem de kommunale akutfunktioner og sygehus og praksissektor. Den tætte integration mellem akutfunktionen og den øvrige kommunale sygepleje og hjemmepleje er derimod ikke beskrevet.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 3 af 33

I samme tråd nævner kommissionen, at adskillelsen af læger og sygeplejersker i separate sektorer er en barriere for opgaveudvikling. Det er også hér snævert set korrekt. Det handler imidlertid mere om manglende fleksibilitet i anvendelsen af reglerne om lægens brug af medhjælp, som ville muliggøre et langt tættere samarbejde mellem sektorer om lægeforbeholdte opgaver. Reglerne forudsætter imidlertid, at læger og ledelser er villige til at arbejde mere fleksibelt med faggrupper uden for egen matrikel. Det er ikke givet, at opgavesamling og centralisering vil åbne op for det.

Kommissionens rationale om et enstrengt myndighedsansvar

Kommissionen beskriver en række udfordringer for sundhedsvæsenet, konkret manglende på sammenhæng, ubalance mellem det specialiserede sygehusvæsen, nære almene tilbud og geografisk ulighed i sundhed.

I sin analyse fremsætter kommissionen en præmis om, at den nuværende opgave- og ansvarsfordeling (fordelingen af opgaver mellem forskellige myndigheder) er den primære forklaring på udfordringerne:

"Den nuværende opgave- og ansvarsfordeling er medvirkende til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, manglende investeringer i de almene sundhedstilbud og udfordringer med faglig bæredygtighed i dele af kommunernes opgaveløsning."

KL er enig i, at opgave- og ansvarsfordelingen er en væsentlig årsag til utilstrækkelig sammenhæng i patientforløb, men det er næppe den eneste. Her spiller fx manglende national prioritering af det nære sundhedsvæsen, digital infrastruktur, fagkulturer og uklare forpligtelser også en rolle. Det er således ikke den nuværende fordeling af ansvar og opgaver i sig selv, der fører til manglende investeringer i de almene sundhedstilbud – som også argumenteret ovenfor.

Vi finder det derfor også bekymrende, at kommissionens analyse fører til et overdrevent fokus på samling af opgaver og ansvar som svaret på udfordringerne. For så vidt angår manglende investeringer i de almene tilbud, har fraværet af politisk opmærksomhed, prioritering og investeringer større forklaringskraft end fordelingen af opgaver og ansvar. Og det kan løses uden at ommøblere hele sundhedsvæsenet.

Kommissionen anbefaler med afsæt i ovenstående, tre bud på nye strukturer for sundhedsvæsenet (forvaltningsmodeller). For to af de tre modeller konkret, at sundheds- og ældreområdet forankres i 8-10 sundheds- og omsorgsregioner (som er hhv. politisk eller administrativt ledet). Rationalet er, at et samlet centraliseret myndighedsansvar i 8-10 nye enheder vil sikre både bedre sammenhæng i patientforløb og, at indsatsen forankres dér, hvor den løses bedst og billigst. Denne teoretiske antagelse er imidlertid ikke empirisk underbygget, og erfaringerne gennem de seneste 15-20 år peger da også i en anden retning.

KL bemærker *for det første*, at kommissionens rationale alene er en antagelsen, at *"alt andet lige at jo flere sammenhængende opgaver en myndighed har ansvaret for, desto bedre forudsætninger er der i princippet for at afstemme og koordinere indsatser....."*

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 4 af 33

KL undrer sig over, at kommissionen, på trods af, at den konstaterer, at regionerne hidtil ikke har formået at sikre sammenhæng for patienter med multisygdom eller understøtte sammenhæng mellem somatik og psykiatri (side 175) alligevel fastholder, at et samlet regionalt myndighedsansvar er løsningen på snitfladeproblemer i sundhedsvæsenet.

Dette skal også ses i lyset af, at det kun er en lille andel af de 2,8 mio. danskere, der hvert år er i kontakt med sygehusvæsenet, der oplever manglende sammenhæng. De er ofte ældre (+80 år), har mange kontakter på tværs af sektorer og har behov for en mere håndholdt indsats for at sikre et sammenhængende og velkoordineret behandlingsforløb.

Afhængig af, hvordan man opgør denne gruppe, udgør den mellem 1,8 pct. (kommunale indsatser og mindst fem kontakter i hospitals- og praksissektoren i løbet af et år) og helt ned til 0,6 pct. (mere end 10 kontakter i begge sektorer pr. år.) af hospitalspatienterne om året. Det svarer til hhv. 68.000-eller 18.000borgere årligt, hvis vi afgrænser gruppen til gruppen af +80-årige. Det er svært at forestille sig, at sammenhæng for denne lille gruppe af meget skrøbelige borgere – uagtet at regionerne får et samlet ansvar for sundhed – nogensinde skulle blive en kerneopgave for sygehusene – simpelthen fordi de udgør så lille en andel af de mere end 2,8 mio. danskere, som sygehusene så i 2022.

Set fra et kommunalt perspektiv fylder de meget skrøbelige borgere derimod meget. Blandt dem med kommunal kontakt har to ud af fem mindst fem kontakter til både hospitals- og praksissektoren og knap hver femte har mindst 10 kontakter til hospitals- og praksissektoren. Spørgsmålet er, om det nære (kommunale) perspektiv vil få lov at dominere, i fald myndighedsansvaret forankres centralt og med ophæng i en regional sygehustænkning. Herudover undrer KL sig over, at kommissionen i gennemgangen af sammenhængsproblematikker i kapitel fire i overvejende grad beskriver forløb inden for én sektor. Det vil en centralisering i sig selv ikke løse.

Der findes i dag data og viden om kontaktmønstre, kommunal aktivitet mv., baseret på strukturerede og standardiserede data, som kommunerne indberetter til Sundhedsdatastyrelsen, men hvor brug af data *ikke* har fundet vej til kommissionens rapport. Der er således ikke medtaget betragtninger om eller analyser af, hvordan kommuner arbejder systematisk med at forebygge plejebehov, eller hvordan sygehuse og almen praksis systematisk kan understøtte et sådant mål, uagtet at "plejebehov" reelt er den største omkostningsdriver for sundhedsvæsenet samlet set i kommende år, som kommissionen også beskriver.

KL bemærker *for det andet*, at kapaciteten i almen praksis i en årrække ikke har matchet efterspørgslen efter almen medicinske ydelser. Uagtet, at ydelser fra almen praktiserende læge er billigere end forløb på sygehus og formentlig også mere skånsomt for særligt skrøbelige ældre borgere. Heller ikke hér viser erfaringen, at et samlet regionalt myndighedsansvar løser sundhedsvæsenets udfordringer. KL er derfor også kritisk over for, om 8-10 sundheds- og omsorgsregioner kan sikre bedre sammenhæng og sikre, at indsatsen forankres dér, hvor den løses bedst og billigst, når de fem nuværende regioner hidtil ikke har formået et gøre det.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 5 af 33

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 6 af 33

KL undrer sig *for det tredje* over, hvordan 8-10 sundheds- og omsorgsregioner skal kunne løfte specialiserede sygehusopgaver samtidig med, at de drifter nære sundhedstilbud, når de både er for små til at løfte en række af de mest specialiserede sygehusopgaver og for store til at tage hånd om indsatser i nærmiljøet. Dette gælder også ældreplejen, der jf. ældreaftalen skal baseres på værdierne selvbestemmelse, tillid og lokal forankring.

Kommissionen peger herudover selv på, at flere regioner vil betyde lavere selvforsyningsgrad, hvormed flere borgere skal behandles i en anden region, end hvor de bor. KL frygter, at konsekvenserne særligt vil mærkes for patienter med behov for specialiseret behandling i en anden region og for udviklingen af indsatser, der forudsætter kendskab til nære tilbud herunder kobling til civilsamfund fx ift. sundhedsfremme, mestring og rehabilitering. Det vil særligt gå ud over ældre skrøbelige borgere.

KL noterer sig i den forbindelse, at de foreløbige finske erfaringer med at samle ansvaret for sundhed hos en myndighed, som kommissionen i øvrigt selv påpeger i rapporten, indikerer, at de nye velfærdsserviceregioner kan være for små i forhold til at have kritisk masse og robusthed til specialiserede indsatser.

Centralisering udhuler den demokratiske legitimitet

Kommissionens anbefalinger vil svække den demokratiske legitimitet markant. Model 1 vil forringe den demokratiske forankring af ældreområdet ganske markant, hvis man går fra 98 til 8- 10 enheder. I model 2 vil man fjerne i størrelsesordenen 200 mia. kr. fra det lokale/regionale demokratiske kontrol. Det vil være så markant, at det reelt vil markere en overgang til en ny samfundsmodel, hvor velfærden ikke længere er underlagt det lokale demokrati.

Uagtet de udfordringer, demografien vil stille os over for i de kommende år, står vi med en succesfuld sundheds- og ældrepleje i Danmark, som er resultatet af lokale, politiske beslutninger tæt på borgerne. Det bør vi ikke sætte over styr ved at centralisere en lang række opgaver, hvis styrke netop er den nære forankring.

Centralisering svækker samspillet med civilsamfundet

Både i det nære sundhedsvæsen og i ældreplejen spiller civilsamfundet en stor rolle i form af fx pårørende, naboer, civilsamfundsforeninger, boligforeninger og selvorganiserende fællesskaber. Det solide samspil mellem kommuner og civilsamfundsaktører er et centralt element i vores velfærdsmodel. Den centralisering, der i varierende grad lægges op til med de tre forvaltningsmodeller, vil mindske pladsen til det lokale liv, og det vil stække samspillet mellem civilsamfundets mange aktører og det offentlige system.

Bemærkninger til Kommissionens tværgående anbefalinger og forslag

KL bakker grundlæggende op om kommissionens forslag til tværgående anbefalinger og forslag. Gennemførelse af de tværgående anbefalinger vil i sig selv bringe os et godt stykke i forhold til at imødegå de udfordringer, vi står over for.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 7 af 33

KL har en række konkrete bemærkninger til hver af de fem anbefalinger.

Almen Praksis

Strukturkommissionen har fremsat 9 anbefalinger til udviklingen af almen praksis. KL er grundlæggende enig i anbefalingerne, men ser det som en betydelig udfordring ift., at almen praksis virke sker med udgangspunkt i sygehusenes behov. Sundhedsstrukturkommissionen overser behovet for at knytte almen praksis tættere på kommunerne.

Kommissionen lægger vægt på, at ansvaret for at tilvejebringe et almenmedicinsk tilbud fortsat placeres hos den myndighed, som også har ansvaret for at tilvejebringe sygehusydelse. Årsagerne til denne vurdering er ifølge kommissionen:

- Faglig bæredygtighed i ledelses- og kontrolfunktionerne forudsætter en vis størrelse
- Myndigheden med ansvar for sygehusindsatserne skal også have ansvaret for det almenmedicinske tilbud, som er gatekeeperfunktion for det sekundære sundhedsvæsen
- Der er behov for opmærksomhed på og prioritering af det almenmedicinske tilbud i det sekundære sundhedsvæsen, bl.a. sygehusenes forpligtigelse til at understøtte det almenmedicinske tilbud
- Opgaveomstilling og sammenhængende patientforløb understøttes af, at ansvaret er placeret hos samme myndighed, da en udbygning af det almenmedicinske tilbud forudsætter en modsvarende tilpasning af opgavevaretagelsen og kapaciteten på sygehusområdet.

KL er enige i, at almen praksis skal styrkes. Ikke primært med det formål at aflaste sygehusene, men for at give alle borgere et nært tilbud med adgang til almen medicinsk hjælp. Og sikre kommunens medarbejdere adgang til fleksibel rådgivning ved behov.

KL bemærker, at regionerne netop ikke er lykkedes med at skabe hverken faglig bæredygtighed, forpligtende og systematiske tværsektorielle samarbejder eller omstilling mod et mere stærkt og nært sundhedsvæsen hos almen praksis. Som vi ser det, bliver det aldrig sygehusejernes første prioritet at drive de almene tilbud, endsiige understøtte, at der lokalt er et velfungerende samarbejde med bl.a. ældreplejen, hvorfor området også har været nedprioriteret i mange år. Fx er antallet af hospitalslæger steget med 43 procent på 15 år, hvilket svarer til mere end 5.000 ekstra læger, mens der i samme periode blot er kommet 42 ekstra alment praktiserende læger.

KL og PLO ønsker at forhandle overenskomsten for almen praksis netop fordi kommuner og almen praksis har en fælles interesse i at sikre et godt almenmedicinsk tilbud til de skrøbelige ældre, de sårbare børn og voksne og borgere med kronisk sygdom, som primært efterspørger et nærværende og let tilgængeligt tilbud.

Ny organisering af digitalisering og data

KL er overordnet enig i, at der har været begrænset eksekveringskraft og for lav hastighed for udvikling og implementering af digitaliserings- og datainitiativer på sundhedsområdet. Vi mangler en klar og gensidigt forpligtende retning, hvor kommuner, almen praksis og sygehuse går i takt.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 8 af 33

KL hilser derfor ønsket om én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data og en stærkere national planlægningskompetence velkommen. Der er behov for at alle parter i sundhedsvæsenet forpligtiger sig til at indføre prioriterede tværgående løsninger for at styrke omstillingen og tilbyde ensartede tilbud over hele landet.

Kommissionen foreslår *"En konsolideret og fælles arkitektur kan rammesætte digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet og understøtte sammenhængende løsninger og udvikling"*. Det er en fornuftig ambition, som både kan øge hastigheden i it-udvikling og sammenhæng på tværs af sundheds-it-landskabet. På det kommunale område har vi gode erfaringer med udviklingen af en fælleskommunal rammearkitektur og KL bidrager gerne med erfaringerne i det videre arbejde.

Vi bakker ligeledes op om kommissionens anbefalinger om at bringe data fra sundhedsvæsenets aktører mere i spil. Der er behov for deling af relevante data i den primære patientkontakt. Ligesom data skal understøtte et lærende sundhedsvæsen og udforske potentialer ved kunstig intelligens. Data skal være validt og tidstro, så det kan understøtte kvalitetsudviklingen på de enkelte områder, og bidrage med viden om best practice og effekt.

Det bemærkes, at der ligger et stort og nødvendigt driftsnært arbejde i standardiseringen af data, for at opnå klassificerede ensartede begreber, som kan deles på tværs, og bringes i anvendelse. Herudover bemærkes, at det vil være af stor værdi med øget national fokus og juridisk bistand til fx GDPR, MDR-forordning og anvendelse af data til kunstig intelligens.

Kommissionen foreslår en fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data "Digital Sundhed Danmark". Her samles opgaver og ressourcer, der handler om udvikling og drift af fælles, nationale løsninger, som i dag er spredt på flere aktører. KL bakker op om at samle nationale tværgående løsninger ét sted. Der udestår imidlertid, efter KL's opfattelse, en drøftelse af balancerne mellem værdien af at centralisere it-drift på den ene side og behovet for at have it-udvikling tæt på den faglige praksis, som ud fra KL's erfaring ofte giver et mere innovativt resultat.

Eksempelvis rummer de kommunale EOJ-løsninger både service- og sundhedslovsydelser, hvilket vil betyde, at alle 98 kommuner fortsat vil have behov for at have et separat EOJ-system til understøttelse af opgaver på socialområdet. Her bliver det afgørende at få lagt et hensigtsmæssigt snit og sikre sammenhæng til den fælleskommunale it-infrastruktur, som driftes via KOMBIT.

Anbefalingen om, at Digital Sundhed Danmark får ansvar for at understøtte det samlede primære sundhedsvæsen, kalder på etablering af en potentielt meget stor it-aktør. Her bliver det afgørende at en tæt kobling mellem digital udvikling og faglig praksis/forretning vægtes tilstrækkeligt. På den baggrund støttes der op om kommissionens forslag om, at der foretages yderligere analyse på udvalgte emner, inden det fastlægges, hvilket ansvar og hvilken organisering der lægges i en ny organisation.

KL hilser generelt det høje ambitionsniveau for data og digitalisering velkomment. Der er ingen tvivl om, at det kræver investeringer og løbende driftsfinansiering til implementering af højne viden, kvalitet og eksekveringshastighed på området. Der er ligeledes gode argumenter for, at finansieringen målrettes mere, som kommissionen foreslår. KL bemærker dog den overordnede præmis for kommissionens arbejde om omkostningsneutralitet, og stiller sig kritisk i forhold til, at man kan komme i mål med en ny organisering på området for data og digitalisering med allerede afsatte midler.

National sundhedsplan - tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet
Kommissionen foreslår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en national sundhedsplan, med det formål at sætte en strategisk retning for udviklingen i sundhedsvæsenet. Planen skal sikre fordeling af ressourcer på tværs af sundhedsvæsenet – både i form af finansiering og kompetencer på tværs af landet. Ligeledes skal planen sikre, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter bruges på de nære sundhedstilbud.

I udgangspunktet er KL positive overfor en national sundhedsplan, der styrker det nære sundhedsvæsen. Sundhedsplanen skal rumme økonomi, lægeressourcer, forskning, uddannelse, kvalitetsstandarder, styringsredskaber mv. Det er forslag som alle giver mening, men som samtidig kan medføre, at planen bliver vagt ift. at sikre en prioritering af ressourcer til det primære sundhedsvæsen pga. bredden.

Samtidig fremgår det tydeligt, at behovet for en national sundhedsplan særligt er affødt af behovet for at sikre et fokus på det nære – i særdeleshed ældreområdet – i forvaltningsmodel 1 og 2. Hvilket understreger, at omstilling og udvikling ikke kommer af sig selv blot der er fælles myndighedsansvar men alene en teoretisk betragtning.

KL har en række konkrete bemærkninger til afsnittet:

Den nationale plan skal være rammen for lokale planer ift. egentlig udmøntning af den strategiske retning - Sundhedsstyrelsen skal rådgive og godkende de lokale planer.

Først og fremmest er det uklart, hvordan en national sundhedsplan skal spille sammen med de løbende politiske prioriteringer i kommuner, regioner og stat. Det kan være et betydeligt indgreb i både ledelsesretten hos de enkelte myndigheder og i mulighederne for lokal prioritering.

Samtidig forudsættes det, at en national sundhedsplan ikke må medføre øget administration, hvilket alene i lyset af ovenstående er svært at se. Ligesom det ikke kan forventes at fx kvalitetsplaner vil føre til mindre administration.

Planen skal sikre en gradvis tilpasning af ressourcefordelingen ved at demografimidlerne på det regionale område målrettes det primære sundhedsvæsen. Det vil samtidig sikre en reduceret vækst på sygehusene. KL er helt enige i denne prioritering af ressourcer til det primære sundhedsvæsen. Vi er samtidig uforstående overfor, hvorfor denne prioritering alene kan ske indenfor samme myndighed.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 9 af 33

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København Swww.kl.dk
Side 10 af 33

En prioritering og udbygning af det nære sundhedsvæsen bør ske i tæt sammenhæng til de øvrige velfærdstilbud i kommunerne, hvis vi for alvor skal sikre et nært sundhedsvæsen, der både forebygger sygdom og aflaster sygehusene. Det vil derfor være afgørende at kommunerne som repræsentanter for det nære sundhedsvæsen på lige fod med regionerne kan indgå aftaler om udviklingen herunder prioritering af midler til det nære.

Samtidig kan det undre, at Sundhedsstyrelsen anslår, at 20 pct. eller mere af den nuværende sygehusaktivitet er unødvendig, uden at der sættes tydeligt fokus på at undgå dette på sygehusene i kommissionens overvejelser. Der vil være tale om en betydelige frigørelse af ressourcer, hvis dette blev imødegået. Derfor kan det også undre at kommissionen ikke har haft tydeligere overvejelser over de enkelte hospitalers ledelser og deres rolle ift. at sikre en omstilling, både internt og ift. det primære sundhedsvæsen, da det er her den daglige drift sker.

Det forudsættes at sygehusene påtager sig en stærkere rolle med at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen – fx ved at sikre adgang til specialistviden og kompetencer. KL bakker op om dette synspunkt.

KL er ligeledes enige i behovet for at tilpasse fordelingen af læger geografisk således, at der er flest læger der, hvor behovet er størst.

Udarbejdelsen af tværsektorielle kvalitetsstandarder giver god mening, herunder særligt at fokusere dem på områder, hvor der er særligt potentiale for en omstilling. Se yderligere bemærkninger i afsnit om kvalitet og forskning

Sundhedshuse fremhæves også som centrale elementer i opbygningen af et relevant og nært sundhedstilbud. KL bakker op, om at kommunale sundhedshuse på tværs af landet bidrager positivt til sundheden i lokalsamfundet.

Kommunerne har opbygget sundhedshuse ud fra lokale ønsker og behov, hvor borgerne møder kommunens sundhedstilbud sammen med fx sundhedstilbud fra regionen og primærsektoren. Herudover er der i de fleste sundhedshuse tilbud fra civilsamfundet, som kan understøtte borgerens vej til egen mestring af sundhedsmæssige eller sociale udfordringer.

Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Det er positivt, at kommissionen har fokus på en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Her er det dog centralt, at man i det videre arbejde holder sig den igangværende 10-årsplan for psykiatri for øje og tæt følger de spor, der bliver lagt her.

KL noterer sig, at kommissionen med alle tre modeller anbefaler at fastholde socialpsykiatrien i kommunerne. Det er KL enig i er den rigtige løsning, uanset fremtidig model for sundhedsvæsenet. En meget stor del af de borgere, der benytter socialpsykiatrien, har kontakter ind i kommunens øvrige velfærdsområde, særligt beskæftigelse, rusmiddelbehandling, familieområdet og hjemmeplejen/sundhedsområdet. Dertil kommer, at socialpsykiatrien er en integreret del af det samlede handicap- og

socialområde i kommunerne, og det ville fagligt set ikke kunne udskilles på en hensigtsmæssig måde.

KL bemærker desuden, at der i opgørelsen af botilbud ikke er medregnet botilbudslignende tilbud (ABL § 105 med SEL § 85), som knap 15.000 borgere modtager (s. 311-313).

I model 1 og 2 vil et scenarie, hvor ældreområdet flyttes fra kommunerne, medføre, at borgere med psykiske lidelser vil opleve at få flere snitflader, end de allerede har i dag. Det gælder fx borgere under 67 år, som er visiteret til støtte fra den kommunale hjemmepleje samt borgere, der modtager kommunale sundhedsydelse. Dette vil være uhensigtsmæssigt.

Kommissionen opstiller tre konkrete forslag vedr. psykiatrien:

Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen

KL bakker umiddelbart op om dette forslag, da det – hvis integrationen reelt lykkes – kan medføre færre snitfladeproblematikker for borgere/patienter med psykiske lidelser og samtidig somatisk sygdom og potentielt føre til tidligere opsporing af såvel somatisk som psykiatrisk sygdom.

Styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser

Fasttilknyttede læger på botilbud giver god mening fagligt set, men erfaringen er, at det kan være vanskeligt at rekruttere læger til opgaven. Man har i overenskomsten med PLO for 2022 indført Sundhedstjek for alle borgere på botilbud. Der bør findes en model for fasttilknyttede læger på botilbud, som sikrer såvel rekruttering af læger som sammenhæng ift. aftalen om helbredstjek.

Der er ikke erfaringer for, at en tovholderfunktion for beboere er den rette og mest bæredygtige løsning ift. at sikre bedre sammenhæng for målgruppen. Det er derfor tvivlsomt, om det er en hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne.

Hvad angår forslaget om nationale kvalitetsstandarder med forpligtigende krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien, mener KL ikke at dette er udgiftsneutralt. Det må forventes at øge opgavemængden i socialpsykiatrien, og hvis intentionen er opgaveflytning, at forudsætte et kompetenceløft af medarbejderne til de nye opgaver. Der bør desuden være opmærksomhed på snitflader til andre opgaver og faggrupper end de sundhedsfaglige, herunder at der sikres sammenhæng til anbefalinger og krav til opgaveløsningen i socialpsykiatrien på Social-, Bolig- og Ældreministeriets ressort.

KL bakker op om tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet. Dog skal der være opmærksomhed på at der allerede findes flere af disse, herunder i klyngesamarbejdet og i lokale sundhedsaftaleregioner.

Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

KL bakker op om en styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien, som et supplement til den øvrige behandling. Der bør gennemføres et grundigt fagligt forarbejde for at sikre at de rette løsninger bruges samt at det er de rigtige målgrupper, der tilbydes digitale løsninger.

Praktiserende speciallæger

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482

Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk

Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 11 af 33

Praktiserende speciallæger er efter de alment praktiserende læger den ressourcemæssigt største aktør på praksisområdet. Kommissionen anbefaler, at de praktiserende speciallæger kan bidrage til en omkostningseffektiv brug af de samlede speciallægefaglige ressourcer. Det kræver, at de organisatoriske- og styringsmæssige rammer tilpasses for at understøtte en mere effektiv brug. Sundhedsstyrelsen vurderer, at speciallægepraksis effektivt kan varetage og afslutte flere ambulante behandlingsforløb for en række målgrupper: opfølgning og kontrol af kroniske lidelser, ikke-akutte børnesygdomme, angst og depression og udredning af medicinske og kirurgiske mavetarmsygdomme.

KL er enige i ambitionen om, at den speciallægefaglige kapacitet bør bringes mere effektivt i anvendelse i fremtidens sundhedsvæsen. På nuværende tidspunkt er antallet af speciallæger meget ulige fordelt, endnu mere end almen praksis, hvorfor man må forvente, at indfrielse af denne ambition vil have et langt sigte.

Kommissionens overvejelser om opgavesamling

KL noterer sig, at kommissionen er blevet bedt om at vurdere, inden for hvilke områder og målgrupper, der er særligt potentiale for forbedringer i samspillet på tværs af sektorer og øget omstilling. KL undrer sig dog over, at kommissionen alene har vurderet potentialet ved at flytte opgaver fra kommuner til regioner. Det var oplagt at se systematisk på muligheder for omstille opgaveløsning, så mere kan klares i det nære.

KL bemærker, at kommissionens argument for opgavesamling er at understøtte sammenhæng og styrke omstillingskraften. KL bemærker også, at kommissionen bl.a. fremhæver opgavesamling som en væsentlig årsag til, at der på sygehus og i praksissektoren, som begge er underlagt regional ledelse, er sket en løbende tilpasning af opgavefordelingen mellem faggrupper. KL undrer sig med det rationale in mente over, hvorfor almen praksis og lægevagt ikke er blevet udbygget og moderniseret til at matche patienternes behov for almen medicinske ydelser. Særligt set i lyset af, at det regionale akutsystem er under voldsomt pres netop pga. manglen på almen medicinske kompetencer uden for sygehusene. Udviklingen i personalesammensætningen er således gået i den stik modsatte retning. En stigning i antallet af sygehusansatte læger og en markant reduktion af fx social- og sundhedsassistenter på sygehusene. Og en stagnation i praktiserende læger.

KL noterer sig, at kommissionen fremhæver, at meget store organisatoriske enheder, som 8-10 sundheds- og omsorgsregioner vil være, hvis hele eller størstedelen af de kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet flyttes til regionerne, kan give stordriftsulemper og udfordringer med den nødvendige ledelsesmæssige nærhed til opgaveløsningen. KL så gerne, at kommissionen i højere grad anerkender det som en reel og endog meget sandsynlig konsekvens, hvis det kommunale sundheds- og ældreområde samles i 8-10 sundheds- og omsorgsregioner som i model 1 og 2.

KL noterer sig også, at to ud af tre modeller for opgavesamling resulterer i at kommunernes økonomi reduceres med mellem 31-67 mia. kr.. En opgaveflytning af den størrelsesorden vil reducere det kommunale prioriteringsrum betragteligt og gøre kommunerne mindre robuste i forhold til

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 12 af 33

at håndtere opgaveskred på tilgrænsende områder, fx det specialiserede socialområde. Konsekvensen vil i praksis være en kommunalreform ad bagdøren.

KL er herudover stærkt bekymret for de markante omkostninger, der vil være forbundet med massive opgaveomlægninger mellem myndigheder. Det gælder de økonomiske udgifter såvel som det betydelige effektivitetstab en så markant omlægning vil medføre.

KL har en række konkrete bemærkninger til de indsatser, kommissionen foreslår at flytte fra kommunerne til sundheds- og omsorgsregionerne.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 13 af 33

Det kommunale genoptræningsområde

Almen genoptræning: Basal og avanceret genoptræning

I Sundhedsstrukturkommissionens model 1 og 2, foreslås det, at hele genoptræningsområdet centraliseres i regionerne. KL stiller sig uforstående overfor denne anbefaling, da Sundhedsstyrelsens baggrundsnotat til kommissionens arbejde netop påpeger, at "*hovedparten af opgaverne i det primære sundhedsvæsen har almen karakter, hvor det er hensigtsmæssigt at tilstræbe let tilgængelighed*" (Sundhedsstyrelsens notat om faglig bæredygtighed s. 14).

I kommunerne håndteres ca. 200.000 almene genoptræningsplaner årligt, og i den nuværende organisering af genoptræningsområdet, er tilbuddet netop nært og lettilgængeligt for borgerne i deres hverdag.

Det bemærkes, at en primær begrundelse for, at kommunerne i forbindelse med strukturreformen i 2007 overtog ansvaret for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus var, at disse sundhedsopgaver varetages mest hensigtsmæssigt i borgerens nærmiljø og i tæt sammenhæng med andre områder, som fx social- og beskæftigelsesindsatsen. Desuden var der en erkendelse af, at opgaven ikke tidligere havde været prioriteret i de daværende amter.

Det understreger KL's pointe om, at almene sundhedstilbud aldrig vil blive en kerneopgave på de specialiserede sygehuse. KL finder, at den sammenhæng, som var en af begrundelserne for reformen i 2007, kun er blevet endnu mere væsentlig også set i lyset af, at sygehusene siden reformen kun er blevet endnu mere specialiserede.

Genoptræningen bør foregå så tæt på borgerens nærmiljø som muligt og koblet til de andre indsatser, som er relevante eksempelvis beskæftigelsesområdet.

Fx er hjerneskadeområdet kendetegnet ved en tæt kobling til andre lovgivninger som lov om social service, lov om aktiv beskæftigelse og lov om specialundervisning for voksne og indsatser som neuropsykologisk indsats, synstræning, jobtræning mv. De enkelte kommuner har på hjerneskadeområdet alle enten Hjerneskadekoordinatører eller koordinerende teams for netop at sikre denne vigtige sammenhæng for borgeren. For mange borgere er det vigtigt med nærhed til indsatserne. En centralisering kan derfor føre til mere ulighed i sundhed.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 14 af 33

Genoptræningsområdet har været i en positiv udvikling siden flytning af området til kommunerne. Kommissionens forslag om at centralisere området, risikerer at underminere de faglige miljøer, der lokalt er opbygget om netop genoptræning og ikke mindst den helt nødvendige kobling til andre kommunale velfærdsområder

Hertil kommer, at kommunerne løbende har investeret i teknologi og digitale løsninger for at sikre en omstilling af indsatsen, som understøtter egen mestring. Det er netop en sådan omstilling, der er behov for, hvis sundhedsvæsenet i fremtiden skal kunne imødegå den demografiske udfordring. KL's forvaltningsundersøgelse fra 2023 viste, at 70 pct. af kommunerne har enten digital genoptræning i drift eller under implementering på området for genoptræning efter sygehusophold (SUL § 140). Med den politiske aftale om "Mere behandling hjemme" fra december 2023 er alle 98 kommuner forpligtet på digital genoptræning, skærmbesøg mv.

Specialiseret rehabilitering og øvrige specialiserede opgaver

Det fremgår af kommissionens rapport, at Sundhedsstyrelsen vurderer, at der på en række områder vil være behov for samling og specialisering for at opbygge ensartede tilbud af høj kvalitet. Det gælder bl.a. genoptræning efter benamputation, genoptræning af mindre grupper af kræftpatienter, børn og unge der har været gennem svær sygdom og mennesker med psykiske traumer eller progredierende sygdom som sklerose og ALS.

Forpligtende tværkommunale samarbejder

Når volumen, specialisering og særlige kompetencer er afgørende ser KL forpligtende tværkommunale samarbejder som god løsningsmodel.

KL skal også gøre opmærksom på, at det er en meget lille gruppe (ca. 600), som udskrives med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering. Her kan kommunerne henvise til højt specialiserede tilbud hos private aktører (et overblik over godkendte private leverandører kan findes på www.mingenoptraening.dk) eller til andre kommuners tilbud, hvis ikke de har den tilstrækkelige volumen eller kompetencer i egen organisation.

KL mener, at det vil få konsekvenser for sammenhængen i borgerens forløb, lighed i sundhed, kvaliteten på området og nærhed, hvis man vælger at samle specialiseret rehabilitering med den del af genoptræningen, som foregår i sygehusregi. KL støtter ikke en centralisering, men finder, at potentialet for borgeren er større ved fortsat at sikre den tætte sammenhæng der er til de til grænsende områder, som fx social- og beskæftigelsesområderne.

Specifikt ift. sklerose foregår genoptræning typisk hos privatpraktiserende fysioterapeuter i ordningen for vederlagsfri fysioterapi og meget sjældent i kommunale tilbud. I den nyeste overenskomstaftale for vederlagsfri fysioterapi aftalte vi strukturerede forløb for udvalgte diagnoser herunder sklerose, for netop at øge sammenhæng, lighed og kvalitet for denne patientgruppe. Ligesom Sklerosehospitalerne spiller en stor rolle på området.

Strukturkommissionen nævner som et alternativ til en egentlig opgavesamling, at man kan overveje at indføre krav om tværkommunalt samarbejde i kombination med kvalitetsstandarder. Dette støtter KL op om jf. oven for og vurderer, at det vil styrke kvaliteten og samarbejdet, at kommunerne får kvalitetsstandarder, de kan tage afsæt i.

Patientrettet forebyggelse

KL har grundlæggende svært ved at se det faglige argument for at forankre ansvaret for den patientrettede forebyggelse i regionalt regi.

Det skyldes for det første, at den patientrettede forebyggelse har et stærkt ophæng til civilsamfund og de øvrige kommunale velfærdsopgaver, fx på social- og beskæftigelsesområdet. Hvis ansvaret forankres regionalt, er der mulighed for, at den vertikale sammenhæng til sygehusbehandling styrkes, men samtidig fjernes den brede kobling til socialområdet og beskæftigelse og potentielt også til foreninger og øvrigt civilsamfund, som kommunerne har stor kontakt og samarbejde med. Mange af de borgere der lider af kronisk sygdom, er heldigvis stadig en aktiv del af arbejdsstyrken, men har på grund af deres sygdom i perioder brug for tæt og koordineret kontakt med andre forvaltningsområder i kommunen. Derfor åbner Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kronisk sygdom også op for, at kommunale forvaltninger kan henvise relevante borgere direkte til en afklarende samtale.

I Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kronisk sygdom er et kravene herudover, at der *"aktivt støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats"*. Udvikling af brobygningsarbejdet mellem det kommunale forebyggelsestilbud og de lokale civilsamfundsorganisationer er noget kommunerne har prioriteret højt gennem de seneste år. Dette tætte samarbejde har skabt mulighed for gode overgange fra kommunalt tilbud til en aktiv hverdag. Både for de borgere, der har ressourcerne til selv at indgå i foreningslivet – og for de mere sårbare borgere, for hvem overgange fra tilbud til foreningsliv kan være en udfordring og som derfor skal understøttes af forskellige følgeordninger og mentorforløb.

For det andet ved vi, at nærhed til tilbuddene betyder bedre tilslutning særligt blandt udsatte borgere, hvor afstand betyder noget. Nærhed til indsatsen vil godt kunne fastholdes i regionalt regi. Bekymringen er imidlertid, at forankring af ansvaret for nære tilbud i så store og komplekse organisationer, som sundheds- og omsorgsregioner vil blive, kan lede til centralisering ikke mindst på ledelsesniveau, hvad kommissionen også nævner.

Herudover arbejder kommunerne i stort omfang med generiske indsatser, der ikke er målrettet den enkelte diagnose. Det betyder i praksis, at kommunerne langt hen af vejen kan oppebære volumen i indsatsen. For helt særlige målgrupper kan der evt. være behov for forpligtende mellemkommunale samarbejder.

KL er ikke enig i kommissionens formodning om, at forankring af ansvaret for den patientrettede forebyggelse i regionalt regi vil lede til en bedre ressourceudnyttelse. Her mener KL, at kommissionen ikke tager højde for snitfladen mellem de patient- og borgerrettede indsatser, hvor der er stort sammenfald i medarbejdere, der løfter opgaverne. I praksis vil en

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 15 af 33

opgaveflytning betyde, at der skal opbygges parallelle tilbud. I en situation med rekrutteringsudfordringer er en uhensigtsmæssig anvendelse af de tilgængelige ressourcer. For at understøtte en omstilling til træning før/i stedet for operation kunne man i stedet give regionerne mulighed for at finansiere en udbygning af de kommunale træningstilbud fx til knæpatienter.

Akutsygepleje

KL noterer sig, at akutsygeplejen foreslås flyttet i alle tre forslag til opgavesamling. I forhold til stor og mellem opgavesamling skal KL fastholde den generelle bekymring for, at så høj grad af centralisering risikerer at flytte fokus fra nære almene tilbud.

I forhold til kommissionens forslag om en mindre opgavesamling, hvor akutfunktionen overgår til regionerne, har KL svært ved at se de faglige argumenter. Kommissionen fremhæver selv hensynet til faglig bæredygtighed i den præhospitale indsats og de almenmedicinske tilbud.

KL skal for det første fremhæve, at intentionen med de kommunale akutfunktioner er at understøtte indsatsen over for borgere med kompleks og omskiftelig sygdom – typisk skrøbelige ældre medicinske patienter. Det handler dels om at robustgøre samarbejdet med sygehus og almen praksis om de mest komplekse forløb; dels om at understøtte samarbejdet med den øvrige kommunale sygepleje/hjemmepleje. Hvis funktionen flyttes til regionen og i praksis primært fungerer som lægens/den præhospitale enheds "forlængede arm" vil funktionen formentlig blive reduceret til en art prædiagnostisk enhed, som alene skal understøtte samarbejdspartnere, fx ved at foretage en indledende vurdering af borgere i eget hjem for almen praksis. Det er ikke hensigten med de kommunale akutfunktioner.

For det andet vil den resterende kommunale sygepleje miste adgang til en vital samarbejdspartner i den daglige drift. Det vil givet påvirke den faglige indsats i sygeplejen betydeligt og påvirke den faglige bæredygtighed og robusthed i kommunerne, herudover muligheden for at varetage øvrige sundhedsopgaver. Akutsygeplejen er i dag væsentlig for udviklingen i den øvrige kommunale sygepleje. Herudover vil flytning ikke fjerne en snitflade, men blot parallelforskyde den ned i den øvrige kommunale sygepleje, men uden den afgørende fleksibilitet, der ligger i akutfunktionen. Det anerkender kommissionen også kan være en uhensigtsmæssig konsekvens.

Endelig er der begrænset kapacitet i de kommunale akutfunktioner. Der er samlet fra nationalt hold blevet afsat ca. 250 mio. kr. årligt. Det vil givet ikke robustgøre almen praksis og den præhospitale indsats, men gøre den kommunale sygepleje mere skrøbelig ifald funktionen flyttes til regionerne.

Kommunal sygepleje

KL noterer sig, at sygeplejen foreslås flyttet i kommissionens forslag til mellem og stor opgavesamling.

KL er bekymret for, at så høj grad af centralisering risikerer at flytte fokus fra nære almene tilbud.

Specifikt i forhold til sygeplejen er KL særligt bekymret for, at sygeplejen målrettes dels hurtig hjemtagning af patienter fra sygehus dels støtte til

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 16 af 33

almen praksis og den præhospitale indsats på bekostning af det tværfaglige samarbejde i ældreplejen om tidlig indsats og rehabilitering. Det vil være uhensigtsmæssigt for den enkelte borger og på sigt udfordre bæredygtigheden i det samlede sundhedsvæsen.

Midlertidige pladser

KL noterer sig, at kommunernes midlertidige pladser foreslås flyttet i kommissionens forslag til mellem og stor opgavesamling. KL skal også hér fastholde den generelle bekymring for, at så høj grad af centralisering risikerer at flytte fokus fra nære almene tilbud.

Kommunernes midlertidige pladser har traditionelt været brugt som venteplads til plejehjem eller aflastning i forhold til en pårørende med demens, men servicerer i dag mange forskellige funktioner med sammenhæng til den øvrige kommunale opgavevaretagelse. Det er bl.a. venteplads til plejehjem, aflastningsplads til demente, rehabiliteringsplads, observationsplads til borgere med behov for sygeplejefaglig observation i en kortere periode og akutpladser til borgere med behov for kompleks sygepleje. De midlertidige pladser er således også i vid udstrækning lokaliseret på kommunale plejehjem.

Med den stærke konneks til øvrige kommunale opgaver, vil en opgaveflytning af de midlertidige pladser derfor ske på bekostning af den tværfaglige indsats i kommunen ved hjemtagelse til eget hjem, og skabe manglende sammenhæng for borgeren til de resterende kommunale ydelser, som borgerne på midlertidige pladser også modtager. Når data for kommunal opgaveløsning kobles med data for borgers kontakter i det samlede sundhedsvæsen, kan det belyses, at borgere på midlertidige pladser særligt er karakteriseret ved at modtage mange kommunale indsatser.

Ældreområdet – indsatser efter serviceloven

Strukturkommissionen lægger i to af de tre modeller op til, at ældreområdet helt eller delvist samles med sygehussektoren. Det vil sige, at et af de helt centrale kerneområder i den kommunale velfærd flyttes ud af kommunerne.

Det har konsekvenser for såvel den politiske legitimitet som for kommunestyret, som vi kender det, jf. ovenfor. Og den netop aftalte ældrereform lægger netop op til en yderligere styrkelse af medbestemmelse, helhedssyn på borger og samarbejde med lokalsamfundet. Noget netop lokale folkevalgte er garant for.

I model 1 samles ældreområdet med sundhedssektoren under et regionalt enhedssundhedsvæsen. I model 2 samles ældreområdet med sundhedssektoren i én statslig myndighed. Begge modeller kan ifølge kommissionen gennemføres med en stor eller mellemstor opgavesamling, og der foreslås i rapporten forskellige opgavesnit for opgavesamling. Variant A er den samlede model, som omfatter hele det kommunale ældre- og træningsområde, inkl. plejehjem, kommunal sygepleje og patientrettet forebyggelse. I variant B vil indsatser på ældreområdet til personer under folkepensionsalderen fortsat varetages i kommunalt regi. I variant C forbliver praktisk hjælp og madservice i kommunerne, mens variant D indebærer, at kommunerne fortsat har ansvar for praktisk hjælp og madservice samt øvrige indsatser på ældreområdet for personer under folkepensionsalderen.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 17 af 33

I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvaret for plejehjem og plejeboliger samt de sundheds- og omsorgsopgaver, der ydes ifm. driften af plejehjem og plejeboliger i en model med delt ansvar. I model 3 lægges der op til, at ældreområdet forbliver i kommunerne.

Dette giver anledning til en række bemærkninger:

Personlig pleje og praktisk hjælp

Kommissionen fremhæver i sin rapport, at der er en tæt sammenhæng mellem praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje. Set fra et borgerperspektiv er der tale om ydelser, der leveres som en integreret del under samme besøg og ofte af én medarbejder. Hovedparten af de sygeplejefaglige indsatser, der leveres i borgers eget hjem udføres af medarbejdere i den kommunale hjemmepleje, dvs. social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere.

Et bredt flertal i Folketinget har for nyligt vedtaget en ældrereform. Et bærende hensyn i ældrereformen er, at så få personer som muligt skal komme i borgerens hjem, i faste teams omkring borgeren. Med ønsket om at sikre kontinuitet og få, men velkendte ansigter i ældreplejen, kan det undre, at flere af kommissionens opgavesamlinger og forvaltningsmodeller lægger op til nye snitflader, hvor fx ansvaret for praktisk hjælp og madservice bliver i kommunen, mens ansvaret for personlig pleje og sygepleje flyttes til en sundheds- og omsorgsregion.

Det kan også undre, at kommissionen på den ene side fremhæver, at praktisk hjælp ikke har en tæt sammenhæng til indsatser, der foregår på sygehuse og i praksissektoren, men samtidig nævner den forebyggende rolle blandt særligt sårbare ældre, som medarbejdere der leverer praktisk hjælp udfylder. Dermed understreger kommissionen et af KL's hovedbudskaber: det handler ikke kun om medarbejderens uddannelse, det er også opgaven og kendskabet til borgeren, der er afgørende. Medarbejderen der "kun" leverer praktisk hjælp, er et billede på, hvad det nære sundhedsvæsen – og den kommunale ældrepleje – kan, nemlig at understøtte borgeren i eget hjem og sikre et bredt blik på fx ensomhed og begyndende sygdom/funktionstab, som der kan sættes tidligere ind over for.

Adskillelsen af personlig pleje fra praktisk hjælp, som kommissionen foreslår, er grundlæggende i modstrid med helhedspleje som beskrevet i ældrereformen.

Forebyggelse

Ældrereformen fremhæver vigtigheden af forebyggelse, og de forebyggende hjemmebesøg erstattes af en pligt til generel forebyggelse. En stærk forebyggelse tager afsæt i borgerens hverdag, som netop medarbejderne i kommunerne har et helt unikt indblik i. De befinder sig tæt på borgerne – de er en integreret del af borgernes hverdag. Det kommunale arbejde på ældreområdet handler ikke kun om at levere praktisk hjælp, personlig pleje og sygepleje til svækkede eller syge borgere, men også om at skabe og understøtte gode rammer om seniorlivet. Det trækker tråde til andre kommunale forvaltningsområder, herunder byindretning, boligformer, kulturtilbud, idræts- og foreningsliv, civilsamfund og pårørende.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 18 af 33

Forebyggelse er et afgørende element i at imødegå de udfordringer, vi står overfor på sundheds- og ældreområdet – det skal derfor fastholdes.

En samlet indsats med afsæt i borgers hverdagsliv

Borgerne skal mødes af en samlet indsats – altså en indsats, der *både* omfatter praktisk hjælp og personlig pleje, hvis det er det, borgeren har behov for. Det kan man ikke opnå, hvis man skiller tingene ad, som der lægges op til i model 1, variant D. Det skaber blot en ny snitflade og en ny sammenhæng, der skal skabes for borgerne. Hverdagslivet bør være afsæt for den indsats borgerne modtager. Sygepleje er det yderste led, og hospitalsindlæggelser skal ikke være udgangspunktet for den samlede indsats. Der er tale om borgere og ikke patienter – og der er ikke brug for en patientliggørelse af borgerne.

Plejeboliger

I den mellemstore opgavesamling bevarer kommunerne ansvar for plejehjem og plejebolig, mens det øvrige kommunale ældreområde samles under én myndighed. Rationalet for den mellemstore opgavesamling er at plejehjem og plejeboliger bibeholdes som en kommunal opgave for at skabe sammenhæng til kommunernes øvrige opgaver med tilvejebringelse af boliger og fysisk planlægning. Opgavesamlingen betyder dermed, at mulighederne for, at plejeboliger og plejehjem integreres som en del af det øvrige lokalsamfund, by- og boligudvikling, bevares.

KL er enig i nødvendigheden af den lokale forankring af plejehjem og plejeboliger, og ser dette som en væsentlig begrundelse for at fastholde området som en kommunal opgave.

Hvis man adskiller ældreområdet, skabes imidlertid en ny sektorovergang for en gruppe af de mest sårbare borgere, der går fra at modtage personlig pleje i eget hjem til at flytte i plejebolig eller plejehjem.

Dette vil udfordre incitamentsstrukturen, da den nye myndighed ikke har incitament til at støtte borgere i at blive længst muligt i eget hjem, men tværtimod har incitament til at flytte borgeren på plejehjem eller i plejebolig. Ligeledes skal der tages højde for, at kommunerne kan have økonomisk incitament til strengere visitationskrav, idet kommunerne først tager del i finansieringsansvaret for borgeren, når borgeren visiteres til en plejebolig. Der er stærkt uhensigtsmæssigt at skabe en ny sektorovergang for en gruppe af borgere, hvor kontinuitet og kendskab til borgerens samlede situation og behov er udgangspunkt for levering af pleje og omsorg af høj kvalitet.

Ældre borgere, der bor på plejehjem eller i plejebolig, er skrøbelige, og derfor er det vigtigt, at deres samlede behov (sygepleje, personlig pleje og praktisk hjælp og træningsindsatser) i størst muligt omfang varetages på plejehjemmet. Udgangspunktet for en ældrepleje af høj kvalitet skal være borgernes behov og hverdag, derfor skal hovedvægten ligge i det nære og derfor er ældreplejen en kommunal kerneopgave. Sammenhængen til den primære sundhedssektor og tilgængeligheden af læge og sygeplejefaglige ydelser i de kommunale tilbud skal udbredes, men ønsker vi at fastholde det nære, så skal et samlet ansvar for ældreplejen ikke centraliseres hos en sundheds- og omsorgsregion eller statslig myndighed.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 19 af 33

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 20 af 33

Hjælpeområdene

Strukturkommissionen vurderer, at hjælpeområdet har en stor betydning for det vertikale kædeansvar og at det er en af de områder, som har størst potentiale ved at blive samlet i samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og praksissektor.

KL er enig med kommissionen i, at lovgivningen på området skaber uklarhed for borgere og dem, der skal administrere lovgivningen. KL har i mange år opfordret til, at lovgivningen tydeliggøres, hvilket der også har været optræk til flere gange. Det er især sondringen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber, som er uklare og skaber stor frustration hos borgere og ansatte. KL er dog ikke enig i, at det vil skabe bedre kvalitet og sammenhæng at samle ansvaret i samme myndighed, som har ansvaret for sygehuse og praksissektoren.

Kommissionen anfører, at hjælpeområdet har en tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektoren, fordi mange hjælpemidler udleveres i forbindelse med sygehusophold, eller skadestue eller ambulatorium besøg. Kommissionen anfører dog også, at hjælpeområdet har store snitflader til handicapområdet i kommunerne.

KL vil gerne påpege, at der for den største del af hjælpeområdet er en tæt kobling til de kommunale velfærdsområder. Der er en stor sammenhæng til boligindretning, hjælpemidler ift. borgernes arbejdsplads, APV-hjælpeområder og ift. borgere i egen bolig, botilbud og plejehjem mv. Nærhed og sammenhæng er derfor af afgørende betydning for, at borgerne får de rette hjælpemidler. Det omfatter også velfærdsteknologiske hjælpemidler, som er et område af afgørende betydning for fremtidens ældrepleje

Kommunerne har i dag velfungerende hjælpeområder – evt. i tværkommunale samarbejder eller private leverandører – som i tæt samarbejde med leverandørerne sørger for, at borgerne får de rette hjælpemidler.

Ca. 80 procent af kommunerne har kvikskrænker, som udleverer nogle af de mere basale hjælpemidler til borgere og kan rådgive og vejlede borgerne om hjælpemidler. Derudover har mange kommuner lokale centre eller udstillinger, hvor borgerne har mulighed for at afprøve velfærdsteknologiske hjælpemidler. Nærhed og lokalkendskab er vigtig for at sikre, at borgerne får de rette hjælpemidler og for hurtigt at kunne udlevere hjælpemidler til borgere, som udskrives fra sygehuset. KL vurderer derfor, at sammenhængen til de øvrige dele af kommunernes opgaver er af afgørende betydning mens sammenhængen til sygehusenes behandlingsredskaber og midlertidige hjælpemidler er af mindre betydning. En større sammenhæng og en klar sektorovergang mellem sygehus, almen praksis og kommune kan derfor løses ved en klar opgavefordeling og lovgivning.

KL skal hertil bemærke, at især den del af hjælpeområdet, som omfatter de kropsbårne hjælpemidler, har en stor tilknytning til sygehusene. Det er især de kropsbårne hjælpemidler, som giver udfordringer. KL finder derfor, at det vil skabe en større klarhed, hvis regionerne/(de ansvarlige for

sygehusdriften) får ansvaret for de kropsbårne hjælpemidler, der kræver lægelig visitation.

Eksemplet med insulinpumpen – som nævnes i kommissionens rapport - burde være løst med Behandlingsrådets beslutning om, at der er tale om et behandlingsredskab og der med et regionalt ansvar.

Det fremgår som et eksempel fra en borger, at vedkommende frygter, at de ikke at kunne få hjælpemidler med, hvis de flytter til en anden kommune. Hertil vil KL gøre opmærksom på, at der er frit valg af hjælpemidler, og at en borger derfor altid kan vælge at fortsætte med at anvende et bestemt produkt, hvis vedkommende flytter til en anden kommune.

KL anbefaler desuden, at midlertidige hjælpemidler fremover bliver et kommunalt ansvar, så det bliver tydeligt, hvem der er ansvarlig for udlevering af disse. Ift. hjælpemidler er det i dag kommunerne, som er de store aftagere og som har opbygget hjælpemiddeldepoter, som er baseret på genbrug med afsæt i vedligeholdelse, reparationer og fokus på at kunne sammensætte hjælpemidler, så de er tilpasset den enkelte borgers behov.

Ergoterapeutforeningen og KL har udarbejdet tre anbefalinger til den fremtidige organisering af hjælpemiddelområdet, som kan læses her: [Skab klarhed på hjælpemiddelområdet hele vejen rundt](#)

Tværkommunalt samarbejde og faglig bæredygtighed

Ifølge kommissoriet har Sundhedsstrukturkommissionen haft til opgave at forholde sig til ”rammer for den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet. Herunder en vurdering af, hvordan øget organisering af tværkommunalt samarbejde kan sikre en fagligt bæredygtig opgaveløsning”.

Potentialerne ved tværkommunalt samarbejde beskrives flere steder i rapporten, men potentialerne ved tværkommunalt samarbejde for at sikre faglig bæredygtighed afspejles imidlertid ikke i kommissionens modeller. Kommissionen afrapportering har udelukkende anbefalet modeller, der flytter opgaver ud af kommunerne, og op i regionerne. Altså en centralisering

Borgergrundlag og økonomisk bæredygtighed kan være vigtigt at tænke ind, når man skal løse visse sundhedsopgaver. Derfor kan der være behov for, at kommunerne indgår samarbejde på tværs dér, hvor opgaven kræver det.

Der er potentiale for fx at indgå flere kommunale samarbejder på nedenstående områder:

- Hjælpemidler: Fælles hjælpemiddelcentral og faglige kompetencer
- Midlertidige pladser – samarbejde om kapacitet
- Aften-/natdækning af akutfunktioner i tyndt befolkede områder
- Specialiseret rehabilitering fx hoved-halskræft, visse typer sklerose, hjerneskode, amputationer mv. der kræver et vist befolkningsunderlag
- Børn og unge, der har været igennem svær sygdom
- Mennesker med progredierende sygdomme som fx sklerose og ALS
- Tilbud som led i tidlige indsatser for børn og unge i mistrivsel

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 21 af 33

- Telemedicin, der involverer specialiseret sygepleje fx ift. til borgere med KOL, hjerte og sårsygepleje.

Derudover kan der være øvrige områder inden for teknologi og data. Det vil dog afhænge af, hvordan den nye nationale organisation, som foreslås af kommissionen, bliver udarbejdet.

Kommissionens forslag til forvaltningsmodeller

Model 1 og 2 – Enhedssundhedsvæsen

Kommissionens forslag til to ud af tre forvaltningsmodeller (model 1 og 2) vil føre til en markant centralisering af sundhedsvæsenet. Kommissionen estimerer, at et samlet sundheds- og ældreområde forankret i 8-10 sundheds- og omsorgsregioner (enten folkevalgte eller administrative) vil have et budget på 200 mia. kr. om året (eksklusiv den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet, som udgør 26 mia. kr.) og råde over knap 250.000 medarbejdere, der både skal udvikle sygehusene, sikre omstilling til nære sundhedstilbud i kommuner og på praksisområdet og drifte et ældreområde med andre styringsmekanismer og hensyn end sygehusdrift.

Det er en stor og kompleks opgave, som kan give markante stordriftsulemper, som kommissionen også medgiver.

Den markante centralisering vil – særligt på ældreområdet, hvor der er tradition for kort afstand mellem borger og beslutningstager – reducere den demokratiske legitimitet betydeligt og vil i model 2 føre til en bureaukratisering af velfærden, hvis sundheds- og ældreområdet skal ledes af professionelle bestyrelser uden legitim demokratisk forankring eller alternativt af folkevalgte langt væk fra.

Paradoksalt risikerer centraliseringen af nære og almene indsatser samtidig at føre til mindre effektiv drift af sygehusvæsenet, fordi 8-10 enheder ikke kan oppebære fagligt bæredygtige tilbud. Det vil være til gene for de patienter, der skal bevæge sig over regionsgrænser for at modtage behandling, der ikke kan tilbydes i alle regioner og skabe snitflader i behandlingstilbuddene, der ikke eksisterer i dag.

KL frygter herudover, at udvikling og drift af almene nære tilbud og herunder særligt de nære indsatser på ældreområdet vil tabe terræn til det specialiserede sygehusvæsen. Det bekræftes af, at nationale sundhedsplaner skal understøtte, at udbygning af nære tilbud reelt prioriteres nationalt og lokalt i de nye sundheds- og omsorgsklynger.

KL undrer sig derfor også over, at kommissionen på den ene side fastslår, at en *"myndighed med et samlet ansvar for en stor del af behandlings- og plejekæden har stærke tilskyndelser til at prioritere indsatser i det primære sundhedsvæsen"* (s. 340) og på den anden side ser behov for, at Sundhedsstyrelsen skal være ansvarlig for en national sundhedsplan, der skal sikre *"ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen"* (s. 235).

Nærudvalg

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 22 af 33

Kommissionen foreslår i model 1 og 3, at der etableres et antal stående udvalg i hver sundheds- og omsorgsklynge, nærudvalg. Hensigten er at styrke regionernes fokus på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen.

KL anerkender kommissionens ønske om at sikre hensynet til at prioritere og udvikle de nære tilbud. Det ændrer dog ikke ved KL's bekymring for, at nære tilbud vil tabe terræn til specialiseret sygehusbehandling. KL bemærker i den forbindelse, at beføjelserne til at fastsætte indholdsmæssige og økonomiske rammer for nærudvalgene er forankret i regionsrådene. Ligesom nærudvalgets medlemmer vælges blandt regionsrådets repræsentanter. Dermed er de ikke valgt i eller geografisk forbundet til det nærområde, hvor de skal forvalte en lokal udvikling.

Model 1a

Kommissionen har beskrevet en variant af model 1, hvor regionsrådet udpeges af kommunalbestyrelserne i regionen – dvs. indirekte valg. Det foreslås at borgmestrene bliver repræsenteret i regionsrådene, suppleret op med kommunalbestyrelsesmedlemmer for at sikre partirepræsentation.

Modellen løser nok en del af udfordringen med lokal forankring, men adresserer ikke spørgsmålet om den markante centralisering af sundhedsvæsenet. Der vil fortsat være tale om meget store organisationer, med meget forskellige styringsmekanismer og hensyn afhængig af, om vi taler ældrepleje eller sygehusdrift.

Model 3 – Sundhedsregioner

I model 3 tager kommissionen udgangspunkt i den nuværende struktur, muligvis med færre regioner og muligvis med en flytning af et mindre antal opgaver fra kommunerne til regionerne. Denne model flugter bedre med kommunernes anbefalinger til sundhedsvæsenets struktur, jf. bl.a. KL's politiske høringsvar.

Modellen imødegår den risiko for udvanding af sygehusetilbud i regionerne, som model 1 og 2 vil medføre. For KL er det afgørende, at der i fremtidens sundhedsvæsen er fagligt bæredygtige regioner, der kan garantere solide behandlingstilbud over hele landet.

Samtidig fastholdes kommunernes ansvar for de nære sundhedstilbud og dermed også basis for at videreudvikle robuste almene sundhedstilbud tæt på borgerne. Modellen skaber det største potentiale for en omstilling til nære tilbud, fordi udvikling af de nære tilbud sker i egen ret – som en ligeværdig del af et samlet sundhedsvæsen.

Modellen kombineres med en række tiltag, herunder overvejes det, om centrale dele af de kommunale sundhedsopgaver skal flyttes til regionerne (mindre opgavesamling). Det kan KL ikke støtte op om, jf. oven for.

Endvidere fremhæves øget brug af tværsektorielle kvalitetsstandarder, hvilket KL støtter op om.

Desuden foreslås en incitamentsmodel, der skal tilskynde kommunerne til at prioritere en effektiv sundheds- og ældrepleje. KL forholder sig nærmere til

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 23 af 33

modellen i afsnittet om økonomi neden for. Her skal blot fremhæves, at kommunerne allerede i dag har incitament til at udvikle sundhedstilbud og forebygge forværring af sygdom, tab af funktionsevne mv. alene med baggrund i de besparelser, der er forbundet med at understøtte borgerne i at være selvhjulpne længst muligt. KL anerkender dog, at høste-så problematikkerne mellem sektorerne er en væsentlig udfordring, der skal løses.

Også i denne model foreslås nærhedsudvalg der bl.a. vil have til opgave at prioritere dele af demografimidlerne (i alt ca. 750 mio. kr. årligt) ift. udvikling af det nære sundhedsvæsen. Det er i modellen fortsat en udfordring, at kommunerne ikke har en fulgyldig rolle ind i drøftelserne om udviklingen af det nære sundhedsvæsen, da det i modellen fortsat er regionsrådet der træffer de endelige beslutninger. Endnu engang understreger det kommissionens fokus på at aflaste sygehusene, mere end at omstille og udvikle de nære tilbud. Se i øvrigt afsnit om økonomi og finansiering.

Sundhedsklyngerne

Det overvejes i model 3, at sundhedsklyngerne kan have en rolle, fx ift. at indstille prioritering af demografimidlerne til nærudvalgene. Denne variant løser dog ikke ovennævnte udfordring med en ligeværdig rolle for kommunerne.

I stedet kunne sundhedsklyngerne (bestående af nærudvalg og borgmestre) tillægges mere beslutningskraft, hvis de fik til opgave at prioritere anvendelsen af regionernes demografimidler. Dermed kunne de blive en drivende kraft ift. at sikre sammenhæng og den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet. Det kræver netop, at sundhedsklyngerne får mere beslutningskraft, så der på tværs af sygehus, kommuner og almen praksis træffes beslutninger som fælles forpligter parterne på en omstilling til det nære sundhedsvæsen.

Klyngerne kan etableres som formaliserede samarbejdsorganer, hvis formål er at være den faglige og politiske motor, som kan sikre udviklingen af det nære sundhedsvæsen som en stærk medspiller til hospitalerne med udgangspunkt i nationale retningslinjer og aftaler.

En central opgave vil således være udmøntning af demografimidlerne, nationalt prioriterede midler fra økonomiaftalerne, implementering af nationale kvalitetsstandarder mv. For at skabe incitament til, at klyngerne indgår en forpligtende udmøntningsaftale, kan midlerne betinges af, at klyngen laver en udmøntningsaftale. Modellen skal skabe incitament til at lave udmøntningsaftaler og knytte midlerne til klyngen og ikke give kommuner og regioner oplevelsen af, at der er tale om egne midler, der kan indgå i den lokale prioritering.

Klyngerne kan også være omdrejningspunktet for forpligtende tværkommunale samarbejder, der kan understøtte den rette kvalitet og kompetencer i opgavevaretagelsen, der hvor de enkelte kommuner ikke kan løfte opgaven alene.

Transaktionsomkostninger

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 24 af 33

Afslutningsvist skal KL anerkende, at kommissionen i rapporten tydeliggør, at der er styrker og svagheder ved alle tre forvaltningsmodeller.

Uanset model er det afgørende vigtigt at holde sig for øje, at store reformer også har store transaktionsomkostninger. Mange medarbejdere skal skifte arbejdssted, systemer skal laves om mv.

Borgerne står med udfordringer her og nu, som skal løses i et sundhedsvæsen, der allerede er under pres. Samtidig har ingen af modellerne for alvor fokus på at skabe en *omstilling* af sundhedsvæsenet – og det er helt afgørende, at det er det vigtigste mål med en reform, hvis vi vil fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Samtidig skal det endnu engang understreges, at KL på ingen måde kan se centralisering af tilbud og etableringen af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner som svaret på sundhedsvæsenets udfordringer. KL ser dog muligheder i at arbejde videre med en udvikling af model 3 særligt med blik for at sikre incitamenter til omstilling og udvikling af de nære kommunale sundhedstilbud.

Økonomi og finansiering

Strukturkommissionens forslag om afskaffelse af kommunal medfinansiering (KMF)

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at formålet med den kommunale medfinansiering er vanskeligt at realisere. Erfaringerne fra den nuværende kommunale medfinansiering er bl.a., at kommunernes reelle styringsmuligheder er begrænsede, fordi kommunerne ikke har indflydelse på regionernes sygehuskapacitet. Det er derfor vurderingen, at modellen for kommunal medfinansiering ikke styrker kommunernes incitament til at prioritere og investere i det kommunale sundheds- og ældreområde.

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer desuden, at datagrundlaget bag ordningen har vist sig ikke at være tilstrækkelig robust til formålet, og ordningen har bidraget til en betydelig budgetusikkerhed for kommunerne.

KL er enig i analysen og konklusionen vedrørende den kommunale medfinansiering. KL vurderer ikke, at den kommunale medfinansiering medfører et øget incitament til at styrke den kommunale forebyggelse – bl.a. fordi en stor del af de indlæggelser, der forebygges i kommunalt regi, erstattes af alternativ aktivitet på sygehusene (den såkaldte stærekasseeffekt).

I dag er KMF fastfrosset, hvilket betyder, at kommunerne betaler det samme niveau for KMF hvert år. Kommunerne modtager hvert år samlet set et beløb svarende til ca. 26 mia. kr. og har samtidig udgifter svarende til det samme beløb. Der er dog ikke en fuldstændig sammenhæng mellem udgifter til KMF og indtægter i de enkelte kommuner.

I dag har en række kommuner flere udgifter til KMF, end de har indtægter via bloktilskuddet. Ved en eventuel afskaffelse af ordningen vil de kommuner opnå en gevinst. Omvendt har en række kommuner i dag færre udgifter til KMF, end de har indtægter via bloktilskuddet – og vil ved en evt. afskaffelse af ordningen opleve et tab.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 25 af 33

Ved en afskaffelse af KMF vil 47 kommuner få merudgifter på samlet set 691 mio. kr. Samtidig vil 51 kommuner få mindreudgifter svarende til 691 mio. kr. KL mener, at de byrdefordelingsmæssige konsekvenser ved afskaffelsen af KMF bør belyses og håndteres.

Strukturkommissionens forslag til en alternativ incitamentsmodel

Strukturkommissionen foreslår, at den kommunale medfinansiering erstattes af en alternativ finansieringsmodel.

Modellen indebærer, at et statsligt tilskud til kommunerne betinges af, at kommunerne lever op til en række fastlagte mål. De konkrete mål skal overvejes og udvikles, men kan omfatte konkrete effektmål, som afspejler kommunernes indsats på forebyggelses- og ældreområdet. Målene kan også i et begrænset omfang omfatte procesrelaterede krav, fx om implementering af kvalitetsstandarder for nære indsatser.

KL mener at følgende principper bør danne baggrund for etablering af en ny finansieringsmodel:

- Gennemsigtighed og enkelhed
- Understøttelse af omstilling med behandling på det laveste effektive omkostningsniveau
- Incitament der fokuserer på relevante hospitalsydelser der kan substitueres med kommunale indsatser
- Sammenhæng imellem finansiering og bestiller-/beslutningskompetence
- Fokus på at sikre incitament til langsigtet forebyggelse og sundhedsfremme
- Fremme en koordineret og sammenhængende indsats mellem kommuner, hospitaler og andre aktører i sundhedsvæsenet.

Strukturkommissionens forslag om målstyring, der omfatter konkrete effektmål, vil som udgangspunkt ikke skabe budgetsikkerhed for kommunerne. Afhængigt af hvilke effektmål der opstilles, vil kommunerne opleve en usikkerhed i forhold til, hvorvidt en given investering i det primære sundhedsvæsen medfører en opfyldelse af et bestemt mål.

Samtidig vil konkrete effektmål kræve gennemsigtige og retvisende data. I den forbindelse er det relevant, at kommissionen vurderer, at datagrundlaget bag den kommunale medfinansiering har vist sig ikke at være tilstrækkelig robust til formålet.

KL mener derfor, at der bør anvendes en alternativ model til at sikre en omstilling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen.

KL foreslår, at den kommunale medfinansiering erstattes af en model, hvor der etableres nationale standarder for behandling i de nære kommunale tilbud – og at standarderne følges op med den nødvendige finansiering.

KL mener, at finansierede nationale kvalitetsstandarder på området vil være grundlag for at sikre ensartet og kendt kvalitet i den sundhedsfaglige behandling i nærmiljøet, og en fælles standard for, hvilken faglig kapacitet kommunerne skal råde over. Se i øvrigt afsnit om opbygning af kvalitetsapparat.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 26 af 33

Regionernes demografimidler (750 mio. kr. årligt) målrettes indsats i det primære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at den nuværende geografiske fordeling af ressourcer bidrager til geografisk og social ulighed i sundhed. Det gælder fx adgang til almenmedicinske tilbud, hvor lægedækningen generelt er bedst i og omkring de større byer, og hvor borgerne samtidig har den bedste sundhedstilstand.

Kommissionen foreslår på den baggrund, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer en tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Modellen skal blandt andet understøtte, at flere borgere i yderområder vil opleve et mere tilgængeligt sundhedsvæsen med flere sundhedstilbud af høj kvalitet. Det omfatter både adgang til et velfungerende almenmedicinsk tilbud i hele landet og relevante specialiserede indsats indenfor en rimelig geografisk afstand.

KL er enig i, at der skal ske en omfordeling af ressourcer på tværs af landet.

KL's analyser viser, at der er en massiv geografisk ulighed i sundhed. Der er blandt andet behov for at sikre, at der er læger der hvor de sygeste borgere bor.

KL mener også, at kapaciteten i det primære sundhedsvæsen skal styrkes. Helt overordnet skal flere borgere modtage indsats i det nære sundhedsvæsen, og sygehusene skal fokusere på patienter med de mest specialiserede behov.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at det demografisk afledte løft til regionerne – der udgør 750 mio. kr. årligt – skal målrettes indsats i det primære sundhedsvæsen. Forslaget om målretning af demografimidlerne er særlig relevant for model 3.

KL mener, at forslaget om at regionernes demografimidler målrettes indsats i det primære sundhedsvæsen er rigtigt, og at en omlægning af demografimidlerne vil sikre den nødvendige prioritering og investering i det primære sundhedsvæsen samt et tilsvarende fokus på at dæmpe væksten i aktiviteten på sygehusområdet.

Det er dog vigtigt for KL, at udmøntningen af demografimidlerne giver kommunerne budgetsikkerhed og sikrer realistiske økonomiske rammer med gennemsigtige standarder for kvalitet og kapacitet – som kommunerne kan leve op til

Behovet for prioritering af forskellige opgaver og mål i det nære sundhedsvæsen betyder også, at der vil være behov for forskellige finansierings- og incitamentsmodeller på området. Fx kræver langsigtede strukturelle forebyggelse investeringer på lang sigt, da gevinsterne ikke umiddelbart kan høstes indenfor en kort årrække.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482

Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk

Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 27 af 33

KL bidrager gerne til udviklingen af finansieringsmodellerne. Modellerne bør følge en række væsentlige principper – såsom budgetsikkerhed for kommunerne, gennemsigtighed/enkelthed for parterne og behandling på det laveste effektive omkostningsniveau. Jf. også afsnittet om forslag til en alternativ incitamentsmodel.

Opgavesamling

Strukturkommissionen opstiller tre niveauer for opgavesamlinger, der medfører at en række opgaver i kommunerne på ældre- og sundhedsområdet samles under en myndighed. KL mener som udgangspunkt, at de kommunale opgaver skal forblive i kommunerne. KL vurderer, at en samling af opgaver i regionerne umiddelbart vil skabe økonomiske udfordringer i en række kommuner.

KL vurderer at den store model for opgaveflytning vil have en markant økonomisk betydning for kommunerne. Umiddelbart vil en række kommuner have store tab og en række kommuner vil have tilsvarende gevinster ved at opgaver og midler relateret til ældre og sundhedsområdet trækkes ud.

KL bemærker i øvrigt, at opgaveflytningen svarende til hele det kommunale ældre og sundhedsområde inklusiv KMF er så stor, at det vil resultere i, at kommunerne fremadrettet får et negativt bloktilskud.

KL mener på den baggrund, at de byrdefordelingsmæssige konsekvenser ved de forskellige niveauer for opgavesamlinger bør belyses og håndteres.

Flytning af de kommunale udgifter til sundheds- og ældreområdet

Kommissionen foreslår i model 1 og 2 en markant centralisering af opgaverne på ældre og sundhedsområdet.

Sundhedsstrukturkommissionen opgør kommunernes samlede driftsudgifter til 282 mia. kr. (2022, 22pt). Heraf foreslår kommissionen, at 16 mia. kr. på sundhedsområdet (6 pct.) og 50 mia. kr. på ældreområdet (18 pct.) føres over til enten staten eller til nye sundheds- og omsorgsregioner. Det svarer samlet set til at op imod 25 pct. af kommunernes økonomi og opgaver flyttes ud af kommunerne, hvilket vil betyde et markant mindre kommunalpolitisk prioriteringsrum og svække styrbarheden af den offentlige økonomi.

Opgørelse af de kommunale udgifter på ældre/sundhed

Sundhedsstrukturkommissionens opgørelse af udgifter på det kommunale ældre- og sundhedsområde følger ikke indenrigsministeriets autoriserede kontoplan. Ifølge den autoriserede kontoplan udgør hovedkonto 4 udgifter og indtægter vedrørende den kommunale sundhedsindsats og hovedfunktion 5.30 indeholder tilbud til ældre.

I rapporten opgøres udgifterne på ældre- og sundhedsområdet side 158 ff. I den forbindelse fremgår det, at der i opgørelsen af de kommunale udgifter på ældre- og sundhedsområdet inddrages udgifter der i kontoplanen normalt placeres på hovedfunktion 5.38 Tilbud til voksne med særlige behov på socialområdet.

Det drejer sig om:

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 28 af 33

- 5.38.38 Personlig og praktisk hjælp og madservice (hjemmehjælp) til personer med handicap mv. omfattet af frit valg af leverandør, samt rehabiliteringsforløb
- 5.38.41 Hjælpe midler, forbrugsgoder, boligindretning og befordring til personer med handicap (78,79 pct.)
- 5.38.44 Alkoholbehandling og behandlingshjem for alkoholskadede
- 5.38.45 Behandling af stofmisbrugere.

Ovenstående udgiftsposter på socialområdet svarer samlet set til ca. 5 mia. kr. (regnskab 2023, 24pl).

Implementeringsomkostninger

Kommissionen vurderer overordnet, at de afledte økonomiske implementeringsomkostninger vil afhænge af implementeringsplan og styringstiltag i en overgangsfase. De økonomiske omkostninger forbundet med at omstille fra det nuværende organisatorisk landkort til model 1 eller 2 er af betydelig karakter og vil koste flere milliarder.

Det vil i givet fald ske i en tid, hvor behovet for konkrete løsninger i det nære sundhedsvæsen er dybt presserende. Samtidig befinder ældre- og sundhedsområdet sig i en udtalt rekrutterings- og fastholdelseskriser med medarbejderomsætninger på 20-30 pct., og perspektiverne i at løse den kriser har lange udsigter.

Omstillingen til model 1 og 2 er imidlertid af så indgribende karakter, at det risikerer at påvirke medarbejderressourcerne negativt over længere tid og samtidig under højt pressede arbejdsvilkår på ældre- og sundhedsområdet.

Derfor vækker en så betydelig forandring som model 1 og 2 en bekymring. De vidtrækkende afledte implementeringsomkostninger både økonomisk og ressourcemæssigt ved både model 1 og model 2 er tungtvejende i beslutningen om fremtidens sundhedsvæsen.

Opbygningen af et kvalitetsapparat mangler

Sundhedsstrukturkommissionen fik til opdrag at komme med anbefalinger til: *"Koordination af kvalitetsudvikling på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis"*. Den opgave har kommissionen efter KL's opfattelse ikke løst.

Det er ærgerligt, at kommissionen ikke tager fat i den helt afgørende opgave med at sikre opbygningen af et samlet kvalitetsapparat for hele sundhedsvæsenet samt en motor for forbedringsarbejde i hverdagen og i omsætningen af data til kvalitetsforbedringer

Der mangler en opbygning af en samlet kvalitetsorganisering

Hvis man ønsker en tættere integration af det primære og det sekundære sundhedsvæsen er det vigtigt, at der etableres et skelet, som kan danne rammen om den tværgående kvalitetsudvikling og læring med særligt fokus på omstilling af sundhedsvæsenet.

Hospitaler, kommuner og almen praksis har opereret under forskellige organisatoriske rammer, mål og kontekster. Kvalitetsfeltet har således også

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 29 af 33

udviklet sig forskelligt i sektorerne. Kvalitetsudvikling og forskningen på hospitalerne tager udgangspunkt i diagnoser. I kommuner og almen praksis er perspektivet bredere og ikke diagnosespecifikt. Hvis vi vil lykkes med omstilling, og sikre kvaliteten i det samlede borger-/patientforløb, er det afgørende, at vi ikke anskuer kvalitetsarbejdet ud fra forskellige perspektiver eller at ét perspektiv bliver dominerende. Derfor er det ærgerligt, at der ikke er flere forslag til, hvordan der på tværs af sektorer opbygges en fælles kvalitets- og forbedringsorganisering, som sætter mål og rammer for kvalitetsarbejdet i det samlede sundhedsvæsenet, samt understøtte fælles kultur og værdier for kvalitetsarbejdet.

Et snævert fokus på kvalitetsstandarder

Kvalitetsstandarder er efterspurgt i kommunerne og vil udgøre en værdifuld drivkraft i kvalitetsarbejdet, men historien viser dog også, at kvalitet ikke på magisk vis opstår ved at indføre standarder.

Der er brug for at opbygge organisering, kultur og kapacitet lokalt til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling. Gode standarder forudsætter også mere forskning i sundhedsindsatserne der leveres i kommunerne. Og det forudsætter ikke mindst kapacitet, kompetencer, hverdagsnært forbedringsarbejde mv. Det er et større apparat, som kommunerne i dag har fat i, men som jo vil skulle udbygges, hvis flere opgaver og mere kompleksitet skal håndteres i det nære.

Ambitionerne for kvalitetsudvikling i det nære er begrænset til almen praksis
Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at "Databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant, så grundlaget for at udvikle og følge opgaveløsningen forbedres betydeligt". Der er gode takter i det, der beskrives i rapporten. Kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen kræver en fokuseret indsats. Men i rapporten er der udelukkende fokus på styrkelse af kvalitetsudviklingen i det almen medicinske.

Det primære sundhedsvæsen udgøres af andet end praktiserende læger, og det er overraskende, at man her ikke indtænker kommunernes opgave med at sikre god kvalitet i indsatserne i det nære. Der er brug for en lignende motor til at understøtte kommunernes arbejde med at anvende data til kontinuerlige kvalitetsforbedringer. Det bemærkes, i rapporten, at kommunerne helt parallelt til almen praksis arbejder med KIAP arbejder med "Kvalitet i Kommunerne", men der gøres ingen tanker om, hvordan kvalitetsarbejde i det nære skal foregå, dels i egen ret og dels som led i forløb.

Det er tankevækkende, at man ser en større omstilling for sig, men der er ikke mange ord om den kvalitetsunderstøttelse – og de forbedringsindsatser der skal til. Det bemærkes at kommuner har udarbejdet en kvalitetsplan for det nære, som også er tilgået kommissionen, ligesom 98 kommuner arbejder med strukturerede og standardiserede data, baseret på FSIII, som også indberettes dagligt til Sundhedsdatastyrelsen m.fl.

Forskning

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 30 af 33

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår et skift fra forskning på hospitaler til et øget fokus på forskning i det nære (anbefaling 3). Det er helt overordnet positivt og rigtigt set.

Sundhedstjenesteforskningen italesættes som den forskningsgren, der i høj grad skal aktiveres. Det er et rigtigt blik, men man kunne tilføje, at et ensidigt fokus på sundhedstjeneste også kan medføre blinde vinkler. Der kan være flere forskningstraditioner der skal i spil.

I KL savner vi helt overordnet set en model for, hvordan forskningen i det nære sundhedsvæsen skal opbygges.

Vi bidrager gerne til det videre arbejde og foreslår, at det tager afsæt i Sundhedsstyrelsens nationale strategi: *"Forskning til styrkelse af indsatsen i det primære sundhedsvæsen (marts 2022)"*. For KL er det desuden vigtigt, at:

- Det i højere grad prioriteres, at der forskes i de områder, hvor der er problemer for de mange – dvs. kronikere, ældre borgere og mennesker med psykiske lidelser
- Der øremærkes penge til forskning i det nære
- Kommunerne sidder med ved bordet, når det skal besluttes, hvad der skal forskes i
- Realiserbarhed og økonomi skal qua Robusthedskommissions anbefalinger tænkes ind i den sundhedsforskning, der gennemføres og som skal udbredes efterfølgende
- Der er brug for en bredere sundhedsforståelse og et helhedsorienteret perspektiv på borgeren, der rækker ud over eks. diagnose og har fokus på livskvalitet, funktionsevne, hverdagsliv og handlekompetence. Det vil ikke være den rigtige vej at lægge forskningen ind under den diagnosebaserede forskningstilgang, som de kliniske kvalitetsdatabaser bygger på
- Der er brug for at sætte fokus på det sammenhængende forløb, og forskning i det nære sundhedsvæsen skal tænkes på tværs af både almen praksis, kommuner og øvrige involverede parter.

Arbejdskraftmangel i sundhedsvæsenet

KL finder det overordnet positivt, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport fremhæver flere centrale aspekter vedrørende manglen på arbejdskraft i det danske sundhedsvæsen. Herunder generationsskifte og aldrende arbejdsstyrke, geografiske og sektormæssige forskelle på adgang til sundhedspersonale samt øgede forventninger og demografiske ændringer.

KL bemærker, at fremskrivningen af behov for social- og sundhedspersonale frem mod 2035, hvor det estimeres at der vil mangle omkring 11.100 social- og sundhedshjælpere og 3.400 social- og sundhedsassistenter alene er en mekanisk fremskrivning.

Den mekaniske efterspørgselsfremskrivning er ikke påvirket af faglige ændringer i opgaveløsningen, opgaveglidning fra sygehuse til kommuner og ændringer i politiske prioriteringer, hvorfor behovsafdækningen i rapporten ikke giver et retvisende billede af hvilke faggrupper kommunerne reelt oplever størst efterspørgsel på – både nu og i fremtiden.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 31 af 33

Centralisering, opgaveflytning og afspecialisering i kommunerne løser ikke de massive udfordringer med fastholdelse og rekruttering af personale, tværtimod kan det forværre dem. For kommunerne er det både nu og i årene frem særligt social- og sundhedsassistenter, der efterspørges. Som rapporten fremhæver varetager social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælperne en stor del af sygeplejeopgaverne (sundhedslovsopgaver) i kommunerne samtidig med at de også varetager opgaver på ældreområdet (s. 294). Det er således en faggruppe der agerer på tværs og sikrer sammenhæng mellem sundhed og ældre. I en kommende reform er det afgørende, at der fortsat sikres integration på tværs af sundheds- og ældreområdet. Både af hensyn til borgerne og af hensyn til at anvende medarbejdernes kompetencer bedst muligt jf. tidligere afsnit om behovet for at sikre sammenhæng mellem ældre- og sundhedsområdet. Hvis en reform af sundhedsvæsenet ikke sikrer, at kommunerne fortsat kan arbejde på tværs af sundhed- og ældre og at dygtige social- og sundhedsmedarbejdere løser opgaver på tværs, er der risiko for at manglen på arbejdskraft forværres.

I kommunerne arbejdes der intenst på at rekruttere flere social- og sundhedsmedarbejdere, bl.a. med spirejobs, målrettede praktikforløb for ledige i samspil med jobcentrene, bedre praktikforløb for social- og sundhedselever i samarbejde med SOSU-skolerne. Derudover arbejdes der målrettet med mere effektiv brug af personaleressourcer, herunder i regi af KL og Forhandlingsfællesskabets initiativ om en *"Fremtid med fuldtid"*, nedbringelse af sygefravær mv. KL er bekymrede for, at en centralisering af ældreplejen, som model 1 og 2 lægger op til, kan true de nuværende lokale og ambitiøse tiltag på at imødekomme arbejdskraftsmanglen.

KL bemærker, at rapporten henviser til Robusthedskommissionens anbefalinger, der blev lanceret i september 2023.

Robusthedskommissionens rapport slår fast, at sundhedsvæsenet ikke længere kan ansætte sig ud af rekrutteringsudfordringerne. Derfor er det også nødvendigt at en kommende reform af det samlede sundhedsvæsen går på to ben i forhold til at løse manglen på arbejdskraft: Det ene ben handler om at sikre øget tilknytning af medarbejdere og det andet handler om behovet for grundlæggende omstilling af sundhedsvæsenet.

KL efterlyser et tværgående hensyn, der forholder sig bredt til omstilling af opgaveløsning og arbejdskraftsmanglen. Et sådan hensyn er centralt for at kunne vurdere (ændringer af) den organisatoriske indretning af sundhedsvæsenet.

Arbejdsgiverforhold

En strukturændring og flytning af opgaver fra kommunal til anden enhed, fx regional myndighed vil have en række afledte konsekvenser, idet større medarbejdergrupper vil skulle overgå fra kommunal til anden, fx regional eller statslig ansættelse. Dette vil indebære såvel organisatoriske som administrative omkostninger i et omfang, der må forventes at være betydelige. Ændringerne ville kunne påvirke lønmodtagerforhold for de omfattede medarbejdergrupper, herunder den overenskomstmæssig placering for den enkelte medarbejder, og afledte konsekvenser for tilknyttet personale.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482
Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk
Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 32 af 33



En strukturændring må forventes at påkræve justering i opgaver for den enkelte ansatte, hvilket kunne betyde udgifter til op- eller omkvalificering af eksisterende medarbejdere. Ligeledes vil ændringerne få konsekvenser på uddannelsesområdet og kræve ændringer på social- og sundhedsuddannelserne. Det gælder såvel uddannelsernes indhold som tilrettelæggelsen af elevernes oplæringsperioder.

Dato: 1. juli 2024

Sags ID: SAG-2024-02482

Dok. ID:

E-mail: ASFP@kl.dk

Direkte: 3370 3700

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

www.kl.dk

Side 33 af 33

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

5. august 2024

Høringssvar fra Kolding Kommune vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indledning

Kolding Kommune takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forvaltningsmodeller. Kolding Kommune anerkender Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde med udarbejdelsen af anbefalinger og forslag til modeller, der skal styrke et sammenhængende og nært sundhedsvæsen til gavn for alle borgere.

Kolding Kommune kan til fulde tilslutte sig det fælles høringssvar fra KL, som på de store linjer bakker op om de tværgående modeluafhængige anbefalinger, men forholder sig skeptisk overfor de foreslåede forvaltningsmodeller i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Kolding Kommunes høringssvar skal ses som et supplement hertil, som tager afsæt i lokale erfaringer, gode eksempler og refleksioner fra Kolding Kommunes perspektiv.

Kolding Kommune anerkender behovet for at styrke og udvikle det nære sundhedsvæsen og geare det til fremtidens udfordringer. I kommunerne arbejder vi dagligt med udfordringerne knyttet til demografi, stigende behov for pleje og behandling i sundhedsvæsenet og tiltrækning og tilknytning af medarbejdere. Kolding Kommune ønsker fortsat at bidrage aktivt i denne opgaveløsning og være en central aktør i et velfungerende og sammenhængende sundhedsvæsen.

Velfungerende sundhedsklynge

Kolding Kommune har gode erfaringer med det tværsektorielle samarbejde gennem flere år og senest i regi af Sundhedsklynge Lillebælt. I fællesskab og på tværs af sektorer og kommuner er der udpeget vigtige indsatsområder, og tværgående indsatser er efterfølgende blevet iværksat.

Eksempler herpå er projektet Kom Trygt Hjem, som er en tværsektoriel indsats, der forebygger genindlæggelser og reducerer dødelighed for borgere udskrevet efter hofte- og lårbrud. Projektet udrulles nu til resten af Region Syddanmark. Et andet eksempel er en lokal prøvehandling mellem Sygehus Lillebælt og Kolding Kommunes center for midlertidige ophold, hvor der blev indført mulighed for E-konsultation med sygehuslæge med det formål at fremme livskvalitet og forebygge indlæggelse hos borgere med palliativt behov. Et tredje eksempel på en velfungerende sundhedsklynge er, at vi i Sundhedsklynge Lillebælt har valgt at udbrede et succesfuldt tværsektorielt projekt mellem Middelfart

kommune, Sygehus Lillebælt og almen praksis til alle kommunerne i sundhedsklyngen. Projektet indebærer, at et akutteam i den kommunale sygepleje har fået mulighed for at måle blodprocent, blodsukker, infektions- og væsketal og inden for få minutter kan få svar på testresultaterne hos den ældre i eget hjem eller på plejehjemmene. Det sparer mange ældre for en indlæggelse på hospitalet, og det er et godt eksempel på, hvordan sundhedsklyngerne kan spille en rolle i forhold til at sikre sammenhængen for borgeren gennem samarbejde på tværs af sektorer.

Ovenstående viser, at der i Sundhedsklynge Lillebælt er et velfungerende tværgående samarbejde, som lykkes med at skabe nye løsninger på aktuelle udfordringer med udgangspunkt i borgernes liv og hverdag. Kolding Kommune ser derfor et stort potentiale for at udvikle gode, lokale samarbejder, der netop har fokus på at skabe sammenhæng i patientforløb med øje for de lokale forhold og med et fælles populationsansvar.

Borger er man hele livet – patient er man kun periodisk

Kolding Kommune ønsker at fremhæve opmærksomhedspunkter, som er fraværende i kommissions rapport, og som Kolding Kommune finder yderst relevante i drøftelsen af en sundhedsstruktur, som skaber sammenhæng i hele borgerens liv og rummer potentialer til gavn for alle borgere.

I Sundhedsstrukturkommissionens rapport er der et stort fokus på sygdoms- og omsorgsdelene af sundhedsbegrebet. Det er dog væsentligt at holde sig for øje, at sundhed ikke kun handler om sygdom og omsorg, men også handler om at kunne leve et helt og sammenhængende liv, når du ikke er patient. Sundhedsopgaven som helhed indebærer derfor også forebyggelse og alt det, der sker imellem, at man er syg og har brug for pleje. Ældre borgere, syge borgere og borgere med kronisk sygdom er så meget mere end potentielle patienter. I den optik savner Kolding Kommune et større fokus i rapporten på at fremme sundheden fremfor blot at behandle sygdom.

Kolding Kommune efterlyser det brede fokus på det levede liv. Som kommune er vi der gennem hele borgerens liv, og det vil vi gerne forsætte med at være. Vi har integreret forebyggelse og sundhed i mange aspekter af kommunens velfærdsopgaver, fx daginstitutioner, skoler, jobcentre, pleje, byplanlægning, kultur og fritid – og har dermed et generelt fokus på at få sundhed ind som en naturlig del af borgerens hverdag. Kolding Kommune ønsker, at de nære sundhedsopgaver løses og udvikles så tæt på borgernes hverdag som muligt og i sammenhæng med de øvrige kommunale kerneopgaver. Dette gælder eksempelvis sundhedsområdets snitflade til arbejdsmarkedsområdet m.m.

Kolding Kommune finder det oplagt, at de politiske ambitioner fra ældrereformen også bliver afspejlet i den kommende sundhedsreform. Ambitioner som handler om at frisætte borgerne, medarbejderne og lederne, tage udgangspunkt i den enkelte borgers ønsker og behov, styrke det lokale ansvar og inddrage lokale fællesskaber, civilsamfund og pårørende mere og bedre.

Kolding Kommune ønsker ikke at pege på en af de nuværende modeller, men ser frem til en god dialog om den fremtidige struktur for den danske sundhedsvæsen, som skaber de bedste forudsætninger for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen til gavn for alle borgere.

Til

d. 8. juli 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Kommunale Velfærdschefer afgiver hermed høringssvar til rapporten fra Sundhedsstrukturkommissionen. Indledningsvist vil Kommunale Velfærdschefer gerne anerkende kommissionens grundige og solide arbejde med udarbejdelsen af de nu fremlagte anbefalinger til en fremtidig organisering af sundhedsvæsenet, og vi tilslutter os kommissionens fremstilling af grundlæggende udfordringer for danskernes sundhed og det samlede sundhedsvæsen.

Ældreformen udgør et godt afsæt for udvikling af sundhed i det nære

Den ældrereform, som et flertal i Folketinget netop har vedtaget, udgør et betydeligt kvalitativt afsæt for udviklingen af ældre- og sundhedsområdet i kommunerne de kommende år. Det gælder bl.a. udbredelsen af tværfaglige faste teams, som flere kommuner, allerede er i fuld gang med at implementere. En kommende sundhedsreform bør følge den retning og de mål, som er udstukket med ældreformen for at sikre borgernes oplevelse af nærhed og sammenhæng i indsatserne.

De tværgående anbefalinger er helt afgørende for at udvikle det nære sundhedsvæsen, men rapporten gør for lidt ud af, at psykiatrien også skal hænge bedre sammen med kommunale tilbud og almen praksis.

Kommunale Velfærdschefer anerkender generelt rapportens seks tværgående anbefalinger, som samlet peger på en tiltrængt styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Det vil være en væsentlig forbedring for ældre, sårbare og kronisk syge mennesker, hvis de fremover vil opleve at kunne modtage relevante sundhedstilbud i deres nærområde. En omfordeling af de lægefaglige ressourcer, som styrker den geografiske lægedækning, er afgørende for at styrke det nære sundhedsvæsen, og det fremgår også meget tilfredsstillende af anbefalingerne. Denne del af anbefalingerne udgør måske den allervigtigste del af hele rapporten. En omfordeling af lægefaglige ressourcer, hvor bl.a. differentierede patienttal og honorarer indgår som forslag, kan desuden imødekomme behovet for at adressere social ulighed i sundhedsvæsenet.

Rapporten anbefaler at integrere det psykiatriske og somatiske sundhedsvæsen. Det forekommer relevant i lyset af den underbehandling, som mennesker med psykisk sygdom oplever. Forslaget om at tilknytte faste læger til botilbud er også positivt. Men mennesker med psykiske sygdomme har oftest mere berøring med

og behov for kommunale tilbud på sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet foruden almen praksis. Det mangler rapporten at forholde sig til. Kommunale Velfærdschefer er derfor bekymret for, at samarbejdet med kommuner og almen praksis vil drukne ved en organisatorisk samling af psykiatrien og somatikken og at sammenhængen, set fra borgernes synspunkt, tilsvarende reduceres. Det må ikke ske. Der er tværtimod behov for et styrket tværsektorielt samarbejde omkring disse borgere.

Model 1 og 2 er ikke forenelig med den nye ældrereform

Kommissionens forvaltningsmodeller 1 og 2 vil medføre en markant centralisering af sundhedsvæsenet. Kommunale Velfærdschefer finder ikke, at de to forslag er forenelige med den nye ældrereform, som netop prioriterer kvalitet og sammenhæng for den enkelte borger højt. Set fra borgernes synspunkt er sammenhæng i adgang til sociale indsatser, tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse samt adgang til foreningslivet lokalt imidlertid mindst lige så vigtigt som sammenhæng i den regionale sundhedsbehandling.

Endelig viste erfaringer fra amterne vanskeligheder ved at prioritere ressourcer til nære almene sundhedstilbud, som fx genoptræning og forebyggelse, sammenlignet med specialiserede behandlingstilbud indenfor fx kræftbehandling og hjertekarsygdomme. Derfor bør de nære almene ældre- og sundhedstilbud bevares og styrkes i det primære sundhedsvæsen med et tæt tværsektorielt samarbejde.

Model 3 kan danne afsæt for et nyt sundhedsvæsen, men akutsygepleje, specialiseret rehabilitering og patientrettet forebyggelse bør forblive i kommunerne.

Blandt de tre forvaltningsmodeller, som kommissionen fremlægger, er det reelt kun med afsæt i model 3, at den endelige politiske aftale omkring sundhedsvæsenets organisering bør fastlægges. Model 3 giver mulighed for både at sikre et velfungerende specialiseret sundhedsvæsen og udbygningen af nære sundhedstilbud i kommunerne og dermed den bedste sammenhæng, set fra borgernes side vel at mærke. Det er dog vigtigt at understrege, at en ændring alene i regioners antal eller grænser ikke i sig selv vil kunne reducere den tiltagende ulighed i sundhed, som nødvendigvis må være et overordnet mål for en reform at imødegå.

Dertil kommer meget konkret, at det vil være en stor fejl at flytte akutsygeplejen, specialiseret rehabilitering eller patientrettet forebyggelse til regionerne, som foreslået i model 3. Flere kommuner i dag har et meget velfungerende samarbejde om disse indsatser fx med e-hospitalerne om fremskudte akutpladser i kommunerne, og nogle steder er man i gang med at udbrede akutindsatsen til alle kommunale plejehjem. Udbredelsen og den tværgående sammenhæng er helt afgørende for kommunernes mulighed for at reducere antallet af overgange for borgerne og undgå unødige indlæggelser regionalt. Kommunale Velfærdschefer vil imidlertid være positivt indstillet ift. indførelsen af nationale kvalitetsstandarder og et mere forpligtende tværkommunalt samarbejde for at sikre tilstrækkeligt patientgrundlag og tilstrækkelig kvalitet i alle opgaver fremover.

Mvh

Jakob Bigum Lundberg

Formand, Kommunale Velfærdschefer

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionen

28. juni 2024


På vegne af Kommunalt Lægeligt Udvalg i Københavns Kommune vil vi gerne kvittere for Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde og takke for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi ser positivt på Sundhedsstrukturkommissionens anerkendelse af almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet, samt at der med anbefalingerne og de dertilhørende forslag lægges op til et styrket almenmedicinsk tilbud i fremtiden. Vi bakker op om, at der udarbejdes en veldefineret og forpligtende national opgavebeskrivelse med mulighed for lokale aftaler og sanktionsmuligheder. Vi tror på, at det kan bidrage til en mere ensartet opgaveløsning og kvalitet på tværs af de almenmedicinske tilbud til gavn for borgerne. Samtidig ser vi det positivt, at autonomien for klinikerne fastholdes, da den er afgørende for at fastholde og rekruttere læger til specialet.


I kommissionens arbejde mangler vi dog, at vigtigheden og samarbejdet mellem kommune og almen praksis betones og prioriteres. En styrkelse af det samlede sundhedsvæsen bør ske ved at udbygge de almene og nære tilbud uden for hospitalerne. Og her er kommunerne og de praktiserende læger tættest på borgernes hverdagsliv. Vi tror på, at almen praksis' vigtigste rolle i fremtidens sundhedsvæsen ikke kun er at være gatekeeper for det sekundære sundhedsvæsen, men i højere grad er at varetage tovholderfunktionen og være lægeligt ansvarlige for at sikre borgernes sundhed i det nære sundhedsvæsen. Vi opfordrer derfor til, at løsningen af de nære sundhedsopgaver kan forblive tæt på borgernes hverdagsliv.

Hvis en statslig administration i fremtiden skal stå for reguleringen af almen praksis, frygter vi, at det på sigt vil føre til ringere lægedækning for københavnere. I København er vi også udfordret på at fastholde og rekruttere læger, for vi består af en sammensat befolkningsgruppe. Der er en stor andel af sårbare, multisyge og udsatte borgere, som kræver særlige ressourcer og mere målrettede indsatser. Hertil kommer, at der er en stor koncentration af borgere med tilknytning til psykiatrien og tungere psykiatriske problemstillinger i København. Hvis man fx tog vores bydel Nørrebro, ville den som en selvstændig kommune være en af Danmarks fattigste. Vi opfordrer derfor til, at fordelingen af læger og en eventuel differentierede honorarstruktur tager højde for, at der i storbyer som København også kan findes områder med ubalancer mellem sundhedsfaglige behov og ressourcer.

Med venlig hilsen



Sisse Marie Welling
Sundheds- og
omsorgsborgmester
Københavns Kommune



Benny Ehrenreich
Praktiserende læge og formand
for PLO-København



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar fra kommuneklynge Byen

Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune afgiver hermed kommuneklynge Byens høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde.

Det nære sundhedsvæsen skal styrkes

Vi bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. Vi er også enige i vurderingen af, at opgaveløsningen i sundhedsvæsenet skal gentænkes, og at en større andel af ressourcerne skal investeres i at styrke det nære sundhedsvæsen.

En styrkelse af det samlede sundhedsvæsen bør ske ved at udbygge de almene og nære tilbud uden for hospitalerne. Kommunerne er tættest på borgerne og kan sammen med almen praksis bedst indrette et nært og sammenhængende sundhedsvæsen på borgernes præmisser og tæt på deres hverdagsliv. Det forudsætter sammenhæng mellem det nære sundhedsvæsen og ældre-, social- og forebyggelsesområdet, men også med kultur- og fritidsliv, børne- og ungeområdet, beskæftigelsesindsatsen og samarbejde med civilsamfund og pårørende.

Det vil kunne ske i en justeret model 3, hvor centrale opgaver ikke flyttes fra kommunerne, men hvor de nære sundhedsopgaver netop løses og udvikles tæt på hverdagslivet og i sammenhæng med øvrige kommunale opgaver - og hvor der er et tæt tværsektorielt samarbejde. Det vil samtidig give mulighed for en større omstilling af sundhedsvæsenet indenfor de nuværende strukturer. Samarbejde mellem sektorer skal sikre sammenhæng og nødvendig omstilling. Vi kan ikke bygge et sundhedsvæsen uden snitflader. Derfor skal vi sikre, at der er nogle stærke samarbejdsstrukturer, som hjælper borgerne fra den ene sektor til den anden. Et samarbejde med omdrejningspunkt i akutsygehusenes optageområde - fx med afsæt i de nuværende sundhedsklynger - skal være bindeled mellem almene sundhedstilbud og sygehuse. Samarbejdet skal også skabe en faglig og politisk motor, som kan sikre udviklingen af det nære sundhedsvæsen, være en stærk medspiller til hospitalerne og skabe et klart incitament til at levere indsatsen mest omkostningseffektivt.

Centraliseringen i model 1 og 2 vil modsat væsentligt forringe sammenhængen mellem det nære sundhedsvæsen og de øvrige kommunale opgaver og medføre endnu flere unødvendige overgange for borgerne. Det vil skabe et sundhedsvæsen med et snævert fokus på sygdom og behandling fremfor sundhed og hverdagsliv. En centralisering vil samtidig medføre massive omstillings- og implementeringsomkostninger.

21. juni 2024

Edoc-sagsnummer
2024-0222168

F2 sagsnummer
2024 - 13074

Gode erfaringer og resultater fra sundhedsklyngerne skal udbredes

I Sundhedsklynge Byen har vi i snart to år arbejdet med at nedbryde silotænkning, styrke sammenhæng i borgernes forløb og skabe bedre overgange mellem sektorerne. Vi har allerede opnået gode resultater gennem et tæt, tværsektorielt samarbejde. Det gælder fx i vores arbejde med:

- *Dosisdispenseret medicin.* Vi er den første sundhedsklynge, der er lykkedes med at bevare borgere på dosispakket medicin under indlæggelse og udskrivelse. Dermed er kommunernes og almen praksis' arbejde med at få borgerne på dosispakket medicin ikke spildt, og der opnås tilmed også resourcebesparelser på hospitalet.
- *Samarbejde om forebyggelse af indlæggelser fra plejehjem.* Der er mange korte indlæggelser af plejehjemsbeboere, og svage plejehjemsbeboere udsættes for mange timer i akutmodtagelserne. Vi har i klyngesamarbejdet igangsat tiltag med bl.a. systematisk vurdering af borgernes helbredsstatus ved daglig tavlegennemgang på plejehjem. Det har bl.a. medført, at almen praksis oplever færre, og mere kvalificerede henvendelser.
- *Træning før og i stedet for operation.* Vi tilbyder et træningsforløb og hjælp til at fastholde træningen for bl.a. borgere med slidgigt i knæ og hofte med henblik på at undgå eller udskyde operation. Vi afprøver også nye henvisningsveje, og at træningen foregår i tæt samarbejde med foreningslivet for at skabe gode forudsætninger for, at borgerne fortsætter efter det kommunale forløb.
- *Den sidste tid.* Vi har igangsat tiltag for at forbedre livskvaliteten for borgere med svær KOL, som har få leveår igen og mange kontakter til sundhedsvæsenet. Målet er et mindre sektoropdelt forløb med fokus på vedligeholdelse af funktionsniveauet og mulighed for tidlig lindrende indsats i hjemmet.

Det tætte samarbejde og kendskabet på tværs af sektorerne, gør en forskel for borgernes oplevelse af et sammenhængende sundhedsvæsen. I fremtidens sundhedsvæsen skal der være fokus på at bygge på det tværsektorielle samarbejde i en struktur, hvor kommunerne og almen praksis, som er tæt på borgerne, er kernen i det nære sundhedsvæsen.

På vegne af Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune.



Michael Vindfeldt

Borgmester,
Frederiksberg Kommune



Sisse Marie Welling

Sundheds- og Omsorgsborgmester,
Københavns Kommune

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sendt til: sum@sum.dk

Svar på høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Kost og Ernæringsforbundet og Fagligt selskab af Klinisk Diætister (FaKD) takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsministeriet og regeringens videre drøftelser af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger - og afgiver fælles høringssvar.

Hovedbemærkninger

Indledningsvist vil vi kvittere for Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde, som er et gennearbejdet og solidt fundament for en nødvendig reform af det danske sundhedsvæsen.

Vi er enige i kommissionens beskrivelse af de store udfordringer i sundhedsvæsenet. Og vi håber, at regeringen og de øvrige partier har mod til at træffe de nødvendige beslutninger, der skal sikre et robust, sammenhængende og mere lige sundhedsvæsen i fremtiden.

Implementér tværgående anbefalinger og hensyn - uanset model

Uanset hvilken forvaltningsmodel og organisering, som regeringen vil beslutte, ser vi kommissionens tværgående anbefalinger og hensyn til organisering som helt afgørende. Disse tværgående anbefalinger og hensyn er centrale at implementere, hvis sundhedsvæsenet i fremtiden skal kunne tilbyde bedre forebyggelse og differentieret behandling til flest mulige borgere med størst behov.

Brug for særligt fokus på bedre sammenhæng på tværs af sektorer

Det er afgørende, at der sikres bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer, og der er brug for særlig opmærksomhed på sammenhængen med ældreområdet. På trods af ældrereformen mangler der stadig en tydelig sammenhæng i indsatserne for særligt de sårbare ældre. Det er helt nødvendigt for at sikre den bedst mulige

5. august 2024

Kost og Ernæringsforbundet

Holmbladsgade 70
2300 København S

pha@kost.dk

www.kost.dk
facebook.com/forbundet

kvalitet i behandlingen, den størst mulige sikkerhed for sårbare borgere og patienter og for samfundsøkonomien.

Vi mener, at bindende, nationale kvalitetsstandarder i både den primære og sekundære sektor, og mulighed for at dele data på tværs af faggrupper, enheder og sektorer, er to helt centrale værktøjer til at understøtte det fremtidige arbejde.

Ernæringsperspektiver

Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at 20 pct. af sygehusaktiviteter er unødvendige, hvilket viser et markant potentiale for at prioritere indsatserne i sundhedsvæsenet anderledes end i dag. Samtidig ses alt for ofte, at ernæringsindsatser, som er helt nødvendige for at sikre optimale resultater af fx kræftbehandling, genoptræning, forebyggelse mm., nedprioriteres.

Der er mange ernæringsrelaterede sundhedsudfordringer, som vi har efterprøvede løsninger på, men de bliver ikke efterlevet tilstrækkeligt i dag. Derfor er der brug for en prioriteret, ensartet og systematisk tilgang til ernæringsindsatser, samt at evidens og Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges langt bedre, end det sker i dag.

Særligt i den primære sektor er ernæringsindsatser en central del af løsningen på at mindske presset på sundhedsvæsenet. Bl.a. viser nye tal i BIS¹, at underernærede ældre har mere end dobbelt så mange besøg af en hjemmesygeplejerske, kræver fire gange så meget personlig pleje og er næsten fire gange længere på plejehjem end en sammenlignelig gruppe, der ikke lider af underernæring. Derfor bør Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området², som ikke følges i tilstrækkelig grad i dag, være en skal-opgave.

Vi opfordrer derfor til, at der udarbejdes nationale, bindende kvalitetsstandarder for ernæringsindsatser for både primær og sekundær sektor, som vil være centrale for bedre sammenhæng på tværs af sektorer, bedre forebyggelse og mindre ulighed i sundhed.

Styrk forebyggelse og ernæringsindsatser

Der er også behov for at styrke sundhedsfremmende og forebyggende indsatser på ernæringsområdet i både somatikken og psykiatrien – både regionalt og kommunalt. Vi skal aktivere borgernes ressourcer og styrke deres fysiske og mentale trivsel, så de holdes ude af det behandlende sundhedsvæsen.

¹ Beregner for Investeringer i Sundhed

² Sundhedsstyrelsen. 2022. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis.

Derfor er forebyggelse af sygdom via kost og ernæringsindsatser helt centralt for at aflaste sundhedsvæsenet og sikre, at danskerne kan leve gode, sundere og selvhjulpne liv.

Vi ser et stort potentiale for et styrket fokus på mad og måltider og kost og ernæring som et strukturelt sundhedsfremmende tiltag til mennesker med psykiske lidelser – både i den regionale psykiatri og botilbud.

Skab bedre sammenhæng mellem genoptræning og ernæringsindsatser

Uanset hvordan genoptræningsindsatsen placeres i sundhedsvæsenet i fremtiden, skal der sikres bedre sammenhæng mellem genoptræningsplaner og ernæringsindsatser efter behov.

Genoptræning kan være forgæves uden den rette ernæring til at understøtte opbyggelse af muskelmasse og energi til genoptræning. Vi efterspørger bedre struktur og lovgivning, der samtænker ernæring og genoptræning til særligt de mest sårbare grupper.

Adgang til aut. kliniske diætister i kommuner og almen praksis

Der skal være lovgivning og strukturelle rammer, der understøtter, at patienter kan modtage den nødvendige behandling af en autoriseret klinisk diætist også uden for hospitalerne. Samt at andre sundhedspersoner ved, hvordan patienten kan få et tilbud om diætetisk behandling i sammenhæng til det øvrige sundhedstilbud.

Rammerne for en bedre ernæringsindsats som et led i forebyggelse og behandling, herunder også fsva overvægt og svær overvægt – enten som alternativ eller ifm. overvægtsmedicin – kan styrkes, hvis praksissektoren bliver udvidet med faggruppen kliniske diætister på linje med fodterapeuter, fysioterapeuter mm.

Medarbejderne er ryggraden i sundhedsvæsenet

Vi er enige i kommissionens betragtning om, at veluddannet sundhedspersonale er ryggraden i vores sundhedsvæsen. Det forudsætter, at der uddannes flere medarbejdere til fremtidens sundhedsvæsen, at der politisk prioriteres uddannelser med højt fagligt niveau samt at de mindre faggrupper inddrages mere og bedre i sundhedsvæsenet.

En ny undersøgelse af professionsbacheloror i ernæring og sundhed, herunder kliniske diætister³ i regionerne viser, at der er betydelige muligheder for mere effektiv behandling og bedre forebyggelse, hvis de ernæringsprofessionelle, herunder særligt kliniske diætister, benyttes mere på sygehusene. Derfor vil vi opfordre til at inddrage vores faggrupper i multidisciplinære teams både i regioner og kommuner også ift. digitale løsninger.

Erhvervsuddannet sundhedspersonale

Vi byder regeringens fokus på at styrke erhvervsskolerne, som udbyder centrale sundhedsfaglige erhvervsuddannelser, varmt velkommen. Der er brug for at gøre erhvervsuddannelserne mere attraktive, så der uddannes flere til fremtidens sundhedsvæsen.

Det gælder bl.a. social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter. Og det gælder i høj grad også ernæringsassistenter, som er afgørende for, at der både i den primære og sekundære sektor kan tilbydes den helt rette mad og ernæring til patienter på sygehuse og til sårbare ældre på plejehjem eller som får madservice i eget hjem. Ifølge Fagbevægelsens Hovedorganisation og Dansk Arbejdsgiverforening vil der mangle 3.753 ernæringsassistenter i 2034. Det svarer til hver tredje ernæringsassistent.

Professionsbacheloror

Samtidig ser vi med stor bekymring på regeringens bebudede forkortelser af professionsbacheloruddannelserne. Høj faglig kvalitet i sundhedsvæsnets afhænger af høj faglighed i vores professionsbacheloruddannelser.

Derfor vil en forkortelse få alvorlige konsekvenser for vores fremtidige sundhedsvæsen. I stedet bør regeringen sikre tilstrækkelig økonomi og rammer for, at landets professionshøjskoler (der i disse år må afskedige medarbejdere grundet faldende optag og forringet økonomi), kan fastholde et højt fagligt niveau.

Med venlig hilsen



Ghita Parry

Formand

Kost og Ernæringsforbundet



Mette Theil

Formand

Fagligt selskab af Kliniske Diætister
i Kost og Ernæringsforbundet

³ Brugen af – og behovet for ernæringsfaglige kompetencer og specialistkompetencer i det regionale sundhedsvæsen, 2024, Danske Regioner og Kost og Ernæringsforbundet



Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12

1216 København K

Att. Indenrigs- og Sundhedsminister Sophie Løhde

København den 5. august 2024

Kristendemokraternes høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Kristendemokraterne har med glæde læst Sundhedsstrukturkommissionens rapport, da den på alle måder opfylder behovet for en tilbundsgående analyse af det danske sundhedssystem, såvel historisk som faktisk den analyse af de nuværende alvorlige strukturelle og demografiske udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står overfor nu og i fremtiden.

Kristendemokraterne finder også, at Indenrigs- og Sundhedsministerens kommissorium til kommissionen har været klart og veldefineret – og også her har opgaven været præcis i forhold til ønsket om forskellige modeller, som kommissionen skulle komme på banen med.

Kristendemokraterne har følgende bemærkninger:

- Som udgangspunkt er det vigtigt at have fokus på, at det svære og komplekse skal løses på regionalt niveau, hvor der i forvejen er opbygget de største specialer, således det ikke er nødvendigt at rykke til udlandet for at få behandling. Specialisering kræver befolkningsunderlag.
- Vi sætter spørgsmålstegn ved den nuværende opgaveløsning i kommunerne på sundhedsområdet, når det gælder den glidende overgang mht. behandling, som har afstedkommet opbygning af mere end 1.000 sengepladser i kommunerne uden fast tilknyttet læge.
- Det er således indtrykket, at alt for komplicerede sundhedsydelse er havnet i kommunalt regi. Dette er ikke et problem i de meget store kommuner – men der er desværre en sammenhæng mellem mindre kommune, landkommuner og ulighed i sundhed, som illustrerer at mindre kommuner ikke kan løfte disse sundhedsydelse og dette til skade for borgerne.
- I det hele taget må det bringes i spil, at med 98 kommuner er der også 98 forskellige måder at løse opgaven på, og dette er alt for sårbart, når det gælder sundhedsområdet

- Kommunerne desværre siden reformen i 2007 nedprioriteret det sundhedsforebyggende arbejde, på trods af behovet for en massiv indsats for at skabe mere sundhed i den danske befolkning. Der har fra starten af været en tro på den sundhedsforebyggende indsats, men i takt med at flere og flere sundhedsopgaver er overflyttet til kommunerne, er de nødvendige ressourcer til sundhedspolitikken og KRAM-faktorerne blevet opbrugt.
- Klyngesamarbejder, Sundhedsaftaler og tværgående kommunale samarbejder har ikke kunnet løse opgaven i forhold til bla. Kommissoriets ønske om at skabe lige muligheder og bæredygtighed på sundhedsområdet. Derfor er Model 3 heller ikke en farbar vej.
- Den nuværende økonomiske styringsmodel har været til skade for den delte organisering og opgaveløsningen mellem kommuner og regioner på sundhedsområdet og har resulteret i omfattende kassetænkning, igen til skade for den bedste opgaveløsning for borgerne.

Kristendemokraterne peger derfor på Model 1 som den mest ønskværdige, da den samler sundhedsområdet under een organisatorisk enhed som en forudsætning for at lykkes med helhedsorienterede patientforløb – og med sammenhæng til den rehabiliterende del – således at behandlingsforløb ikke tabes og borgerne oplever, at der er en rød tråd hele vejen.

Kristendemokraterne ser ikke en bekymring for, at der kommer afstand mellem befolkning og sundhedsenheden – ved etablering af 8-10 sundheds- og omsorgsenheder, idet der allerede er sket en udvikling, hvor der ikke behøver at være en nær fysisk afstand til den politiske og administrative enhed, da meget af kontakten allerede er elektronisk og på forskellige SoMe kanaler, når det gælder den form for kontakt. Behovet for nærhed i behandlingen udvikler sig også i disse år, hvor både regioner og kommuner arbejder med behandling i hjemmet med en øget tilgang til velfærdsteknologi.

Kristendemokraterne ser dog med bekymring på den manglende konneks til ældreområdet. Ældreområdet har fået sin egen reform med egne anbefalinger – men uden at Sundhedsstrukturkommissionen har svaret på, hvordan sammenhængen mellem de to områder skal tænkes i fremtiden. Kristendemokraterne ser fortsat muligheder i, at ældreområdet som opgave er knyttet til kommunerne, i form af almindelige hjemmepleje og hjemmesygepleje, hvor der lige nu tegner til gode lokale løsninger i arbejdet med lokale tværfaglige teams og at der i de almindelige plejecentre er behov for nærhed og lokale løsninger. Men at når det gælder de mere komplekse opgaver i Akutsygeplejen, Akut- og midlertidige pladser og den egentlige demensindsats i form af demensplejecentre med fordel kan rykke med ind i de nye Sundheds- og omsorgsenheder, så det sikres at faglige niveau kan sikres på disse specialer.

Kristendemokraterne betoner vigtigheden af at de nye sundheds- og omsorgsenheder fortsat er politisk styrede og der således er den åbenhed og gennemsigtighed og mulighed for befolkningens kontrol af beslutningsprocesser på sundhedsområdet.

Hvis Model 1 vælges og der etableres nye sundheds- og omsorgsenheder er der et behov for at kaste et lige så dybdegående blik på de øvrige regionale opgaver, for at sikre at disse i fremtiden bliver løst mest optimalt og på det rigtige niveau. Kristendemokraterne er bekymrede for udviklingen på det specialiserede socialområde, hvor det bliver mere og mere klart, at borgere med handicap ikke får den nødvendige hjælp i det kommunale regi.

Ligeledes må det konstateres at kommunerne har mere end svært at forene miljøpolitik og erhvervs politik, når det gælder at træffe de korrekte faglige beslutninger på miljøområdet, hvor en regional eller overordnet statslig organisering i langt højere grad kan skabe armslængde.

Kristendemokraterne imødeser derfor at Regeringen som en opfølgning på beslutninger for fremtidig organisering af sundhedsområdet følger op med tilsvarende opmærksomhed på miljø og klima samt det specialiserede handicapområde.

Med venlig hilsen

Jeppe Hedaa

Formand

Kristendemokraterne

Tina Mørk

Psykiatri- og Sundhedsordfører

Kristendemokraterne

KRÆFTENS BEKÆMPELSES
HØRINGSSVAR TIL SUNDHEDS-
STRUKTURKOMMISSIONENS
AFRAPPORTERING

August 2024



Kræftens Bekæmpelse har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering og vil gerne takke for muligheden for at afgive høringsvar til regeringen. Vi tilslutter os Sundhedsstrukturkommissionens konklusion om, at vi i Danmark overordnet har et godt sundhedsvæsen, der sikrer, at langt flere patienter overlever en kræftsygdom end for blot 20 år siden. For Kræftens Bekæmpelse er det afgørende, at disse fremskridt ikke sættes over styr i omstillingen hen mod et mere nært sundhedsvæsen.

Samtidig vil Kræftens Bekæmpelse gerne understrege behovet for at tænke nyt, så patienter og pårørende i fremtiden vil opleve et endnu bedre og mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, end vi har i dag. Kræftens Bekæmpelse vil derfor opfordre til, at regeringen bruger den unikke mulighed til at gennemføre de nødvendige strukturelle forandringer for at fremtidssikre sundhedsvæsenet og sikre, at det fremover vil være patienternes forløb igennem systemet, der er udgangspunktet for organiseringen.

For Kræftens Bekæmpelse er der tre vigtige målsætninger for fremtidens sundhedsvæsen:

- › Patienter og pårørende skal opleve mere sammenhængende forløb og behandling af høj kvalitet
- › Sundhedsvæsenet skal i højere grad indrettes efter patienter og pårørendes behov og ønsker
- › Der skal sikres større geografisk og social lighed i sundhedsvæsenet

Kræftens Bekæmpelse roser Sundhedsstrukturkommissionen for de tværgående anbefalinger og er enig med kommissionen i, at disse anbefalinger bør implementeres uanset hvilken forvaltningsmodel, der vælges. Kræftens Bekæmpelse ønsker ikke at pege på en af de tre foreslåede forvaltningsmodeller men vil berøre de væsentligste fordele og ulemper, som foreningen ser med udgangspunkt i de tre nævnte målsætninger.

Vi vil desuden gerne benytte anledningen til at støtte Danske Patienters høringsvar.

Med venlig hilsen

Helen Bernt Andersen
Formand

Generelle bemærkninger

Kræftens Bekæmpelse vil indledningsvis komme med nogle overordnede bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering og derefter kommentere de tværgående anbefalinger og tre forvaltningsmodeller.

› Et mere forebyggende sundhedsvæsen

I gennemlæsningen af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering kan Kræftens Bekæmpelse desværre konstatere, at især den primære forebyggelse er helt fraværende. Forebyggelse er et centralt virkemiddel til at reducere den stigende ulighed i sundhed og øgede forekomst af kroniske sygdomme. En styrket forebyggelsesindsats vil bidrage til at lette presset på sundhedsvæsenet betragteligt og medvirke til at øge arbejdsudbuddet i Danmark. I 2022 blev ca. 47.000 nye patienter diagnosticeret med kræft¹, og en styrket forebyggelsesindsats kan sikre, at færre fremover får kræft og andre alvorlige sygdomme. Kræftens Bekæmpelse mener derfor, at forebyggelsen bør spille en langt større rolle i fremtidens sundhedsvæsen, end der er lagt op til i kommissionens afrapportering.

Kræftens Bekæmpelse vil opfordre regeringen til, at forebyggelse bliver en prioriteret del af den nye organisering af sundhedsvæsenet, og at der etableres en økonomisk incitamentsstruktur, der understøtter forebyggende indsatser i alle dele af sundhedsvæsenet. På den baggrund foreslås det, at forebyggelse bliver en ny tværgående indsats på linje med de øvrige tværgående anbefalinger, der skal implementeres, uanset hvilken forvaltningsmodel der vælges. I den forbindelse vil Kræftens Bekæmpelse foreslå, at der som supplement til en ny organisering af sundhedsvæsenet vedtages en ambitiøs forebyggelsesplan. En national forebyggelsesindsats bør blandt andet sætte nationale forpligtende mål for forebyggelse og sundhedsfremme samt sikre, at der udarbejdes en folkesundhedslov, der sætter klare rammer og forpligtelser for arbejdet.

› Et sundhedsvæsen på patientens præmisser

Fremtidens sundhedsvæsen bør organiseres med udgangspunkt i patienter og pårørendes behov og præferencer, og derfor skal strukturerne i sundhedsvæsenet understøtte mere systematisk inddragelse af patienter og pårørende. Det vil kunne sikre en række positive effekter for både sundhedsvæsenet samt

¹ Kræft i Danmark 2024, Kræftens Bekæmpelse

de enkelte patienter og pårørende. Eksempelvis vil systematisk patientinddragelse gøre det nemmere at identificere de patienter, der er sårbare og har behov for noget ekstra og medvirke til at reducere de betydelige uligheder, der er på sundhedsområdet. Fælles beslutningstagen er et eksempel på, hvordan den sundhedsfaglige viden samt patientens præferencer og værdier indgår som en del af beslutningsgrundlaget. På sygehusene arbejdes der i stigende grad med fælles beslutningstagen, men det bør udbredes, så det bliver en fast del af beslutningsgrundlaget i hele sundhedsvæsenet, og det opfordres regeringens til at indtænke i en ny organisering af sundhedsvæsenet.

Derudover mener Kræftens Bekæmpelse, at der bør arbejdes på en mere inddragende kommunikation blandt andet i forhold til sproglige barrierer. Sundhedsvæsenets tilbud bør også gøres mere tilgængelige for eksempel ved at forenkle de nugældende regler for befordring, som kan være vanskelige at gennemskue, og det vil ofte få forstærkede konsekvenser for socialt udsatte patienter.

› **Fortsat fokus på det specialiserede sundhedsvæsen**

Gennem de seneste årtier har vi udviklet et stærkt sygehusvæsen, der leverer høj faglig kvalitet, for eksempel når patienter skal udredes og behandles for kræft. Dette skyldes ikke mindst en stærk forskningskultur og en høj og centralt styret specialiseringsgrad. Resultatet er, at langt flere patienter overlever en kræftsygdom, og Danmark er på dette område nu på niveau med resten af Norden. Det er vigtigt, at en styrkelse af det nære sundhedsvæsen ikke sker på bekostning af disse fremskridt og en fortsat udvikling og høj kvalitet i det specialiserede sundhedsvæsen. Det skal også sikres, at viden og kompetencer fra det specialiserede sundhedsvæsen anvendes til at styrke det nære sundhedsvæsen.

For Kræftens Bekæmpelse er det derfor væsentligt, at der fastholdes et fokus på og en økonomisk prioritering af det specialiserede sygehusvæsen, samt at der fortsat vil være den nødvendige specialisering på sygehusene. Derfor er Kræftens Bekæmpelse også positiv overfor, at det i afrapporteringen fremhæves, at de nødvendige kompetencer for diagnostik og behandling af alvorlig sygdom skal fastholdes i det sekundære sundhedsvæsen jf. side 237. Men for eningen er samtidig bekymret over, at der jf. side 235 lægges op til, at en styrket prioritering af det primære sundhedsvæsen vil blive ledsaget af en reduceret vækst for sygehusene på et tidspunkt, hvor der inden for flere specialer er udfordringer med kapaciteten og lange ventetider, og hvor antallet af kræfttilfælde vokser som følge af ændret demografi.

› **Styrket forskning i det nære sundhedsvæsen**

Kræftens Bekæmpelse mener, at det er helt væsentligt at fremme forskningen i det primære sundhedsvæsen, og det er positivt, at der lægges op til et større fokus på forskning hos andre faggrupper end læger og sygeplejersker. Kræftens Bekæmpelse er enig i, at sundhedstjenesteforskning i det primære sundhedsvæsen skal prioriteres, og der bør være et styrket fokus på at løfte forskningen og kompetenceudviklingen i det nære sundhedsvæsen. Det skal sikres, at forskningen i højere grad kommer til gavn for alle borgere. Foreningen vil hertil gerne fremhæve, at det styrkede fokus på forskning i det nære sundhedsvæsen ikke bør være på bekostning af forskning og herunder sundhedstjenesteforskning i det sekundære sundhedsvæsen. Kræftens Bekæmpelse vil hertil understrege vigtigheden af, at der også fremover er fokus på at opretholde den høje forskningskvalitet og kompetence i det sekundære sundhedsvæsen.

Derudover er kliniske retningslinjer et helt centralt grundlag for ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet og for en prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer. Kræftens Bekæmpelse vurderer, at der er behov for, at organiseringen af sundhedsvæsenet understøttes af et samlet nationalt program for landsdækkende, tværfaglige og tværsektorielle kliniske retningslinjer.

Tværgående anbefalinger

Kræftens Bekæmpelse er enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at de tværgående anbefalinger er centrale for at udvikle sundhedsvæsenet i den rigtige retning. Nedenfor beskrives foreningens input og bemærkninger til de enkelte tværgående anbefalinger.

› **Det almenmedicinske tilbud**

Bedre lægedækning

På kræftområdet begynder syv ud af ti kræftforløb hos den praktiserende læge². Det er derfor afgørende, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge, og at almen praksis' tilbud er let tilgængelige. Det er ikke tilfældet i dag

² Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 – del 1. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling

med manglende lægedækning særligt i yderområder, hvor der ofte også er en høj sygdomsbyrde. Kræftens Bekæmpelse er derfor enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der er behov for en ny struktur og nye incitamentter for, at de praktiserende læger, men også praktiserende speciallæger fordeles mere ligeligt. Foreningen støtter også kommissionens forslag om, at der indføres differentieret patientnormering ud fra en national model. Kræftens Bekæmpelse finder det nødvendigt, at denne anbefaling implementeres hurtigst muligt.

Ny rolle og opgaver

Kræftpatienter oplever, at de ofte skal tage ansvar for deres eget forløb især, når det går på tværs af sektorer. Det går i høj grad ud over sårbare patienter med komplekse forløb eller ældre, der lider af flere sygdomme på samme tid, herunder kræft. Tal viser³, at 69 pct. af de patienter, der får stillet en kræftdiagnose i dag, er 65 år eller ældre, og da der kommer flere ældre borgere i fremtiden, vil antallet af kræfttilfælde forventeligt også stige.

Kræftens Bekæmpelse er på den baggrund enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der er behov for, at de praktiserende læger fremover skal have en styrket tovholderfunktion for at sikre mere sammenhæng i patientforløb, der går på tværs af sektorer. Ligeledes bør de praktiserende læger have en mere opsøgende og aktiv rolle særligt i forhold til de patienter, der har behov for ekstra støtte. Kræftens Bekæmpelse foreslår på den baggrund, at tovholderfunktionen jf. side 192 udvides til også at omhandle patienter, der vurderes sårbare eller har et særligt behov. Derudover bør der ses på, om andet sundhedsfagligt eller administrativt personale kan understøtte de praktiserende læger med at holde overblik over patienters forløb. Kræftens Bekæmpelse foreslår desuden, at der bør sættes særligt fokus på også at sikre, at sygehuspatienter får en patientansvarlig læge.

› Digitalisering og data

En væsentlig barriere for at skabe mere sammenhængende forløb, mere kvalitetsudvikling og forskning i alle dele af patientforløbet er manglende systematisk anvendelse af eksisterende data og manglende deling af tidstro data om den enkelte patients forløb. Derfor er Kræftens Bekæmpelse også meget positiv overfor Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at der er behov for en større national beslutnings- og eksekveringskraft vedrørende digitalisering og data. Imidlertid omtales brugen af Real World Data ikke, men det bør indgå i

³ Kræft i Danmark 2024, Kræftens Bekæmpelse

det videre arbejde med anbefalingen, da det blandt andet kan bruges til at understøtte patienternes forløb i sundhedsvæsenet og følge effekten af nye behandlinger. En øget opsamling og anvendelse af Real World Data kræver dog, at en række udfordringer løses i forhold til blandt andet almen praksis, hvor der i dag ikke sker en tilstrækkelig systematisk opsamling af data samt deling af data fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen. En anden central udfordring er, at der mangler en ensartet juridisk fortolkning af det lovgrundlag, der ligger til grund for deling og brug af data på tværs af blandt andet regioner og hospitaler.

› **National sundhedsplan**

Kræftens Bekæmpelse finder det særdeles positivt, at Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der skal udarbejdes en national sundhedsplan, som skal bidrage til en bedre fordeling af ressourcer både i sundhedsvæsenet og geografisk i Danmark.

Kvalitetsstandarder

Patienter oplever i dag varierende kvalitet, som afhænger af, hvor de er i forløbet, og hvor de behandles i landet. Der er stort behov for at løfte kvaliteten særligt i primærsektoren blandt andet i forhold til forebyggelse, rehabilitering, senfølger og palliation. Kræftens Bekæmpelse er derfor enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der skal ske en videreudvikling af kvalitetsstandarder, og det er vigtigt, at der sættes nye og mere forpligtende mål for kvaliteten i sundhedsvæsenet. Det skal understreges, at kvalitetsstandarder- og monitorering blandt andet forudsætter systematisk registrering samt anvendelse af data, som skal være et fokus i implementeringen. Kræftens Bekæmpelse vil desuden gerne bemærke, at udviklingen af kvalitetsstandarder bør ske med inddragelse af patienter og pårørende for at sikre, at de fastsættes med udgangspunkt i deres behov og ønsker.

› **Mennesker med psykiske lidelser**

Danske og internationale studier viser, at kræftpatienter, der også har en psykisk sygdom, deltager mindre i screening, får dårligere behandling og lever kortere. Det er en ulighed, der skal gøres op med. Kræftens Bekæmpelse er derfor enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at somatik og psykiatri skal integreres for at løfte kvaliteten og styrke sammenhængen. Kræftens Bekæmpelse vil som supplement hertil bemærke, at civilsamfundets bidrag også bør indtænkes som en fast og integreret del af arbejdet med at løfte indsatsen, da borgere med psykiske lidelser ofte har behov for ekstra hjælp.

Kræftens Bekæmpelse ønsker, at implementeringen af anbefalingen om det almen medicinske tilbud særligt vil komme mennesker med psykisk lidelse til gavn. Især muligheden for, at der vil komme en fast tilknyttet læge på botilbud vil skabe bedre muligheder for at forebygge og diagnosticere somatisk sygdom tidligere. Civilsamfundet kan give støtte og hjælp, eksempelvis hvis man som patient ikke har tætte pårørende. Inden for kræftområdet har Kræftens Bekæmpelse for eksempel en navigatorordning⁴, hvor en frivillig navigator hjælper patienten med at skabe overblik over aftaler, undersøgelser og behandlinger. Der er også mange andre gode tilbud, der kan hentes erfaringer fra.

Derudover er det Kræftens Bekæmpelses anbefaling, at der etableres multidisciplinære teams til at understøtte mere sammenhængende forløb for patienter med samtidig psykisk og somatisk sygdom.

› **Praktiserende speciallæger**

Kræftens Bekæmpelse støtter Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger vedrørende de praktiserende speciallæger og forventer, at implementeringen kan bidrage til at sikre en større geografisk lighed i Danmark. I arbejdet med at tilpasse rammerne for de praktiserende speciallæger er det Kræftens Bekæmpelses anbefaling, at der også ses på, hvordan de kan bidrage til at tage et ansvar i uddannelsen af læger.

Patientrettigheder

Patientrettighederne har været med til at gøre en mærkbar forskel for kræftpatienter og deres pårørende og har bidraget markant til at løfte kvaliteten i behandlingen. Det er derfor glædeligt, at Sundhedskommissionen anerkender patientrettighedernes positive betydning, som Kræftens Bekæmpelse også har set på kræftområdet. Det er helt afgørende, at patientrettigheder også er en del af fremtidens sundhedsvæsen og med fordel tillige kan indtænkes som en del af udviklingen af det primære sundhedsvæsen.

› **Reformsekretariat**

Kræftens Bekæmpelse støtter, at der sættes fokus på implementering og vil opfordre til, at blandt andet erfaringerne fra sundhedsklyngerne anvendes aktivt i den videre udvikling af sundhedsvæsenet.

⁴ [Navigator – få støtte af en bisidder, Kræftens Bekæmpelse](#)

Forvaltningsmodeller

Kræftens Bekæmpelse vil gerne rose Sundhedsstrukturkommissionen for i beskrivelsen af forvaltningsmodellerne at opstille både fordele og ulemper ved de enkelte modeller. Foreningen vil opfordre regeringen til at vælge en forvaltningsmodel, der sikrer sammenhæng i ansvaret for patienten og lever op til de tre målsætninger benævnt i indledningen af høringssvaret. Som tidligere anført vil Kræftens Bekæmpelse ikke anbefale én af forvaltningsmodellerne men i stedet komme med en overordnet vurdering af hver model på baggrund af en afvejning af fordele og ulemper set fra patienternes perspektiv. Indledningsvis gives et par generelle bemærkninger til de tre modeller.

Patient- og pårørendeinddragelse

Patienten er ekspert i eget liv, og hvis sundhedsvæsenet for alvor skal indrettes efter patienterne, er det helt centralt, at patienter og pårørende systematisk inddrages og involveres i de beslutninger, der træffes. Det gælder både i beslutninger om eget forløb men også i udviklingen af sundhedsvæsenet. Kræftens Bekæmpelse kan desværre konstatere, at organisatorisk inddragelse af patienter og pårørende ikke er indtænkt som en del af strukturen i Sundhedsstrukturkommissionens tre forvaltningsmodeller. Der opfordres dermed til, at regeringen i beslutningen og implementeringen af den organisatoriske struktur af fremtidens sundhedsvæsen indtænker, hvordan patienter og pårørende kan inddrages for eksempel i de nærudvalg eller bestyrelser, der skal nedsættes.

Derudover vil Kræftens Bekæmpelse også pege på, at støtte og hjælp til pårørende også bør indtænkes som en integreret del af sundhedsvæsenets tilbud. Pårørende er en vigtig støtte for at få patienterne godt igennem deres forløb, og eksempelvis angiver 52 pct. af kræftpatienterne, at de i mindre grad eller slet ikke synes, at deres pårørende har fået den hjælp og støtte, som de har behov for⁵.

Civilsamfundets rolle

Civilsamfundet arbejder i dag tæt ind mod sundhedsvæsenet og bidrager allerede i dag til patientstøtte, forskning og forebyggelse både økonomisk og gennem konkret opgavevaretagelse i snitfladen til sundhedsvæsenets opgaver. Kræftens Bekæmpelse finder dog, at der fortsat er et stort uudnyttet potenti-

⁵ Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 – del 1. Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling

ale i et styrket samarbejde mellem det offentlige sundhedsvæsen og civilsamfundet. Kræftens Bekæmpelse ser ikke, at civilsamfundets bidrag til sundhedsvæsenet indgår som en central del af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Foreningen vil derfor opfordre regeringen til, at civilsamfundets rolle og opgaver indtænkes som en integreret del af den fremtidige organisering af sundhedsvæsen uanset hvilken model, der vælges. Det skal yderligere understøtte ønsket om et sammenhængende sundhedsvæsen og det stigende behov for hjælp til særligt sårbare patienter.

› **Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner**

Kræftens Bekæmpelse ser væsentlige fordele i, at der etableres sundheds- og omsorgsregioner og dermed sker en samling af sundhedsopgaverne. I lighed med Sundhedsstrukturkommissionen er det også Kræftens Bekæmpelses oplevelse, at hjælpemiddelområdet er et eksempel på et område med store snitfladeproblemer. Der er stor ulighed, og mange patienter føler sig utrygge og oplever, at de kommer i klemme både i regionalt og kommunalt regi og i det manglende samarbejde mellem sektorerne. Hvis der etableres sundheds- og omsorgsregioner og sker en betydelig opgavesamling, er det foreningens forventning, at der forventeligt på blandt andet hjælpemiddelområdet vil være færre snitflader og overgange. Det vil betyde, at patienterne vil opleve mere sammenhængende forløb og entydigt ansvar, som især vil gavne de ældre og sårbare patienter, som med den nuværende struktur ofte har svært ved at navigere på tværs af de forskellige sektorer.

Ved en samling af ansvaret hos én myndighed er det Kræftens Bekæmpelses forventning, at kvaliteten af sundhedsydelser højnes særligt i det primære sundhedsvæsen samtidig med, at ydelserne ensartes på tværs af landet til gavn for patienter. Desuden vil der opstå flere incitamentter til at løfte indsatsen inden for forebyggelse, og det vil efter Kræftens Bekæmpelses opfattelse være en væsentlig fordel ved model 1.

Foreningen er dog bekymret for, at der med etableringen af otte til ti sundhedsregioner vil være regioner, særligt i yderkanten af Danmark, som også fremover vil opleve nogle af de samme udfordringer som i dag, for eksempel i forhold til rekruttering af kvalificeret sundhedspersonale. Med flere enheder vil der også være risiko for, at der vil opstå større forskelle mellem enhederne, og at den geografiske ulighed ikke i tilstrækkelig grad bliver reduceret.

› **Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen**

Med etablering af et statsligt enhedssundhedsvæsen ser Kræftens Bekæmpelse umiddelbart mulighed for at skabe et mere sammenhængende forløb for patienterne, mere geografisk lighed og overordnet mere ensartede tilbud på tværs af landet. Det skyldes, at der vil være en klar national placering af opgaver og ansvar. Desuden vil implementering af nye løsninger eksempelvis i forhold til kvalitet samt digitalisering og data være hurtigere at implementere, da der i Sundhed og Omsorg Danmark vil være en stor beslutnings- og eksekveringskraft. Hvis denne model vælges, vil det også være foreningens forhåbning, at det vil have en positiv indvirkning på forebyggelsesindsatsen i Danmark.

Men en samling af myndigheds- og driftsansvaret for sundhedsvæsenet hos staten vil også have ulemper set ud fra et patientperspektiv. Med den nuværende struktur, hvor ledelserne i kommuner og regioner er politisk valgte, er det Kræftens Bekæmpelses oplevelse, at disse er tilgængelige for dialog og samarbejde og har en opmærksomhed på, hvad der sker lokalt på sundhedsområdet. Foreningen tvivler på, at denne nærhed kan fastholdes, hvis ansvaret for sundhedsvæsenet forankres hos en minister og i professionelle bestyrelser. Hvis der etableres centrale og decentrale bestyrelser i sundhedsvæsenet, vil Kræftens Bekæmpelse opfordre til, at patienter og pårørende indgår som repræsentanter på lige fod med de øvrige bestyrelsesmedlemmer.

› **Model 3: Sundhedsregioner**

Set fra et patientperspektiv er det en fordel, at sundhedsregionerne i model 3 vil få et mere målrettet fokus på sundhed sammenlignet med de nuværende regioner. Desuden noterer Kræftens Bekæmpelse, at Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at modellen har det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og fordeling af ressourcer, hvilket har betydning for fastholdelse af høj kvalitet for blandt andet udredning og behandling af kræft.

Med fastholdelse af den nuværende opgavefordeling, der lægges op til i denne model, er Kræftens Bekæmpelse særligt bekymret for, at mange af de nuværende udfordringer med overgange, ulighed og snitflader til for eksempel ældreområdet fortsat vil eksistere, selvom de tværgående anbefalinger implementeres. Hvis der etableres sundhedsregioner, vil foreningen i lighed med Sundhedsstrukturkommissionen opfordre til, at den statslige styring blandt andet i forhold til kvalitet styrkes. Det kan bidrage til at løfte kvaliteten af sundhedsvæsenets tilbud i det nære sundhedsvæsen men også sikre en større ensartet-

hed på tværs af landet. Dette vil være positivt, men det er Kræftens Bekæmpelses vurdering, at denne model ikke i samme omfang som de øvrige modeller vil skabe mere sammenhængende forløb for patienterne, end det er muligt med den eksisterende organisering.

Hvis denne model følges, bør der ses på andre måder at styrke det tværsektorielle samarbejde på, og Kræftens Bekæmpelse er enig med kommissionen i, at etablering af nærudvalg vil være en god løsning, og at nærudvalgene skal have ansvar for prioritering og anvendelse af midler. Desuden vil Kræftens Bekæmpelse opfordre til, at regeringen ved valg af denne model vil se på, hvordan sundheds- og socialområdet kan samtænkes, herunder sundhedsloven og serviceloven blandt andet i forhold til hjælpemidler.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk



Svar på høring over Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering (juni 2024) fra det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet (KU-SUND)

6. AUGUST 2024

STABSAFDELINGEN

BLEGDAMSVEJ 3
KØBENHAVN N.

DIR 35 33 16 84
MOB 93 50 99 15

rose.friis@sund.ku.dk

Vedr. anbefaling 2 om ny organisering af digitalisering og data
KU-SUND tilslutter sig fuldstændig, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet.

1. De konkrete forslag virker dog mere orienteret mod ledelse, planlægning og drift og mindre mod udvikling af nye digitalt baserede behandlinger, patientforløb mm. Det kommer f.eks. til udtryk ved, at fokus ligger på egenudvikling af digitale værktøjer samt koordination af systemer af journaltype. Dette fokus efterlader kun begrænset rum til private aktører, innovation eller hvordan tech-firmaer skal inviteres ind. Disse aspekter og deres vigtighed bør beskrives tydeligere, herunder hvem der har ansvar for dem.
2. Som rapporten omtaler, er det hensigtsmæssigt at indtænke forskning og innovation i en fælles IT- og datainfrastruktur. I denne sammenhæng bør uhensigtsmæssige barrierer mellem sundhedsvæsenet, universiteter og andre aktører fjernes. Herved skabes bl.a. en unik mulighed for at sikre, at de behandlinger, der udføres, faktisk gavner patienten ved at sikre evidens for alle behandlinger i sundhedsvæsenet.
3. Anbefalingerne er meget dansk orienterede. Mest iøjefaldende er det, at man ikke lægger større vægt på det meget omfattende arbejde med European Health Data Space. Danmarks internationale styrkeposition på området bør styrkes og ikke svækkes som led i strukturreformen.
4. Den største hindring i en omfattende udvidelse og brug af digitale løsninger og data er mangel på personale med de rette kompetencer. Dette

kræver, at der skabes rammer for at udvide universiteternes udbud af uddannelser der kombinerer sundhedsfaglig, klinisk og teknisk forståelse samt IT-forståelse.

Vedr. anbefaling 3 om tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Det er en grundlæggende antagelse, at man kan flytte store dele af såvel klinisk drift som lægevidenskabelig forskning og uddannelse fra hospitalssektoren til praksissektoren og samtidig bevare 'høj kvalitet'. Det danske sundhedsvæsen er kendetegnet ved internationalt førende sundheds- og lægemiddelforskning og -innovation, hvilket har central betydning for såvel sundhedsydelse til borgerne som samfundsøkonomien. Det er derfor afgørende at sikre, at de foreslåede ændringer ikke kommer til at påvirke forskning, innovation og uddannelse i negativ retning.

KU-SUND vil i denne sammenhæng påpege følgende væsentlige problemstillinger og forudsætninger:

1. På nuværende tidspunkt findes der ikke tilstrækkelig kapacitet til omfattende, patientnær forskning og innovation af højeste internationale standard i almen praksis, ligesom forskningskapaciteten for sundhedstjenesteforskning er begrænset til et mindre antal forskergrupper. Dette ses bl.a. på det beskedne antal fondsansøgninger, der sendes til offentlige og private fonde på disse felter. En udvikling af disse forskningsområder, herunder udbuddet af ph.d.-projekter, vil derfor kræve investering i kapacitetsudvikling. Dette bør omfatte allokering af midler til universiteterne til ansættelse af flere lektorer og professorer og økonomiske incitamentsmodeller til at få praktiserende læger til at allokere tid til at deltage i forskningsprojekter. Desuden vil det være nødvendigt at udvikle en stærk og omfattende forskningsinfrastruktur i almen praksis.¹

2. Sundhedsvidenskabelig forskning og innovation på hospitalerne, drevet i tæt samarbejde mellem regioner, universiteter, Life science-industrien og andre stakeholders, vil fortsat være helt essentiel for det danske samfund. Lægevidenskabelig og anden sundhedsprofessionel forskning er af direkte betydning for kvaliteten af sundhedsvæsenet, herunder implementering af nye behandlinger og procedurer.² Desuden er en del af den forskning der foregår på hospitalerne en vigtig komponent i den succesfulde danske lægemiddelindustri, bl.a. via klinisk afprøvning. En omfordeling af

¹ Kurtzhals J, Lange T & Boch F. Københavns Universitet: Hvis flere skal vælge almen praksis, bør man styrke samarbejdet med universiteterne. Altinget 2. april 2024.

² Boaz A, et al. BMJ Open 2015; 5: e009415. doi:10.1136/bmjopen-2015-009415
Chalmers et al. BMC Health Services Research 2023; 23: 766.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09555-9>

ressourcer og patienter fra hospitaler til primærsektoren bør ledsages af en gennemtænkt og finansieret plan for, hvordan det høje internationale niveau for hospitalsbaseret forskning opretholdes.

3. Helt generelt er det afgørende at sikre forskningsfriheden i overensstemmelse med Universitetsloven og internationale konventioner. De tilstræbte ændringer i forskningslandskabet bør derfor, som omtalt ovenfor, opnås gennem strategiske investeringer i kapacitetsudvikling og uden direkte politisk styring.

4. Behovet for at tilpasse medicinstudierne og styrke almene kompetencer er til dels overhalet af, at de fire danske sundhedsvidenskabelige fakulteter i samråd med Sundhedsstyrelsen har udviklet en fælles national klinisk kompetenceprofil, jf. anbefaling 2 i rapporten om fremtidens speciallægeuddannelse.³

Universiteterne tilrettelægger selv uddannelserne, i overensstemmelse med Universitetsloven. Omfanget af almen medicin og øvrig klinisk uddannelse i de medicinske studieordninger er dog begrænset af en lang række faktorer, herunder bl.a. kapacitet i almen praksis, begrænset forskningsbaseret (jf. ovenfor), pædagogiske og didaktiske forhold og økonomiske vilkår, (hvor klinikophold i almen praksis er flere gange dyrere end på hospitaler). En omfordeling af 'almindelige' patienter fra hospitalerne til primærsektoren kan derfor potentielt skabe et væsentligt kapacitetsproblem for den kliniske uddannelse af medicinstuderende. Det er vigtigt, at der lægges en gennemtænkt plan for kapacitet og økonomiske rammevilkår for uddannelse af læger og andet sundhedspersonale, hvis dette i større grad end nu skal kunne finde sted i primærsektoren.

Med venlig hilsen

Bente M. Stallknecht

Dekan
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Københavns Universitet

³ Fremtidens speciallæge — ændring af den lægelige videreuddannelse. Sundhedsstyrelsen, 2024.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets hovedpostkasse / sum@sum.dk
Att. Indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde



4. JULI 2024

Vedr. høring af sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Kommissionen fik til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen og at modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering. Det er derfor bekymrende, at substantielle forslag til kost-effektive indsatser på forebyggelsesområdet er helt fraværende.

Danmark har brug for et "Center for forebyggelse", hvor nationale erfaringer opsamles og deles - og hvor innovative forebyggelsesindsatser systematisk afprøves. En stærk forebyggelsesindsats vil reducere antallet af kontakter med det behandlingsorienterede sundhedsvæsen og vil samtidig sikre bedre lighed i sundhed.

Med venlig hilsen

Jesper Wengel
Professor, prodekan for innovation
og samfundsrelationer

Anna Haldrup
Professor, institutleder for Institut
for Fødevarevidenskab

Nikolai B. Nordsborg
Professor, institutleder for Institut
for Idræt og Ernæring

Theis Lange
Professor, institutleder for Institut
for Folkesundhedsvidenskab

Styregruppen for Fremtidens
forebyggelse & sundhed v/
Københavns Universitet
<https://preventivehealth.ku.dk/>

Det Natur- og Biovidenskabelige
Fakultet:

Jesper Wengel, Professor, prodekan for
innovation og samfundsrelationer

Anna Haldrup, professor, institutleder for
Institut for Fødevarevidenskab

Nikolai B. Nordsborg, Professor,
institutleder for Institut for Idræt og
Ernæring

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet:

Theis Lange, Professor, institutleder for
Institut for Folkesundhedsvidenskab

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Svar på høring af Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Sundhedsstrukturkommissionen har den 11. juni 2024 fremlagt sine tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen. Landdistrikternes Fællesråd takker for muligheden for at komme med bemærkninger til denne afrapportering.

600.000 danskere bor i lægedækningstruede områder, og det går særligt ud over folk i land-, ø- og yderkommuner¹, som har en højere andel af ældre og multisyge end øvrige kommuner. Derfor har Landdistrikternes Fællesråd også set frem til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger til, hvordan vi bl.a. sikrer mere nærhed i sundhed og mindsker den geografiske ulighed, som vi ser i dag. Landdistrikternes Fællesråd har følgende bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger:

Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at kapaciteten og kompetencerne i det primære sundhedsvæsen udbygges. Landdistrikternes Fællesråd er positive over, at forslaget vil gøre det lettere at etablere klinikker med forskellige fagligheder f.eks. klinikker med ansatte læger. Det vil alt andet lige bidrage til at bringe hjælpen tættere på borgeren og give mulighed for at kunne få behandling nært for det som ikke er svært.

Landdistrikternes fællesråd mener, at der bør ændres på mulighederne for, at læger, tandlæger og behandlere (fysioterapeuter, kiropraktorer m.fl.) kan etablere delpraksis eller flerpraksis samt sikre mulighed for, at de kan leje sig ind i sundhedshusene. Dette med henblik på at tiltrække flere yngre læger og tandlæger til land- og yderområderne.

Differentierede patienttal og honorarer

Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at Sundhedsstrukturkommissionen lægger op til differentierede patienttal og honorarer, som bliver fastlagt på baggrund af behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik.

Landdistrikternes Fællesråd deler denne ambition. Det er urimeligt og bidrager til en geografisk ulighed i sundhed, at en læge på landet, hvor der er flere ældre, som oftere er kronisk syge eller multisyge, skal have samme patientantal som en

¹ Regional- og landdistriktpolitisk redegørelse 2023

læge i storbyen, hvor der er flere ressourcestærke og raske patienter. Differentierede patienttal og honorarer kan være med til, at det bliver mere attraktivt at dække land-, ø- og yderkommuner, hvor man ofte har flere og mere behandlingskrævende patienter og dermed sikre mere nærhed i sundhed.

Digitalisering af sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at arbejdet med digitalisering og data skal styrkes i sundhedsvæsenet. Landdistrikternes Fællesråd anerkender, at digitale sundhedsydelse kan være et godt supplement til at sikre lige adgang til sundhedstilbud i hele landet.

Landdistrikternes Fællesråd mener, at udviklingen og brugen af digitale sundhedsløsninger styrkes, så sundhedsvæsenet bringes tættere på borgeren og mindsker afstanden til sundhedstilbud både i somatikken og i psykiatrien. Øget digitalisering på sundhedsområdet må dog ikke blive en spareøvelse og bør altid kun anvendes som et supplement til det fysiske sundhedsvæsen. De lokale sundhedshuse skal i højere grad udnyttes som fysisk ramme for digitale sundhedsløsninger, hvor særligt sårbare borgere i landdistrikterne kan tale med specialister fra forskellige sektorer for at fremme det nære- og specialiserede sundhedsvæsen.

Lægedækning i hele landet

Lægemanglen i land- og yderkommunerne er en meget stor udfordring for den nære sundhed. Landdistrikternes Fællesråd mener, at der bør udarbejdes en national uddannelses- og rekrutteringsplan for sundhedspersonale, herunder social- og sundhedsmedarbejdere, sygeplejersker og læger, som skal imødegå udfordringer med rekruttering af sundhedspersonale i landdistrikterne. Rekrutteringsplanen bør udarbejdes i tæt samarbejde med kommuner, regioner og sundhedsfaglige organisationer og uddannelsesinstitutioner. Der bør gives et grundtilskud til læger, der etablerer sig i de dele af landet, som er lægedækningstruede.

Landdistrikternes Fællesråd opfordrer til, at der indføres en "tjenestepligt" i yderområderne for nyuddannede læger. Det skal bidrage til, at man som nyuddannet læge kommer ud og oplever en praksis på landet eller i en ø-, land- eller yderkommune. Alternativt kan det blive nødvendigt at etablere regionsklinikker, hvor der skabes nogle attraktive stillinger, som kan tiltrække læger til områder med lægemangel.

Sundhedscentre skal styrke det primære sundhedsvæsen

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår yderligere, at sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen, særligt de almenmedicinske tilbud, og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt.

Landdistrikternes Fællesråd er enige i, at sundhedscentre, eller sundhedshuse, som vi kalder det, bør spille en større rolle i adgangen til sundhedsvæsenet. Det som ikke er svært, skal behandles nært. Landdistrikternes Fællesråd ser gerne, at der i princippet kommer sundhedshuse i alle land-, ø- og yderkommuner, så man

ikke altid skal ind på et akutsygehus, men kan få hjælp nært til det der ikke er svært.

Organisering af fremtidens sundhedsvæsen

Landdistrikternes Fællesråd bemærker, at Sundhedsstrukturkommissionen foreslår tre modeller til organisering af fremtidens sundhedsvæsen. For Landdistrikternes Fællesråd er det vigtigt, at en evt. omorganisering bidrager til et land i bedre geografisk balance jf. regeringsgrundlaget, og ikke medfører større centralisering af sundhedsvæsenet.

Der er fortsat behov for et niveau med folkevalgte, som tager et ansvar for de overordnede tværgående opgaver indenfor sundhedsområdet, herunder supersygehusene, som ikke ligger indenfor kommunerne. Det er vigtigt, så der ikke sker en yderligere centralisering ind mod staten og for at sikre et land i geografisk balance.

Større fokus på forebyggelse af sundhedstilstanden i landdistrikterne

Det er problematisk at de områder, som kæmper mest med sundhedstilstanden i Danmark, også er de områder, hvor der er længst til både den praktiserende læge og til den specialiserede behandling på sygehuset.

Landdistrikternes Fællesråd anbefaler, at der afsættes en national pulje på 200 mio. kr. til at fremme forebyggelsesindsatser i landdistrikterne med formålet om at forbedre den generelle sundhedstilstand inden for bl.a. rygning, kost, fysisk aktivitet og mentalt helbred. Puljen skal søges af kommuner i partnerskab med lokale aktører eller foreninger, såsom landsby-, borger-, idræts- eller patientforeninger. Puljen skal øge det lokale udbud af sundhedsydelser ud fra sundhedsfaglige kriterier og skal ske i tæt samarbejde med sygehusene.

Systemet omkring den kommunale medfinansiering (KMF) bør indrettes på en mere transparent, smidig og retfærdig måde, så der gives bedre indsigt i, hvad udgifterne dækker over med henblik på at skabe større incitament for kommunerne til at investere i forebyggelse og samarbejde om sammenhængende patientforløb.

Landdistrikternes Fællesråd står til rådighed for yderligere dialog og sparring.

Med venlig hilsen

Landdistrikternes Fællesråd



Steffen Damsgaard
Formand



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

01.08.2024

Høringssvar fra Langeland Kommune til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger

Langeland Kommune ønsker at anerkende Sundhedsstrukturkommissionen for det store analysearbejde, som er et væsentligt bidrag til den politiske drøftelse om organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen. Langeland Kommune (LK) takker for muligheden for at blive hørt og afgiver hermed høringssvar.

Langeland kommune mener helt overordnet ikke, at Sundhedsstrukturkommissionen har løst sit opdrag med at skabe mere nærhed og kvalitet i sundhed med de præsenterede modeller i deres rapport.

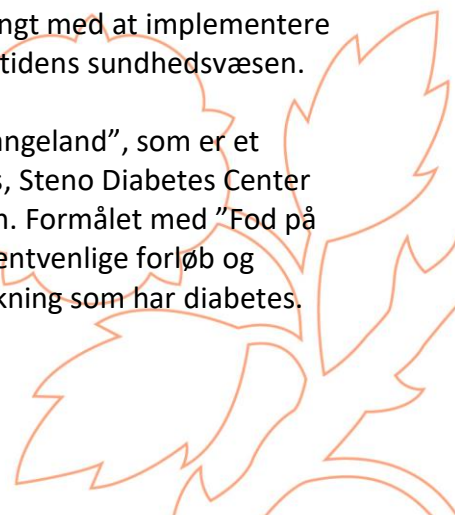
Konkret savner vi svar på hvordan de 3 forvaltningsmodeller vil styrke det nære sundhedsvæsen. Historisk set i Danmark er det aldrig sket, at man har styrket det nære ved at centraliserer. Fysisk nærhed i sundhedstilbuddene er altafgørende for borgernes reelle og oplevede sundhed og dermed livskvalitet. Erfaringer viser allerede at manglende nærhed i offentlig service – ikke mindst sundhedstilbud – medfører væsentlig tilbagegang i bosætning og styrker fraflytningen i landsbyer og lokalmiljøer generelt.

LK ønsker med dette høringssvar derfor at nuancere drøftelsen med lokale perspektiver på konsekvenserne af Sundhedsstrukturkommissionens forslag for borgerne i vores kommune, herunder i væsentlig grad konsekvenserne for oplevelsen af det NÆRE sundhedsvæsen.

Et væsentligt lokalt perspektiv er, at der på Langeland er forholdsvis mange ældre borgere. Andelen af borgere over 65 år er knap 38 % holdt op mod et landsgennemsnit på knap 22%. Et andet lokalt perspektiv er, at der ofte er forholdsvis lange afstande til regionale sundhedstilbud. Dette gælder ikke mindst for de af vores ældre borgere, der er skrøbelige og sårbare, når behandling tilbydes i Odense eller Svendborg. Det er derfor afgørende for mange af vores ældre borgere, at der er relevante sundhedstilbud tilgængelige i kommunen. Når dette er tilfældet, oplever vi, at borgerne er trygge ved det nære sundhedsvæsen.

I samarbejdet mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner er vi langt med at implementere tværgående aftaler. Den type samarbejde ser vi gerne udbygget i fremtidens sundhedsvæsen.

Et rigtig godt eksempel på et lokalt samarbejde er projektet "Fod på Langeland", som er et samarbejde mellem Medicinsk Afdeling M/FAM på Svendborg Sygehus, Steno Diabetes Center Odense, almen praksis på Langeland, LK og andre lokale aktører på øen. Formålet med "Fod på Langeland" er at opretholde livskvalitet, støtte egenomsorg, sikre patientvenlige forløb og undgå amputation. Målgruppen er de 9,5 % af den langlandske befolkning som har diabetes.





Tværgående anbefalinger

LK bakker grundlæggende op om kommissionens tværgående og modeluafhængige anbefalinger. En stærk national rammesætning på en række områder vil bidrage til udviklingen af et nært, stærkt sundhedsvæsen.

Anbefaling 1 – Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

LK finder det positivt, at der med anbefalingerne lægges op til et styrket almenmedicinsk tilbud med en forpligtende national opgavebeskrivelse og derved, at almen praksis ses som et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen.

Vi ser en fordel i differentierede lønninger til lægerne afhængig af befolkningssammensætningen og antallet af borgere, der kan tilknyttes de enkelte praktiserende læger/lægehuse.

Vi er også optaget af, at lægehuse i Langeland Kommune tilslutter sig projektet ”Deep End Denmark” [Baggrund og formål — Deep End Denmark \(deepend-denmark.dk\)](http://Baggrund%20og%20form%C3%A5l%20-%20Deep%20End%20Denmark%20(deepend-denmark.dk)), hvor de tilknyttede læger har det til fælles, at de arbejder i belastede områder på tværs af hele landet, hvor mange patienter har lav socioøkonomi.

LK er for nuværende ikke udfordret på lægedækning i almen praksis. Vi har et stort ønske om at få fast lægedækning på de midlertidige døgndækkede pladser, hvilket vil kunne løfte behandlingsmulighederne væsentligt og reducere ulighed i behandling og styrke patientsikkerhed.

Anbefaling 2 – Ny organisering af digitalisering og data

LK bakker op om, at der findes fælles IT-løsninger på tværs af sektorerne. Især vil det styrke behandling og pleje, hvis sygehus, almen praksis og kommune kan dele oplysninger om diagnoser, behandlingsplaner, medicin og opfølgning på behandling og pleje, herunder hvem der har ansvaret for hvad - selvfølgelig med hensyntagen til patientens/borgerens behov og samtykke.

Anbefaling 3 – Tilpasset fordeling af ressourcer og national sundhedsplan

Vi hilser en styrkelse af det primære sundhedsvæsen både i almen praksis og i kommunalt regi velkommen med baggrund i vores befolkningssammensætning kendetegnet ved mange ældre borgere og mange borgere med kronisk sygdom. Det undrer os, at anbefaling 3 i mindre grad afspejles i forvaltningsmodel 1 og 2.

Anbefaling 4, 5 og 6

LK har ingen specifikke bemærkninger til disse.

De 3 forvaltningsmodeller – og en alternativ model

Vi ser det som problematisk for borgerne på Langeland, hvis model 1 eller 2 gennemføres. Vi mener ikke, at centralisering er svaret på nære tilbud til borgerne.





Vi frygter, at nærdemokratiet på væsentlige velfærdsområder sættes ud af spil, hvorved den demokratiske legitimitet undermineres og velfærden bureaukratiseres. Vi frygter, at der vil blive meget stor afstand fra "top til bund", og at afstandene vil øge sandsynligheden for at vigtige oplysninger går tabt undervejs i de centraliserede processer. Modellerne risikerer at skabe en yderligere udvikling af en by-land-struktur, og de lange afstande vil ikke kun fysisk men også praktisk og mentalt skævvride land og by.

I modellerne ligger, at store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde skal fjernes, hvilket vil reducere Langeland Kommunes samlede økonomi med ca. 28 %. Det vil have en meget stor betydning for en mindre kommune og vil yderligere påvirke den økonomiske bæredygtighed på Langeland.

Med hensyn til model 3 mangler vi svar på, hvordan det nære sundhedsvæsen tænkes styrket med modellen herunder nærdemokratiet. Fra vores side forventer vi en styrkelse af fagligheden og kompetencerne tæt på borgerne, så der er sammenhæng på ældre- og sundhedsområdet ved at fx træning, den kommunale sygepleje, herunder akutfunktionen, og den patientrettede forebyggelse forbliver i kommunalt regi.

Elementer i en alternativ model

Vi tillader os at foreslå en alternativ model, hvor tanken er at styrke det nære sundhedsvæsen ved at placere flere sundhedsopgaver hos kommunerne. Det er i praksis det, som vi allerede oplever i dag i samarbejdet med Region Syddanmark, hvor sygehusvæsenet ønsker flere sundhedsfaglige opgaver løst i kommunerne, når det giver mening. Og det gør det i særlig grad for vores udsatte, ældre og skrøbelige borgere med behov for megen koordinering vedrørende deres sundhedstilbud – fx i forbindelse med genoptræning, udskrivelser og ophold på midlertidige døgndækkede pladser samt forebyggelse af (gen)indlæggelser.


I forlængelse heraf har vi et stort ønske om, at læger skal være tilgængelige på de midlertidige døgndækkede pladser og på botilbud samt at det 72 timers behandlingsansvar skal udvides samtidig med, at der skabes tættere samarbejde mellem sygehuslæger og almen praksis.

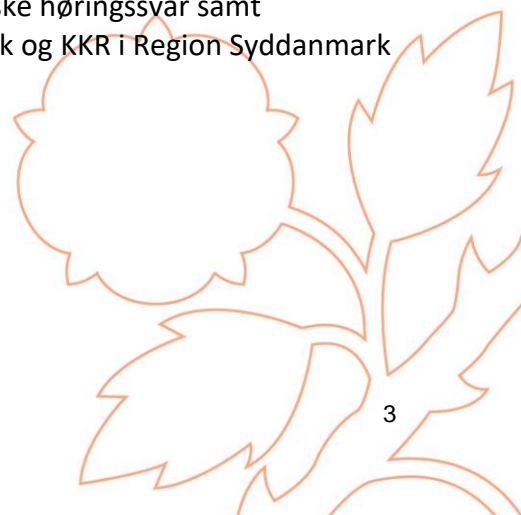
I en alternativ model foreslår vi desuden, at der ikke kun er fokus på sygdom og behandling men et bredt fokus på det levede liv fra vugge til grav og dermed en styrkelse af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, så borgerne trives gennem hele livet.

Langeland Kommune tilslutter sig desuden KL's politiske og tekniske høringssvar samt høringssvarene fra Sundhedsdirektørkredsen i Region Syddanmark og KKR i Region Syddanmark

Med venlig hilsen

På vegne af Kommunalbestyrelsen


Tonni Hansen
Borgmester



Høringssvar fra Lederforeningen på vegne af ledende sygeplejersker, august 2024

Seks anbefalinger fra Sundhedsstrukturkommissionen foreslås suppleret med fire konkrete initiativer

Lederforeningen i DSR takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Dette høringssvar er udarbejdet med inspiration og bidrag fra ledende sygeplejersker i alle dele af sundhedsindsatsen og alle dele af landet. Lederforeningen omfatter omtrent firetusinde ledende sygeplejersker indenfor både det kommunale, det regionale og det private sundhedsområde.

Stadig flere borgere får brug for pleje og behandling, samtidig med at forventningerne til sundhedsvæsenet ikke mindskes.

Vi håber derfor, at høringssvaret kan bidrage til, at en kommende ny struktur for sundhedsområdet kan udnytte de sygeplejefaglige ledernes særlige indsigt i nuværende udfordringer og udpege mulige veje til forbedret indsats.

Ekstra opmærksomhedspunkter

Som repræsentant for de ledende sygeplejersker støtter vi helt generelt de seks tværgående anbefalinger, som Sundhedsstrukturkommissionen præsenterer i sin rapport uafhængigt af en kommende ny forvaltningsmodel.

Vi har blandt andet noteret os positivt, hvordan Sundhedskommissionen peger på, at sundhedssystemet er nødt til fremover at lykkes langt bedre med at styrke sammenhængen i patient- og borgerindsats og at der er brug for bedre koordinering. Dette finder vi yderst vigtigt!

Her tillader vi os at pege på, at netop den sygeplejefaglige leder med sin uddannelsesbaggrund og indsigt kan blive nøglen til, at den enkelte patient og borger følges gennem pleje- og behandlingsforløb med en koordinering *på tværs* af fagligheder og indsatser – med ønske om at imødekomme den enkeltes behov og ønsker.

Lederforeningen vil derfor pege på **fire vigtige initiativer, der bør indarbejdes i forbindelse med en ny struktur og forvaltningsmodel:**

1. At der i forbindelse med en ny struktur for organiseringen af det danske sundhedsvæsen samtidig også skabes et tydeligt øget fokus på at følge patient og borger helt konkret gennem pleje- og behandlingsforløb ud fra klinisk sygeplejefagligt lederskab i den nære kliniske praksis.
Målet er at sikre reel sammenhæng i behandlingsforløb, efterbehandling og rehabilitering uanset sektor ud fra patienternes behov for professionel omsorg, forebyggelse

og behandling.

2. At der i den nye sundhedsstruktur og organisering tilføres en egentlig koordinerende funktion, der helt automatisk har sit udgangspunkt i den enkelte borger og patient og at sikre en helt praktisk sammenhæng.
3. At ledelsesarbejdet – herunder den sygeplejefaglige ledelse - i den kommende nye struktur får en fremtrædende rolle og funktion i at skabe et bæredygtigt system på tværs af fagligheder og behandlingsindsatser – for at sikre at succeser og nye teknologiske løsninger fra dagligdagen deles.
4. At det ved oprettelse af det foreslåede reformsekretariat, der skal sikre implementering af de kommende initiativer, ud over de foreslåede repræsentanter for faglige organisationer og eksperter - desuden også besluttes, at reformsekretariatet har repræsentanter for lederne i sundhedsvæsenet, herunder de sygeplejefaglige ledere. Med et ønske om at sikre, at reformsekretariatet også har fokus på ledelsens betydning i at skabe et sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Vi skal her argumentere kort for de fire initiativer:

#1

Øget fagligt og sygeplejefagligt fokus på borger og patient gennem behandlingsforløb

"Jeg laver fælles mål og behandlingsplaner for patienterne, så alle faggrupper arbejder mod de samme resultater. Som leder har jeg til opgave at styrke det tværfaglige samarbejde ved at facilitere kommunikation mellem alle parter og sørge for, at der afholdes relevante regelmæssige samarbejds møder og at der er en klar kommunikationsstruktur mellem de forskellige faggrupper: primær, praktiserende læger, ambulance, opfølgende behandling osv."

Ledende sygeplejerskes beskrivelse af sine nuværende opgaver.

Lederforeningen anbefaler, at der skabes et forstærket fokus på den konkrete opgave at følge patient og borger gennem pleje- og behandlingsforløbet ud fra en *sygeplejefaglig* tilgang. Hvilket ikke er indeholdt i kommissionens anbefalinger.

Der er i hele sundhedsindsatsen et udpræget behov for at sikre reel sammenhæng i behandlingsforløb, efterbehandling og rehabilitering. Et behov som hidtil ikke har været tilfredsstillende indfriet i den nuværende struktur og indsats.

En bedre sammenhæng kan efter vores opfattelse ikke sikres ved udelukkende at ændre i selve den organisatoriske opbygning og struktur.

Ud fra en ledelsesbetragtning er der et uudnyttet potentiale for at skabe et mere strømlinet sundhedsvæsen ved at satse yderligere på en bedre faglig koordinering.

Alle fagligheder er vigtige for at sikre den bedste behandling. Den bedre faglige sammenhæng bør derudover sikres ved – ved siden af kommissionens foreslåede strukturelle ændringer – at se ind i faglighederne og skabe en samlende funktion.

Den sygeplejefaglige indsats har, som beskrevet ovenfor i citat fra ledende sygeplejerske, det vigtige omdrejningspunkt blandt andet at sikre en samlende indsats og at koordinere de forskellige behandlingstrin. Og samtidig sikre, at patient/borger føler sig set og hørt.

Denne samlende rolle og funktion er desværre underprioriteret i det nuværende system.

Den sygeplejefaglige indsats kan derfor endnu mere tydeligt prioriteres som et vigtigt omdrejningspunkt for at skabe sammenhæng på tværs af de forskellige øvrige faglige indsatser.

Det bør være målet, at der således skabes en struktur, der har respekt for hele behandlingsforløbet og det faglige arbejde i det fulde pleje- og behandlingsforløb.

Således at der skabes den bedste faglige kvalitet og patientsikkerhed og sikres den vigtige nærhed for borger og patient!

#2

Etablering af ny koordinerende funktion i sundhedsindsatsen

”Min sygeplejefaglige baggrund sætter os i stand til at holde høj fokus på kvaliteten i den behandling og tilhørende sygepleje, som patienterne modtager i alle sektorer af sundhedsvæsenet. Vi opsætter mål, evaluerer og sætter nye mål. Hvad er den vigtige viden, hvilke oplysninger er nødvendige og hvordan kan vi bedst inddrage patient og pårørende i processen.”

Ledende sygeplejerskes beskrivelse af patientindsatsen.

Lederforeningen anbefaler, at der etableres en egentlig koordinerende organisationsstruktur, der kan sikre fokus på den samlede indsats for patient og borger.

Fremfor udelukkende at forvente, at sygehus og primærsektor også vil have et blik for den indsats, der foregår et andet sted i behandlingsforløbet, bør der skabes en ny struktur, hvis egentlige formål er at følge patient og borger på tværs af de forskellige indsatser.

En sådan struktur eksisterer ikke i dag. Men vil efter vores opfattelse ikke være et fordyrende led i den samlede indsats, men tværtimod sikre en samlet bedre indsats og også bedre planlagt indsats.

Lederforeningens konkrete forslag tager ikke stilling til hvilken af Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodeller, der bedst vil kunne favne en ny koordinerende instans.

Vi udpeger heller ikke på nuværende tidspunkt mulige konstruktioner for sådan en koordinerende organisationsstruktur.

Vi vil dog anbefale, at der skabes en struktur, hvor pengene tydeligt følger borgeren og patienten – og et system der kan monitorere, så indsatsen foregår gnidningsløst uden at skabe uhensigtsmæssige økonomiske interesser.

Vi vil samtidig tillade os at pege på, at ledende sygeplejersker helt naturligt kan indgå i sådan en koordinerende funktion, som beskrevet ovenfor i citatet fra en ledende sygeplejerske.

Lederforeningen medvirker meget gerne i et innovationsprojekt, der kan udvikle konkrete bud på sådan en koordinerende instans.

#3

Øget fokus på selve ledelsesarbejdet i sundhedsindsatsen

"Jeg anede ikke, at de har indført sådan et system på min naboarbejdsplads. De har brugt masser af ressourcer på idé og udvikling af systemet. Nu er vi gået i gang med præcis samme proces. Men kunne jo spare masser af arbejde ved at dele viden fra start."

Ledende sygeplejerske om konkret system til arbejdsplanlægning.

Lederens rolle er i den nuværende struktur primært koncentreret om at skabe et velfungerende sundhedssystem i den direkte behandling. Snarere end i at skabe et bæredygtigt system på tværs af behandlingsindsatser og arbejdspladser.

Sundhedsstrukturkommissionen peger i sine anbefalinger på, at der på nationalt plan via en ny organisering kan sikres fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.

Lederforeningen deler denne betragtning om, at teknologi og digitalisering kan skabe en helt ny tilgang til sundhedsindsatsen.

Vi vil desuden pege på, at der sideløbende er en uudnyttet mulighed for at drage fordel af lokale erfaringer og lokale initiativer i dagligdagen. Denne mulighed for videndeling er ikke prioriteret i systemet i dag.

Lederforeningen anbefaler, at en kommende struktur via større fokus på ledelsesfunktionen får indarbejdet målet at sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen og behandlingsforløb i det daglige arbejde med udnyttelse af teknologiske og digitale muligheder.

Lederforeningen medvirker gerne aktivt til at skabe sådan en struktur og kultur.

#4

Repræsentanter for ledere i reformsekretariat

Lederforeningen støtter Sundhedsstrukturkommissionens forslag om at skabe et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer.

Lederforeningen påpeger dog vigtigheden i at sikre, at reformsekretariatet også får repræsentation af ledere, herunder ledende sygeplejersker og fra alle ledelsesniveauer. Med det mål at opnå indblik i ledelsesindsatsens vigtige betydning i at skabe et sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Sammensættes et reformsekretariat udelukkende med en enkelt repræsentant fra de forskellige interessenter, risikerer sekretariatet at få en monofaglig tilgang til hele implementeringen, og dermed risikere at overse nuancer og betragtninger.

Lederforeningen vil desuden anbefale, at der nedsættes en *lederfølgegruppe*, bestående af lederrepræsentanter fra sundhedsområdets faglige organisationer. Denne model er tidligere benyttet med succes i forbindelse med den daværende Ledelseskommisionens arbejde.

De ledende sygeplejersker står parat

Lederforeningen ser frem til en spændende og udviklingsorienteret proces om at nå frem til en ny struktur og prioritering, der har hovedsigte på at skabe et bæredygtigt sundhedsvæsen, der opleves både effektivt, nært og samtidig med tydeligt øje for at kunne understøtte patient og borger bedre i det fulde behandlingsforløb også med øje for den enkelte.

Vi bidrager også gerne aktivt i processen. Sygeplejefaglig ledelse har gennem årtier har været en grundpille i ledelsen af det danske sundhedsvæsen. Vi forstår derfor at bedrive forandringsledelse gennem inkluderende demokratisk ledelse i komplekse strukturer. Og vi har erfaring med både at inkludere patienter, borgere og medarbejders perspektiver. Præcis dét, der kan medvirke til at skabe de løsninger, der efterspørges!

Med venlig hilsen

Irene Hesselberg

Forkvinde, mail: ICH@dssr.dk

Lederforeningen i DSR

4000 ledende sygeplejersker indenfor sundhedsområdet

Find flere oplysninger om Lederforeningen [her](#)

Dato: 2. August 2024

Sagsbehandler: Mads
Malik Knudsen, Politisk
Konsulent

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Lev takker for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi takker derudover kommissionen for dens arbejde og forslag som skal nedbringe uligheden i sundhed og styrke organiseringen af det danske sundhedsvæsen.

Hvis regeringen ønsker at nedbringe uligheden i sundhed for mennesker med udviklingshandicap, er der flere gode elementer i kommissionens anbefaling. Særligt vil vi fremhæve kommissionens anbefaling om fast tilknytning af læger ved botilbud, fortsættelsen af de faste sundhedstjek for mennesker på botilbud og muligheden for at oprette en "tovholderfunktion" mellem personalet på botilbud, sygeplejersker og læger i det lokale sundhedsvæsen. Tiltag som forhåbentligt kan vise sig at være et stort skridt mod et længere liv og mere livskvalitet for mennesker med udviklingshandicap.

Overdødelighed blandt mennesker med udviklingshandicap

En nyligt udgivet rapport fra Statens Institut for Folkesundhed (bilag 1) fremhæver den alarmerende virkelighed for mennesker med udviklingshandicap. Rapporten konkluderer at mennesker med udviklingshandicap har en overdødelighed på 20 år sammenlignet med den øvrige befolkning. Rapporten påpeger som noget nyt at denne overdødelighed skyldes, at mennesker med udviklingshandicap ofte dør af sygdomme, der kunne være forebygget og undgået hvis behandlet i tide.

Fast tilknyttede læger på botilbud:

Lev ser meget positivt på kommissionens anbefaling om fasttilknyttede læger på landets botilbud. Fast tilknytning af læger på botilbud kan bidrage til at sikre en mere lige adgang til sundhedsydelser og forbedre livskvaliteten for mennesker med udviklingshandicap. Mange af de sygdomme, som mennesker med udviklingshandicap dør af, kunne være forebygget eller behandlet, hvis de blev opdaget i tide.

Læger med fast tilknytning til botilbud kan derved sikre større kontinuitet i plejen, skabe tillid mellem beboerne og sundhedspersonalet og forhåbentlig bidrage til at sygdomme kan opspores og behandles langt tidligere end i dag. En kontinuitet er ligeledes essentiel for at opnå en dybere forståelse af hver enkelt beboers helbredsmæssige behov og historie.

Desuden viser erfaringer, at mennesker med udviklingshandicap ofte har vanskeligheder med at opsøge og navigere i sundhedssystemet. Fast tilknyttede læger kan mindske de barrierer, ved at bringe sundhedsydelserne tættere på beboerne i botilbuddene. Lægerne kan også uddanne og støtte det socialfaglige personale, der mangler sundhedsfaglige kompetencer, hvilket øger den samlede kvalitet af plejen.

Fortsat frit lægevalg:

Et vigtigt element ved de fasttilknyttede læger på botilbud er endvidere at der i forbindelse med implementeringen fortsat vil være et frit lægevalg for borgere på botilbud. Borgere på botilbud skal fortsat have muligheden for frit at vælge læge og behandlingen skal ligeledes som udgangspunkt fortsat ske ved den praktiserende læge.

Dato: 2. August 2024

Sagsbehandler: Mads
Malik Knudsen, Politisk
Konsulent

Tovholdere kan skabe sammenhæng i sundhedsindsatsen

En anden af kommissionens anbefalinger drejer sig om en ”tovholderfunktion” mellem personalet på botilbuddet og sygeplejersker og læger i det lokale sundhedsvæsen. Lev har før foreslået etableringen af udkørende sundhedsfaglige teams, der kan bidrage til en mere sammenhængende sundhedsindsats, hvor mennesker med udviklingshandicap ikke tabes på gulvet.

En tovholderfunktion i form af udkørende sundhedsteams vil kunne bygge en nødvendig bro mellem beboeren, botilbuddet og sundhedsvæsenet. Det skal sikre, at beboere i botilbud får adgang til den samme kvalitet i sundhedsindsatsen, som alle andre.

Der er i en fremtidig struktur på sundhedsområdet behov for, at den kommunale/nære del af sundhedssystemet får et langt større og mere forpligtende ansvar i forhold til mennesker, som bor i sociale botilbud. Modsat hvad de fleste måske forventer, så er beboere i botilbud generelt mere udsatte i forhold til den reelt lige adgang til diagnosticering og behandling i sundhedsvæsenet. Sociale botilbud er ikke sundhedstilbud, og det socialfaglige personale har kun sjældent sundhedsfaglige kompetencer.

En meget væsentlig del af baggrunden for den markante ulighed i sundhed – og i levetid – for personer med udviklingshandicap kan således formentlig henføres til samspilsudfordringer mellem sociale botilbud og sundhedsvæsenet. Barrierer, som vi i Lev mener, at der bør sættes ind for at nedbryde.

Regionernes fremtidige rolle og opgaver

Lev bemærker, at sundhedsstrukturkommissionen lægger op til nogle meget markante ændringer på det overordnede strukturelle niveau, herunder regionernes fremtidige rolle og opgaver. Blandt overvejelserne er blandt andet, at regionerne – hvis de består – skal fokuseres mere entydigt på sundhedsområdet. Her lægger kommissionen op til, at regionernes nuværende opgaver på blandt andet social- og handicapområdet overflyttes til kommunerne.

På det punkt er vi Lev bekymret for at en overflytning af disse tilbud til kommunerne risikerer at føre til endnu mere afspecialisering. Det viser erfaringerne siden kommunalreformen i 2007 desværre alt for tydeligt. Vi ser snarere et behov for, at det regionale niveau styrkes på social- og handicapområdet

Tilbagevendende monitorering af sundhedstilstanden

Foruden den styrkede forpligtelse af det 'lokale sundhedsvæsen' vil vi opfordre Regeringen til at overveje, hvordan der kan genereres bedre data om sundhedstilstanden for særligt udsatte borgere i sundhedssystemet. Nyere undersøgelser har f.eks. dokumenteret, at personer med udviklingshandicap meget sjældent deltager i hverken landsdækkende eller andre sundhedsundersøgelser. Det fører til begrænset viden om udviklingshandicap og sundhed – og til at målgruppen er underrepræsenteret i statistikkerne.

Dato: 2. August 2024

Sagsbehandler: Mads
Malik Knudsen, Politisk
Konsulent

Efter engelsk forbillede opfordrer vi Regeringen til at overveje en løbende monitorering (fx hvert 3. år) af sundhedstilstanden/levetid for blandt andre personer med udviklingshandicap. Monitoreringen kan med fordel kombineres med skiftende specifikke fokusområder, der kan belyse udviklingen i målgruppens generelle sundhed.

Afslutning

Vi håber, at Regeringen finder inputtet relevant, og at det vil give anledning til konkrete overvejelser i drøftelserne. Lev stiller sig naturligvis gerne til rådighed for yderligere dialog med Regeringen.

Men venlig hilsen

Mads Malik Knudsen - Politisk Konsulent

mmk@lev.dk / 2086 8890



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

5. august 2024

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Lægemedelindustriforeningen (Lif) har med tak modtaget høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Lif finder overordnet set, at Sundhedsstrukturkommissionen har lavet en solid og grundig rapport, der indeholder gode og relevante anbefalinger, der, hvis de implementeres, vil bidrage til at styrke kvaliteten af behandlingen i sundhedsvæsenet. Lif vil derfor også opfordre til, at de tværgående anbefalinger implementeres uanset struktur og opgavefordeling på sundhedsområdet.

Lif opfordrer endvidere til, at når man politisk tegner stregerne for en ny sundhedsstruktur ikke alene tager udgangspunkt i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, men også bruger de gode anbefalinger fra Robusthedskommissionen og Honorarstrukturrådet. Samtidig opfordrer Lif til, at den kommende life science-strategis indsats for at styrke sundhedsvæsenets kvalitet og bæredygtighed via offentlig-privat samarbejde og en effektiv anvendelse af sundhedsinnovation som lægemidler og anden sundhedsteknologi og digitalisering også forankres i den kommende sundhedsstruktur.

Forvaltningsmodel

Lif støtter op om et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Hvor der er let og hurtig adgang samt tid og ressourcer til den enkelte patient, og hvor patienten møder et sundhedsvæsen af høj kvalitet, uanset om patienten fejler noget "almindeligt" eller noget, der kræver en specialiseret indsats, og uanset hvor i landet patienten bor.

Lif deler regeringens og Sundhedsstrukturkommissionens analyse af, at den nuværende struktur ikke matcher sundhedsvæsenets aktuelle og særligt kommende udfordringer med flere ældre, flere kronikere og multisyge, og hvor der er færre sundhedsfaglige medarbejdere til at løfte stigende behov for pleje og behandling.

Lif mener, at det i valg af forvaltningsmodel er vigtigt, at modellen understøtter et forebyggende, sammenhængende sundhedsvæsen, hvor let og lige adgang til behandling af høj kvalitet, nærhed og bæredygtig organisering har et mere fundamentalt fokus end hidtil. Lif mener endvidere, at ansvaret for den altovervejende del af opgaverne inden for sundhedsområdet skal samles hos samme myndighed. Sammenhængende forløb for patienterne forudsætter sammenhæng i ansvaret og finansieringen (kædeansvar). Herudover er det vigtigt, at alle dele af praksissektoren, herunder også de privatpraktiserende speciallæger, inddrages bedre i opgavevaretagelsen.

For at dette skal lykkes, skal en kommende sundhedsstrukturreform sikre mere systematik i behandlingen, uanset om behandlingen går på tværs af sygehuse og det nære sundhedsvæsen eller helt varetages uden for sygehusene.

Tværgående anbefalinger

Lif bakker op om kommissionens seks tværgående og modeluafhængige anbefalinger som en stærk national ramme, der skal sikre udvikling af et sammenhængende, mere lige og robust sundhedsvæsen uanset valg af forvaltningsmodel. Lif ser de seks anbefalinger som hinandens forudsætninger, og mener de bør implementeres som fundament for en ny, robust forvaltningsmodel.

Lif har følgende bemærkninger til understøttelse og supplement til de tværgående anbefalinger med henblik på at sikre en sund struktur:

Klinisk forskning og innovation er vigtige brikker i et sundhedsvæsen i verdensklasse

Den kliniske forskning er en forudsætning for nye og bedre behandlinger, til gavn for patienterne og til gavn for Danmark som stærk life science-nation. Som brancheforening for den forskende lægemiddelindustri vil Lif gerne fremhæve vigtigheden af, at der i en fremtidig struktur, hvor flere opgaver, der i dag varetages af sygehusene, skal varetages i det nære sundhedsvæsen, er tid til og prioritering af, at klinisk forskning prioriteres i lægers og andre sundhedsfagliges daglige arbejde. Der skal derfor være fokus på at sikre infrastruktur, kapacitet og kompetencer til at arbejde med kliniske forsøg, lige som det danske sundhedsvæsen skal gå forrest i at høste fordelene ved decentrale kliniske forsøg. Der skal samtidig sikres virksomme incitamenter, der fremmer samarbejdet med private aktører om klinisk forskning.

Forebyggelse, tidlig opsporing og screening er vigtige elementer i et robust sundhedsvæsen

Forebyggelse fylder ikke meget i kommissionens rapport, og Lif opfordrer til, at der i forbindelse med en reform arbejdes systematisk med forebyggelse, tidlig opsporing og screening som et element i et mere robust sundhedsvæsen.

Strategisk og målrettet forebyggelse rummer et stort potentiale både for at forebygge, at borgere ikke bliver til patienter (KRAM-faktorerne), men også for at opspore og diagnosticere patienter tidligt i deres sygdomsforløb med henblik på at forebygge sygdomsforværring og komorbiditet for den enkelte og mindske presset på sundhedsvæsenet. For at sikre, at vi bruger både økonomiske og personaleressourcer mest hensigtsmæssigt bør tidlig opsporing af risikogrupper være datadrevet.

Lif ser herudover et stort forebyggelsespotentiale i vacciner, der kan medvirke til at forebygge sygdom og hospitalskrævende behandling og opfordrer til, at vaccination anvendes mere systematisk i forebyggelsesindsatsen. Der introduceres i disse år vacciner, der ikke hører til i de traditionelle programmer, og som bør have et andet fokus og anden vej ind i sundhedsvæsenet. Fx er der et betydeligt antal borgere hvert år i behandling for alvorlig sygdom, fx kræft, og også for denne gruppe er det afgørende at forebygge anden sygdom, der kan påvirke behandlingsforløbet negativt. Her er øget brug af vacciner før iværksættelse af behandling et redskab, som bør bruges mere end tilfældet er i dag.

Med stadig flere ældre og flere med kronisk sygdom og multisygdom kan der med fordel arbejdes videre med en mere systematisk, datadreven opsporing af de store kroniske sygdomsområder i almen praksis. Lif foreslår, at der med afsæt i de unikke danske sundhedsdata afsættes midler til at udvikle dataprogrammer med algoritmer, der kan målrette opsporing og kontrol af kronisk sygdom i undergruppen af patienter i højrisiko. Der pågår allerede udvikling af AI-algoritmer målrettet kronisk sygdom, der kan integreres i almen praksis, men der er brug for investeringer, der kan accelerere udvikling af disse værktøjer. I den sammenhæng kan der prioriteres udvikling inden for kroniske

sygdomme med høj prævalens, men lav diagnoserate og stor sygdomsbyrde, da det også vil være her, at en stor andel af den fremtidige sygdomsbyrde er.

National sundhedsplan og kvalitetsstandarder

Lif bakker op om kommissionens forslag om en national sundhedsplan, som en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Herudover er det positivt, at kommissionen ser kvalitetsstandarder, som et redskab til at løfte og ensarte behandlingen i det nære sundhedsvæsen. Dog har vi hæftet os ved, at kommissionen umiddelbart giver indtryk af alene at fokusere på at udvikle kvalitetsstandarder, der går på tværs af sektorer med henblik på at styrke sammenhængen i forebyggelses- og behandlingsindsatsen.

Lif er enig i, at tværgående kvalitetsstandarder kan bidrage til at styrke det sammenhængende forløb og indsats. Vi mener, at der i tillæg hertil bør udarbejdes sektorspecifikke kvalitetsstandarder, som i højere grad kan imødekomme behovet for at ensarte praksissektorens behandlingstilbud på tværs af landet.

Et grundpakkeforløb for kroniske sygdomme

Lif skal pege på behovet for en styrket indsats for de mere end 1,5 mio. danskere over 16 år, der ifølge Den Nationale Sundhedsprofil, har en kronisk eller langvarig somatisk eller psykiatrisk sygdom.

Lif ser et stort potentiale i, at behandlingen af kronisk sygdom bygger videre på erfaringerne fra de seneste to årtiers kræftplaner, der viser, at standardiserede forløb med fokus på hurtigere diagnose og behandling samt klar ansvarsfordeling og monitorering af udvalgte behandlingsmål bidrager til markante løft i behandlingskvaliteten og et mere ensartet behandlingstilbud på tværs af landet.

Med tidlig opsporing af sygdom, den rette behandling, løbende opfølgning og uddannelse i sygdomsmestring kan flere med kronisk sygdom leve gode liv, og færre vil have behov for indlæggelse. I dag oplever mange mennesker med kroniske sygdomme, at behandlingstilbuddet i det nære sundhedsvæsen ofte er præget af for store forskelle på tværs af landet, og at der mangler sammenhæng mellem de forskellige indsatser i sundhedsvæsenet.

På den baggrund bakker Lif op om et grundpakkeforløb for kronisk sygdom, som det også er foreslået af Danske Regioner og en række patientforeninger. Den systematik og tænkning, der ligger bag kræftpakkerne bør tjene som inspiration for et grundpakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom med et sigte om at opnå en højere behandlingskvalitet og et mere ensartet behandlingstilbud på tværs af landet via forpligtende kvalitetsstandarder og løbende monitorering af implementeringen og behandlingskvaliteten.

Lif opfordrer til, at grundpakkerne udvikles inden for rammerne af den nationale sundhedsplan.

Psykiatri – målrettede initiativer for øget inddragelse af almen praksis i udredning og behandling af psykiatriske lidelser

Lif er positiv over for kommissionens anbefaling om, at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen mhp. at løfte kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser. Lif deler kommissionens vurdering af, at der er brug for at kunne tilbyde mere helhedsorienterede indsatser, der tager højde for den enkeltes behov og en styrket sammenhæng.

Lif ser gode perspektiver i, at kommissionens anbefalinger i sammenhæng med 10-årsplanen for psykiatrien kan medvirke til at arbejde henimod en psykiatri, der ligestilles med somatikken.

For at kommissionens anbefalinger om organisatorisk integration af psykiatrien med somatikken i et samlet sundhedsvæsen kan realiseres, bør almen praksis i højere grad inddrages i opsporing og behandling af mennesker med psykiatriske lidelser. Der er i særdeleshed behov for at sætte ind med initiativer, der kan imødegå de lange ventetider for udredning og behandling af psykisk sygdom. Dette bør blandt andet ske i forbindelse med de næste skridt i 10-årsplanen for psykiatrien

Kvaliteten i det specialiserede sundhedsvæsen skal bevares

Udviklingen af det nære sundhedsvæsen skal ske med respekt for de seneste 15-20 års fremskridt i sygehusvæsenet. Med politisk vilje og faglig dedikation har målrettede og kontinuerlige investeringer i kvalitetsudvikling, anlæg, pakkeforløb og specialeplaner medført en markant og positiv udvikling. Den må ikke blive sekundær, men skal fastholdes og udvikles. Også i de kommende år vil der være behov for investeringer i sygehusvæsenet. Det demografiske pres såvel som den faglige og sundhedsteknologiske udvikling med blandt andet nye specialiserede behandlingsmuligheder inden for personlig medicin og de avancerede terapier (gen-, vævs- og celleterapi) forudsætter investeringer i nye løsninger og implementering, hvis vi skal bevare og udvikle kvaliteten i det danske sygehusvæsen.

For at sikre et langsigtet og kontinuerligt fokus på udvikling af det specialiserede sundhedsvæsen bør der overvejes flerårige budgetter og aftaler.

Kloge sundhedsinvesteringer bidrager til en sund befolkning og en sund økonomi

Der er behov for, at der i fremtidens sundhedsvæsen udvikles et mere helhedsorienteret perspektiv på investeringer i bedre sundhed, der inddrager bredere økonomiske og arbejdsmarkedsmæssige konsekvenser for såvel patienter, pårørende, sundhedsvæsen og samfundet.

Investeringer i bedre sundhedsindsatser skaber positive effekter for den enkelte person i form af bedre forebyggelse, behandling og øget livskvalitet. Dertil kommer de positive afledte økonomiske konsekvenser af indsatser på sundhedsområdet. De dynamiske effekter af bedre sundhed inkluderer både øget produktivitet og øget arbejdsudbud såvel som et reduceret pres på sundhedsvæsenet helt generelt.

Derfor er det samtidig afgørende, at der skabes "interne" incitamenter i sundhedsvæsenet til at implementere særligt forebyggende indsatser. I dag er det en udfordring, at den sundhedsaktør, der investerer i en sundhedsindsats, ikke selv opnår den sundhedsmæssige, samfundsmæssige eller ressourcemæssige gevinst, indsatsen medfører. Dette medfører risiko for kortsigtede investeringshorisonter, hvilket udfordrer mulighederne for at arbejde med helhedsorienterede investeringer i sundhedsvæsenet. Derfor bør der være en større grad af kædeansvar.

Et kommende nationalt prioriteringsråd, som ventes etableret ovenpå en politisk aftale om sundhedsstrukturen, bør have som hovedfokus at imødekomme behovet for mere systematisk viden om de gode sundhedsløsninger og kloge investeringer i sundhed, der kan styrke og fremtidssikre sundhedsvæsenet i en tid, hvor manglen på personale og efterspørgslen på sundhedsydelser stiger. Det handler om, at man herigennem kan styrke viden og beslutningsgrundlag om den værdi, som både nye forebyggende indsatser skaber inden for KRAM, vaccination, målrettet opsporing sammen med en bredere værdiforståelse af nye behandlingsmuligheder og tiltag. Kloge investeringer i sundhed

vil ikke alene reducere presset på sundhedsvæsenet og sundhedspersonalet, men udgør som nævnt også et stærkt potentiale for at øge arbejdsudbuddet med en mere sund og velbehandlet befolkning.

Prioriteringsrådet skal basere sine anbefalinger på et fagligt, stærkt evidensgrundlag, og hvor der ikke formaliseres en direkte organisatorisk sammenlægning af Medicinrådet, Medicintilskudsnet og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, da de er opbygget med fokus på at skulle imødekomme forskellige behov for faglige kompetencer og strukturer.

Sundhedsdata er en forudsætning for forskning, viden og kvalitet – og forudsætter ny struktur

Lif bakker op om anbefalingen om at etablere en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, som kan sikre en større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.

Lif anbefaler, at en sådan national forankring tænkes sammen med den nationale vision for sundhedsdata indenfor hvilken, der arbejdes på at etablere en ny national sundhedsdatainfrastruktur, som gør det muligt enkelt og hurtigt at hente data fra forskellige datakilder via én platform, og som gøres tilgængelig for såvel primær som sekundær brug af data. Der er behov for en ensretning, effektivisering og centralisering af godkendelsesprocesser og fortolkning af regler i en central godkendelsesenhed, lige som der er behov for, at der er adgang for sundhedsfaglige medarbejdere, og offentlige og private forskere, life science-virksomheder mv. til data på tværs og med afsæt i systemer og datakilder, der taler sammen.

Vi har gode sundhedsdata i Danmark, men vi skal bruge dem mere aktivt. Både i forhold til at sikre datadreven tidlig opsporing af risikogrupper for blandt andet kroniske sygdomme, men også til at sikre synlighed om behandlingskvalitet og viden om effekt og sikkerhed.

Implementering

Det er positivt, at kommissionen lægger op til, at der skal etableres et reformsekretariat og udarbejdes en implementeringsplan, der skal understøtte den decentrale implementering. Det er vigtigt, at der afsættes de nødvendige ressourcer til at sikre en ordentlig implementering og til at følge op løbende. Det nære sundhedsvæsen dækker over en bred vifte af aktører og matrikler i både kommuner og almen praksis. Det medfører, at implementering af nye initiativer i regi af en sundhedsstrukturereform er en større udfordring i det nære sundhedsvæsen, end det er tilfældet på sygehusene, der er samlet på færre matrikler.

Lif opfordrer til, at sundhedsvæsenets aktører inddrages i reformsekretariatets arbejde, herunder at Lif inddrages på vegne af lægemiddelbranchen for at sikre kobling til de berørte parter.

Med venlig hilsen



Ida Sofie Jensen
Koncernchef, Lif

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
sum@sum.dk

Østerbro 30-07-2024

Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Lungeforeningen takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Lungeforeningen vil gerne rose kommissionen for deres grundige og omfattende arbejde med anbefalingerne til en ny struktur for sundhedsvæsenet og er enige i behovet for at få gjort noget ved udfordringerne med usammenhængende patientforløb, ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

400.000 danskere har lungesygdommen KOL, men kun omkring halvdelen ved det, fordi patienterne findes for sent i deres sygdomsforløb. Det er et stort problem, da KOL er en sygdom med høj dødelighed. Sygdommen er årsag til 10 dødsfald om dagen, og den enkeltsygdom flest danskere dør af. KOL er den sygdom, der giver størst tab af livskvalitet. Det fører ofte til ensomhed og psykiske lidelser som angst og depression. Hertil kommer, at KOL også er den enkeltsygdom, der bidrager mest til social ulighed i sundhed i Danmark. Men sådan behøver det ikke at blive ved med at være. Det er hverken specielt dyrt eller kompliceret at gøre det langt bedre, end vi har gjort de sidste mange år, og her ser vi kommissionens anbefalinger som en vej til at rette op den ulighed i sundhed, som patienter med KOL oplever, og sikre bedre livskvalitet med færre forværringer og indlæggelser til følge.

Vi mener ligesom kommissionen, at der er et grundlæggende behov for at styrke det nære sundhedsvæsen og sikre, at flere kan modtage behandling og pleje tæt på eller hvor de bor, og at det sikres, at alle patienter får lige adgang til sundhed og der skabes bedre sammenhæng i patientforløbet.

Vores hovedbudskaber i høringssvaret er:

- Lungeforeningen støtter forslaget om, at fordelingen af læger geografisk og på tværs af sygehuse bliver tilpasset. De specialiserede afdelinger skal være få, stærke, have døgndækning, og understøtte primærsektoren.
- Lungeforeningen efterlyser et *grundpakkeforløb*, som kræft- og hjertepatienter tilbydes. *Grundpakken* for KOL-patienter og formodede KOL-patienter skal indeholde tidlig opsporing, medicinering, rehabilitering samt tilbud om tobaksafvænning. Ansvar for opsporing og behandling skal placeres hos de praktiserende læger.

- Lungeforeningen ønsker, at alle lungepatienter i hele landet tilbydes mulighed for at døgndækket hjemmebehandling, som projektet Precare i Odsherred Kommune.
- Lungeforeningen savner fokus på forebyggelse i udspillet. Vi mener, at der skal gøres langt mere for at sikre, at flere stopper og færre begynder at bruge tobaks- og nikotinprodukter. Øgede priser, øget oplysning om rygestoptilbuddene samt mulighed for at få tilskud til rygestopmedicin.

Sundhedsstrukturkommissionen har opstillet seks tværfaglige anbefalinger med tilhørende forslag, som vi vil kommentere mere detaljeret på i det efterfølgende.

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud

Hovedparten af patienterne med lungesygdomme følges i almen praksis med de praktiserende læger som tovholdere, men vores medlemmer oplever en presset sektor, hvor der i mindre grad er fokus og tid til at finde patienterne tidligt i deres sygdomsforløb og i højere grad er fokus på at behandle de symptomer, patienterne kommer med.

En styrkelse af det almenmedicinske tilbud er derfor helt nødvendigt, så patienterne findes tidligere i deres sygdomsforløb, kommer i behandling og kan leve et bedre og længere liv med deres sygdom med færre indlæggelser til følge. Lægernes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og kommunerne skal forbedres.

Lungeforeningen præsenterede sidste år en plan med 16 konkrete forslag til at forbedre forebyggelsen, diagnostikken, behandlingen og pleje af patienter med KOL¹, som også havde fokus på de praktiserende lægers rolle og ansvar og mange af elementer i Lungeforeningens KOL-plan flugter godt med de tiltag som Strukturkommissionen foreslår i deres anbefalinger.

Vores medlemmer oplever, at det indimellem er svært at komme til hos lægen eller, at det lægetilbud, der er i deres landsdel, er ringere end andre steder, hvorfor vi bifalder, at kapacitet og kompetencer udbygges i det nære sundhedsvæsen, som der lægges op til i forslag 1. Det vil også være med til at sikre bedre geografisk lighed.

Vi støtter, at der fastlægges en national opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud. Der skal særlig fokus på tilgængelighed, vejledning og rådgivning, og samlet set, kan det være besparende, da vi undgår unødvendige akutbesøg eller kontakter til 1813.

Vi er også tilfredse med, at lægerne skal have differentierede patientantal på baggrund af behandlingsbehovet. Det kan fremme en bedre behandling for vores medlemsgruppe. De nuværende kronikerhonorarer medfører, at lægen får et fast honorar, uanset om hun ser

patienten eller ej. Mennesker med kronisk sygdom og eventuelle andre sygdomme kræver tid fra lægen, og det kan differentieret patientantal være med til at sikre. Samtidig er det vigtigt, at patientens læge bliver tovholder i patientforløbet, så helheden omkring patienten afdækkes og nye planer lægges. Det er essentielt, at samarbejdet mellem almen praksis, hospitalerne og kommunale sundhedsfremmende tilbud forbedres.

Med differentierede patientantal vil lægen have bedre tid til at se sine patienter med kroniske sygdomme og sikre langt bedre behandlingsforløb. En forenklet honorarstruktur kan gavne patienten med lungesygdomme og sikre, at der indarbejdes incitament til at finde patienter tidligt i deres sygdomsforløb.

Databaseret kvalitetsudvikling vil kunne bidrage til en forbedret opgaveløsning, og vi har allerede set eksempler på, hvordan det kan gøres i kvalitetsklyngerne i almen praksis, hvor der er udviklet specifikke forløb omhandlende KOL-patienter. Desværre bruges de kun i begrænset omfang.

Anbefaling 2: Ny organisering for digitalisering og data

Sundhedsvæsenet skal blive bedre til at dele relevante data med hinanden og med patienterne. Derfor er vi meget tilfredse med kommissionens anbefaling om digitalisering og data. Samtykkereglerne er i udgangspunktet fornuftige, dog kan det være relevant at få undersøgt om muligheden for at give et samlet samtykke til deling af data. Der skal udarbejdes en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, og dermed et digitalt kædeansvar mellem aktørerne. Vi støtter en samlet national organisation, da vi desværre har set mange eksempler på, at der udvikles lokale løsninger på samme udfordringer, senest illustreret på lungeområdet med udrulningen af tele-KOL, som er forskellig fra region til region, selvom patientbehovet er det samme uanset, hvor du bor.

Når et hospital eller almen praksis har udført en lungefunktionsmåling på en patient, skal resultaterne tilføjes automatisk til patientens journal og være synlige for alle behandlende dele af sundhedsvæsenet. På den måde undgås dobbeltmålinger med den gene, det har for patienterne og sundhedspersonalets tid bruges også mere optimalt. Dette skal også være muligt for de telemedicinske løsninger fra eget hjem. Alle behandlere skal have adgang til de nyeste målinger og data. Tilsvarende bør det være muligt at tilgå let tilgængelig digital information fra kommunen om KOL-rehabilitering, herunder også om rygestop i kommunalt regi. Patienternes forløbsplaner er et oplagt sted at samle de mange data.

Vi håber, at kommissionens forslag om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet kan medvirke til et tættere samarbejde mellem kommunerne, almen praksis og hospitalerne. Datadeling i sundhedsvæsenet har været

en udfordring i mange år. En ny overordnet organisering kan være fornuftig, men set fra patienternes perspektiv, har de brug for kun at fortælle deres historie én gang, så de kan bruge deres kræfter bedst muligt.

Lungeforeningen er opmærksomhed på at monitorering af indberettede data kan kræve mange ressourcer, og digitale løsninger skal være en del af de arbejdsgange som allerede findes, så de eksisterende arbejdsgange udnyttes bedre.

Anbefaling 3: Tilpasning af ressourcer mellem primær/sekundær sektor og geografisk

Styrkelse af det nære sundhedsvæsen er helt nødvendigt, da patienterne med lungesygdomme diagnosticeres og behandles her, og gruppen af patienter med kroniske sygdomme stiger de kommende år. Sygehusene skal have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen, hvor særligt muligheden for sparring mellem sektorerne vil være værdifuldt. Når sygehusene rykker ud fra hospitalet og bidrager i det nære, skal ansvaret for patienten placeres hos de praktiserende læger, så lægen bruger sparringen med det øvrige sundhedsvæsen til at være en reel tovholder for patienten i sundhedssystemet. Herved sikres fortløbende og hurtigere kompetenceudvikling, da stort set al ny behandlingsmæssig viden kommer fra specialerne.

Fordelingen af læger geografisk og på tværs af sygehuse skal tilpasses. Der er behov for færre, men stærkere specialafdelinger på lungeområdet. Det vil gøre det lettere at tiltrække kvalificerede læger og sygeplejersker.

Der skal udvikles kvalitetsstandarder som stiller krav til samarbejdet i det primære sundhedsvæsen og styrker monitoreringen. Konkret vil vi foreslå, at man lader sig inspirere af succesene på kræftområdet og indfører *grundpakker* for alle kroniske sygdomme, herunder lungesygdommen KOL. En *grundpakke* bør indeholde elementer, der sikrer, at patienterne får deres diagnose tidligt i deres sygdomsforløb. Det er desværre ikke tilfældet i dag. Det kan bl.a. ske ved at sygehusene bliver opmærksomme på patienter, der indlægges med tegn på lungesygdom og udskriver dem med en henvisning til at få undersøgt lungerne ved den praktiserende læge. Tilsvarende bør de praktiserende læger også blive mere opmærksomme på de patienter, der har tegn på lungesygdom og få dem undersøgt og diagnosticeret tidligt. Når diagnosen er stillet, er det vigtigt, at der er et klart skitseret forløb for patienten med rehabilitering i kommunen, indeholdende rygestoptilbud og træning, hvis det er relevant og løbende opfølgning i almen praksis. Efter endt rehabilitering kan de gode vaner og motivationen fastholdes, hvis der etableres en god overgang til civilsamfundet og de tilbud, de har.

Hjemmebehandling kan være et godt supplement til den generelle behandling og skal tilbydes til alle patienter og gerne være en del af *grundpakkerne*. Ordningen PreCare-KOL fra Region Sjælland er et godt eksempel herpå og et tilsvarende setup bør udbredes til en landsdækkende ordning, så den kan komme alle patienter med KOL til gavn og medvirke til mere tryghed og viden om egen sygdom, mindre transport, men også færre indlæggelser på hospitalerne. Når vi udruller tilbud til borgerne i hjemmet, er det dog vigtigt, at vi sikrer, at der følger tilgængeligt rådgivende sundhedspersonale med, for netop det at have mulighed for at ringe til en sygeplejerske ved en begyndende forværring, skaber tryghed uden, at det koster mange ressourcer. PreCare-KOL-ordningen er et godt eksempel på, at der udvikles indsatser uden for sygehuset og som samtidig forebygger indlæggelser.

Vi bifalder, at man vil styre videreuddannelsen af læger og sikre, at der kommer flere læger til områderne uden for universitetshospitalerne.

Forskningen skal målrettes det primære sundhedsvæsen - både i forhold til indsatserne i almen praksis, i forhold til behandling i hjemmet og de indsatser der sker i kommunerne – i det hele taget at sikre sammenhæng på tværs.

Anbefaling 4: Psykiatrien integreres med det samlede sygehusvæsen

Vi støtter, at der sikres nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter. Mange patienter med lungesygdomme udvikler samtidige psykiske sygdomme, som f.eks. angst eller depression, og da mange patienter med psykisk sygdom desværre også har KOL, kan deres psykiske sygdom ofte skygge for en diagnosticering af en somatisk lungesygdom. Der er stor angst forbundet med, at man ikke kan få vejret, og man frygter at skulle dø, og derfor er det positivt, at der lægges op til, at der sikres nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter.

Anbefaling 5: Effektiv brug af speciallægeressourcer

Vi bifalder, at alle patienter sikres lettere adgang til speciallægeressourcer i alle dele af landet. Der skal en ændret geografisk fordeling til og effektiv brug af speciallægetilbuddet i Danmark, samt sikring af, at patienter med størst behov prioriteres først.

Anbefaling 6: Oprettelse af reformsekretariat

Vi bifalder og forstår Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at der oprettes et sekretariat, der kan følge op på implementeringen af planen. Vi har i forskellige sammenhænge set forskellige tilbud udrullet uden opfølgning og oplevet, at de tiltag, der var aftalt, ikke havde den ønskede effekt, simpelt hen fordi der manglede opfølgning.

Strukturmodeller og opgavesamling

Vi har valgt ikke at komme med en anbefaling om, hvilken af de tre konkrete strukturmodeller eller hvilken opgavesamling, vi anbefaler, da vi mener, at en ændret forvaltningsstruktur ikke i sig selv kan sikre bedre sammenhæng og ensartet kvalitet for patienterne. Vi mener, at den bedste løsning til at sikre dette er, at der udarbejdes *grundpakkeforløb* for kroniske patienter, herunder patienterne med KOL.

Værdien heraf har vi set på kræftområdet, og bør udrulles uanset, hvilken struktur, der bliver på sundhedsområdet. *Grundpakkerne* og tilhørende krav som fx kvalitetsstandarder og patientrettigheder vil være det bedste middel til at løse udfordringerne med sammenhæng i patientforløb og ulighed i sundhed, som er vigtigst for patienterne.

På linje med Danske Patienter mener vi, at hvis ønsket er at sikre mere sammenhæng, så kræver det en stor opgavesamling, hvor ansvaret for drift og udvikling af hele kæden på sundheds- og ældreområdet, inklusivt plejehjem, bliver samlet under samme myndighed.

Mangler fokus på forebyggelse


Udspillet har rigtig mange styrker, men vi savner et fokus på forebyggelse. Der var mange oplagte muligheder for at bringe forebyggelse i spil for kommissionen, blandt andet kunne man på linje med at samle ansvaret for IT- og data-udviklingen have samlet forebyggelsesområdet og sat fokus på dette vigtige område.

Vi mener, at der skal gøres langt mere for at sikre, at flere stopper og færre begynder at bruge tobaks- og nikotinprodukter. Det kan f.eks. ske med øgede priser samtidig med, at der sker øget oplysning om rygestoptilbuddene i Danmark og deres gode effekt kombineret med muligheden for at få tilskud til rygestopmedicin.

Det håber vi, at politikerne vil have blik for, når deres udspil til en ny sundhedsreform kommer.

Lungeforeningen bidrager gerne yderligere og skulle vores høringssvar medføre spørgsmål eller ønske om en yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Ann Leistiko, direktør i Lungeforeningen

5. august 2024

LVS' hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Indholdsfortegnelse:

- Indledning
- Digitalisering, sundhedsdata og klinisk forskning
- De kliniske kvalitetsdatabaser
- Kliniske retningslinjer
- Lægelig videreuddannelse
- Kommentarer vedrørende specifikke sygdomsområder fra de relevante selskaber
- Øvrige kommentarer

Indledning

LVS finder det meget positivt, at vi har fået et sæt af anbefalinger fra Sundhedsstrukturkommissionen, som har fokus på de store udfordringer for vores sundhedsvæsen: den demografiske udvikling med heraf følgende stigende og ændrede behandlingsbehov, den stigende ulighed i sundhed, ressourceprioritering, populationsansvar og behovet for langt mere koordination på tværs, hvad enten det handler om sundhedsdata eller borgernes forløb igennem sundhedsvæset. Samtidig ser vi en stigende ubalance imellem antallet af borgere med behov for pleje/behandling og antallet af sundhedsmedarbejdere.

LVS støtter endvidere en offensiv indsats for at styrke det primære sundhedsvæsen. Denne skal inkludere en tilpasning og fokusering af den af den almenmedicinske opgaveportefølje og de praktiserende speciallæger. Det handler især om følgende tværgående punkter:

1. Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud, som afspejler ændrede behov

2. En national sundhedsplan, der tilpasser ressourcfordelingen mellem det sekundære og primære sundhedsvæsen og geografisk
3. Tilpassede organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger for at bruge de samlede speciallægeressourcer effektivt

LVS kan også kun støtte, at medarbejdernes oplevelse af at tilbyde patienterne en god behandling og et godt forløb, er en vigtig faktor i forhold til sundhedsvæsnets bæredygtighed. LVS vil understrege, at skal det lykkes, er systematisk involvering af sundhedsvæsnets medarbejdere nødvendig både i forhold til udviklingen af sundhedsvæsnets i det daglige og i mere overordnede ledelsesmæssige sammenhænge. Der skal i højere grad vises tillid til sundhedsprofessionelle og deres faglighed, og dette skal blandt give sig udslag i, at faglige bidrag inddrages så tidligt som muligt i såvel beslutningsprocesser i den videre planlægning og implementering en af små og store ændringer i drift og udvikling af sundhedsvæsnets.

Vi skal kort og godt arbejde frem mod at betragte de kliniske arbejdende sundhedsprofessionelle som en ressource, en kilde til udvikling af sundhedsvæsnets, som slet ikke udnyttes fuldt ud i dag. Derfor må LVS også tage kraftigt afstand fra formuleringerne i afsnittet Sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar på side 228.

Det gælder bl.a. denne passage:

Robusthedskommissionen fastslår, at involvering af medarbejderne i udviklings- og implementeringsprocessen bidrager til, at medarbejderne er motiverede til at bruge en digital løsning og vil være ambassadører for løsningen.

Det er en unødvendigt nedladende måde at omtale sundhedsvæsnets medarbejdere på. Medarbejderne er ikke redskaber i forhold til bestemte løsninger men engagerede mennesker, der allerede er motiverede for at yde deres bedst for borgerne/patienterne. Man får ikke agile, omstillingsparate og veluddannede medarbejdere, hvis systemet har dette syn på dem.

Digitalisering, sundhedsdata og klinisk forskning

LVS er enig med Sundhedsstrukturkommissionen i, at digitalisering og brug af data rummer et stort potentiale i forhold til at udvikle sundhedsvæsnets (side 212) på en lang række områder. Kommissionen taler sågar om en digital transformation af sundhedsvæsnets, og den konstaterer, at hverken digitalisering eller brugen af sundhedsdata er hensigtsmæssigt organiseret i dag. LVS kan kun bifalde, at der i langt højere grad skal arbejdes med landsdækkende og tværgående løsninger, som kommer flere til gavn med hensyn til blandt andet bedre patientforløb, bedre brug af data (som kun skal indsamles en gang) og udvikling af EPJ'er på tværs af landet.

Digitalisering

Der er i høj grad brug for en digital infrastruktur, der kan understøtte samarbejdet om borgerne og patienterne (side 219). I alle områder af sundhedsvæsnets er der behov for at kunne se, hvad der er foregået

med borgeren/patienten i de seneste dage, hvad enten det drejer sig om kommunen, egen læge, hjemmeplejen mv.

Kommissionen peger dog heldigvis i Boks 10.3 på, at digitalisering ikke skal være et mål i sig selv men til gavn til for sundhedsvæsnets behov.

Der er dog fortsat meget fokus på hurtigere implementering af diverse løsninger, der skal være bl.a. arbejdskraftsbesparende og nemmere anvendelig for borgerne, men LVS hæfter sig ved, at man anbefaler en innovationsindsats (223 -) i Digital Sundhed Danmark, som bl.a. skal "vurdere og efterprøve helt nye teknologier og deres modenhed og relevans i forhold til at skabe værdi i sundhedsvæsnets".

LVS støtter en landsdækkende tilgang til at efterprøve nye teknologier, hvis der dermed menes systematisk dataindsamling og evaluering med mulighed for at sige nej tak til en løsning igen, hvis den skuffer.

Vi ved kun, om en digital/teknologisk løsning er god (og bedre end det eksisterende), hvis vi fra Dag 1 tester den, indsamler data og evaluerer. Dette skal helst ske, før et helt sundhedsvæsen har forpligtet sig økonomisk og personaleressourcemæssigt til at implementere løsningen fuldt ud. Man skal være opmærksom på, at både udvikling og implementering koster tid og penge, og at gevinster ikke nødvendigvis kan høstes hurtigt. Samt et det kræver massive uddannelsesmæssige tiltag at sikre sig en optimal udnyttelse af en digitaliserings potentiale, hvilket i sagens natur periodevis kan påvirke driften.

Der skrives desuden om en systematisk sundhedsfaglig forankring af innovationsindsatsen og sundhedsfaglig forankring og ejerskab. Hvis der dermed bl.a. menes borger- og patientnære afprøvninger af nye løsninger, bakker LVS op om dette. Det gælder for digitale og teknologiske løsninger, som det gør for medicinske produkter, at de skal stå deres prøve i forhold til en varieret hverdag hos borgerne og patienterne.

Det er væsentligt at fastholde, at digitale løsninger der er egentlig behandling testes med metoder, der er målrettet det, man ønsker at måle på lige fod med andre former for behandling. Der er mange aktører på området og mange digitale virkemidler, men det er ikke reflekteret i antallet af studier med tilstrækkelig kvalitet til at effekt og eventuelle skadevirkninger ved de enkelte løsninger kan vurderes objektivt.

Til slut efterlyser LVS efterlyser en nærmere beskrivelse af, hvordan den styrkede indsats på digitaliseringsområdet samtidigt vil mindske det særdeles omfattende registrerings- og kontrolarbejde som beslaglægger en stadigt stigende del af sundhedspersonalets tid og ressourcer. Der er brug for en diskussion af, hvordan central digitalisering kan implementeres uden at afføde yderligere registrerings- og kontrolarbejde for sundhedspersonalet.

Sundhedsdata

LVS bifalder anbefalingen om en landsdækkende og tværgående adgang til borgernes/patienternes sundhedsdata, hvordan man end kan praktisere dette på en sikker og hensigtsmæssig måde, sådan at organisatoriske grænser ikke bliver en hindring i sig selv. Borgere og patienter har krav på, at sundhedspersonalet kan være opdateret på, hvad der er foregået i borgerens/patientens forløb af både patientsikkerheds- og kvalitetsmæssige årsager. Det vil desuden utvivlsomt bidrage til et fagligt meningsfuldt arbejdsmiljø, at man som sundhedsprofessionel kan være godt klædt på til mødet med

borgeren/patienten og de pårørende, og patienten vil glæde sig over ikke at skulle give de samme informationer igen og igen. Derved reduceres også det dobbelte dokumentationsarbejde, som vi har i dag.

LVS opfordrer til, at man arbejder hen imod en virkelighed, hvor borgerens/patientens data følger vedkommende, og sådan at alle sundhedspersoner, der kommer i kontakt med borgeren/patienten, kan tilgå data med dennes accept. Data skal præsenteres på en sådan måde, at alle sundhedspersoner hurtigt og nemt kan finde de informationer, der er nødvendige for at kunne levere en god pleje/behandling. Data skal ikke nødvendigvis kun være tekst. Det kan lige så vel være billeder, videoer, podcasts mv. Det er også væsentligt at inddrage patientrapporterede outcomes.

LVS finder samtidig, at det er centralt at værne om borgernes tillid til anvendelsen af sundhedsdata. Der er en høj grad af tilslutning til anvendelse af data til lødige formål i dag, og den tillid skal vi passe meget godt på. Det handler om datasikkerhed. Det handler også om at finde og implementere de rette metoder til at få borgernes samtykke til anvendelse af data. Det skal være så nemt som muligt for borgerne at gennemskue, hvad deres data bruges til og hvornår. Der findes allerede i dag modeller til samtykke i forhold til fx organdonation og livsforlængende behandling.

Man kunne med fordel se på, om disse modeller kunne udbredes til nyere former for samtykke til anvendelse af sundhedsdata, hvor samtykket gives bredere i forskellige kategorier. På den måde kunne man også øge borgernes indsigt i og indflydelse på, hvad der foregår i sundhedsvæsenet, og man kunne mindske den administrative opgave med at indhente samtykke ved talrige lejligheder, uden at det nødvendigvis øger kvaliteten af samtykket. LVS støtter desuden en intention om et lærende sundhedsvæsen (side 212 – 213) blandt andet vha. tidstro og valide data og tid/ressourcer dedikeret til både forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling.

De seneste årtiers erfaringer er desværre, at klinisk arbejdende sundhedspersoner kun i begrænset omfang har fået adgang til tidstro patientdata. LVS opfordrer derfor kraftigt til, at man ikke glemmer klinikernes behov for adgang til data i et strukturarbejde, der i høj grad har fokus på styring og organisering. Jo mere akut og multisyg en patient er, jo hurtigere har man brug for at kunne læse sundhedsforløbsdata for at give patienten en god behandling.

Får man skabt et system, hvor data primært bliver et styringsredskab og kun sekundært og med forsinkelse når frem til de klinikere, der udreder, behandler og plejer patienter, får vi ikke det løft i kvaliteten, som borgere og patienter har krav på.

Det er på den baggrund vigtigt at være opmærksom på, at kliniske kvalitetsdatabaser ikke ansues som datalagre men som aktive og tidstro kilder til løbende ændringer i udredning og behandling og opdateringer af kliniske retningslinjer, hvis det er indikeret.

Der er behov for fleksibilitet i forhold til indsamling af data. Diagnostik og behandling udvikler sig hurtigt og der kommer hele tiden nye diagnostiske redskaber til. Det er derfor vigtigt at dataindsamling justeres hurtigt når nye muligheder og behandlinger indføres. Dette er særligt vigtigt da nye behandlinger mangler realworld data, der dog hurtigt og let kan trækkes hvis databaserne opdateres tidstro og relevante data derfor vil være tilgængelige umiddelbart.

Det er essentielt at klinikere fra forskellige specialer har let og hurtig adgang til at indføre nye datamuligheder i databaserne og at de har let og hurtig adgang til datatræk. På den måde kan

sundhedsvæsenet bedst justeres således at behandlinger der ikke giver gevinst kan undlades. Man kan i den forbindelse overveje at inddrage patienterne ved at etablere metoder, der gør, at patienterne selv har adgang til at indrapportere data.

Klinisk forskning og afprøvning af både nyt og gammelt

Sundhedsstrukturkommissionen udtrykker, at det er afgørende at understøtte sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar for nye teknologiske løsninger – dette af hensyn til implementering (side 228).

Det er som nævnt en positiv udmelding. LVS er dog kritiske over for den udtalte og desværre ikke tilstrækkeligt nuancerede teknologioptimisme, der udtrykkes af både denne kommission og af Robusthedskommissionen, som ønskede digitalt og teknologisk først.

Det kommer blandt andet til udtryk i ordvalg som fx at medarbejdere skal være motiverede for teknologiske løsninger, og at de skal være ambassadører for dem (side 228). Det er altså sådan, vi må forstå kommissionens ønske om "sundhedsfaglig forankring, ejerskab og ansvar".

LVS må påpege, at sundhedsmedarbejderes primære opgave er at udrede, behandle og pleje borgere og patienter samt forske i samme opgaver. Medarbejdernes begejstring for en given løsning vil og skal altså være forankret i, hvorvidt den gør nytte i forhold til borgeren/patienten eller på en dokumenteret patientsikker måde aflaster sundhedspersonalet således personaleressourcerne udnyttes bedst muligt.

Kommissionen skriver det selv: at de digitale løsninger skal give faglig mening. Og nytteværdien af en given ydelse – hvad enten det handler om en digital/teknologisk løsning, en behandling eller et medicinsk produkt mv. – afdækkes ved at teste den tæt på borgeren/patienten.

Derfor peger LVS på, at der er et meget stort behov for at opprioritere den kliniske forskning, hvad enten denne skal foregå på eller uden for hospitalerne – det handler om tests og afprøvninger, dataindsamling og evaluering tæt på borgerne/patienterne.

Og derfor undrer det, at det, vi her kalder klinisk forskning, ikke er nævnt eksplicit som et satsningsområde i fremtidens sundhedsvæsen. Der er luftige hensigter om et lærende sundhedsvæsen, men meget lidt om, hvordan man konkret får et sådant – og at dette kræver en investering i klinisk forskningsrelevant digital infrastruktur. Det skal bemærkes, at dette kræver, at man afsætter tid og ressourcer til uddannelse og implementering.

Det er desværre et gennemgående træk ved de omfattende centrale anbefalinger og strategier, der udtænkes i disse år, at kvalitetsudviklingens motor – tests, afprøvninger, klinisk forskning tæt på borgerne/patienterne – ikke får tilstrækkelig opmærksomhed.

Denne mangelfulde opmærksomhed er uheldig på flere områder:

Det vil gøre det vanskeligere at gøre noget ved uligheden i sundhedsvæsenet, hvor nogle sygdomsområder er velforsynede og andre kun har meget begrænsede eller ingen midler, fordi der kun er ringe kommerciel interesse for områderne, og fordi det offentlige sundhedsvæsen ikke har midler eller infrastruktur til at kompensere.

Og det vil udhule den generelle vision om at både bevare og øge kvaliteten af sundhedsvæsnets ydelser i en tid med en massiv demografisk udfordring og personalemangel. Klinisk forskning skal ikke alene teste nye mulige løsninger, behandlinger mv. Den skal også teste det, vi allerede tilbyder patienterne for at finde ud af, hvad der er udtjent, og som vi derfor ikke længere skal bruge tid og penge på. Den kliniske forskning er altså - i lighed med uddannelse - en væsentlig byggesten i en vision om et sundhedsvæsen, der giver borgerne mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer .

Det er af meget stor betydning for sundhedsvæsnets bæredygtighed i fremtiden, at sundhedsvæsnets får langt bedre mulighed for at udvikle en kultur og dertil hørende digitale infrastrukturer, som understøtter tests og afprøvninger af det, der foregår i den kliniske hverdag

Det er bydende nødvendigt, at sundhedsvæsnets selv i langt højere grad kan identificere det, vi skal stoppe med at tilbyde, og det, vi ikke skal indføre og udbrede i sundhedsvæsnets, fordi det ikke bidrager til bedre outcome og i nogle tilfælde ligefrem kan medføre skade for patienten. Hvis det ikke sker, vil sundhedsvæsnets muligheder for evidensbaseret kvalitetsudvikling og for patientrelevant styring af tidsforbrug og økonomi blive mangelfuld. Det er afgørende for fremtidens lærende sundhedsvæsen, at klinisk forskning, klinisk drift og uddannelse vægtes på lige fod.

Hvad angår ph.d.er kan LVS ikke 100 procent følge rationale vedr. begrænsningen af antallet af lægelige ph.d.er. LVS er naturligvis bekendt med, at ph.d.er i et vist omfang bruges som kvalifikation til særligt visse specialer, og det er ikke nødvendigvis et gode. Men LVS gør opmærksom på, at der findes en række strukturelle forhold, som gør det unødigt vanskeligt at kombinere klinisk arbejde med fortsat forskningsaktivitet. Dette burde adresseres eksplicit, da der er brug for de kompetencer, som disse læger har.

Man kunne desuden med fordel prioritere kliniske ph.d.-forløb højere end i dag og i den forbindelse se på muligheden for en bedre sammenhæng med hoveduddannelsesforløb, sådan at ph.d.en ikke nødvendigvis medfører en 3-årig forlængelse af uddannelsen, såfremt der indgår uddannelsesmæssigt relevante elementer i ph.d.en.

Ønsker man at begrænse antallet af lægelige ph.d.er – baseret på relevante analyser – vil LVS kraftigt opfordre til, at man sikrer lødige alternativer til uddannelse i blandt andet forskningsfortolkning. Sådanne kompetencer har meget stor betydning for blandt andet lægers muligheder for at vurdere værdien de talrige nye produkter og behandlinger, der strømmer ind i sundhedsvæsnets og for at vejlede patienterne bedst muligt om valg af behandling mv.

De kliniske kvalitetsdatabaser

LVS er betænkelig ved, at de kliniske kvalitetsdatabaser placeres langt væk fra den kliniske hverdag og klinisk arbejdende læger.

Som navnet indikerer, er databasernes formål at relatere direkte til det kliniske arbejde tæt på patienter og pårørende. Det er svært at forestille sig, at det kan finde sted i en organisering, hvor man ikke har direkte kendskab til patientbehandling og sundhedsfaglige udvikling inden for de forskellige sygdomsområder.

Der kræves særlige kompetencer med hensyn til den overordnede styring af de kliniske kvalitetsdatabaser (DKKB) som Sundhedsdatastyrelsen ikke har vist at være i besiddelse af. Resultatet af dette ses blandt andet i forhold til Den Nationale Implantat Database.

Forudsætningen for, at kliniske kvalitetsdatabaser kan understøtte kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet er, at indikatorer udarbejdes af klinikere, som har ekspertise inden for det givne område, og som ved, hvornår der er behov for justeringer. Placeres kliniske kvalitetsdatabaser fjernt fra klinikere, de faglige miljøer, patienter og pårørende vil der desuden være en overhængende risiko for, at det faglige engagement i arbejdet går tabt. Dermed tabes en enestående mulighed for at koble klinisk praksis med data og efterfølgende ændringer i klinisk praksis.

LVS støtter en organisering som er velorganiseret og kvalificeret til at drive udvikling i forhold til de kliniske kvalitetsdatabaser, sådan at disse kan understøtte sundhedsvæsenets faglige kvalitet på tværs af landet.

Databasernes udvikling skal stimuleres og bruges i den kliniske hverdag til at måle og sikre kvaliteten for patienterne, og at resultaterne indarbejdes løbende i PDSA-cirklen, sådan at de kan bruges til ændringer i de kliniske retningslinjer og i Vælg Klogt-anbefalinger til, hvad vi skal ophøre med at gøre.

Kliniske retningslinjer

LVS har to overordnede kommentarer i denne sammenhæng:

1. Kliniske retningslinjer skal afspejle det stigende omfang af multisygdom i befolkningen – fx med opmærksomhed på, hvordan udredning og behandling af en given sygdom skal ske i lyset af den konkrete patients mulige multisygdom. Det handler bl.a. om at inddrage patientens ressourceprofil på en relevant måde.
2. Arbejdet med kliniske retningslinjer skal sikres sufficient finansiering. Der er tale om et meget vigtigt kvalitetsarbejde, uanset hvilken faggruppe der er tale om, eller om det handler om monofaglige eller tværgående retningslinjer. Det handler bl.a. om den centrale oversættelse af forskning/evidens til mødet med borgeren/patienten og om at gøre det muligt at ændre på ”plejer”, hvor det er nødvendigt.

Lægelig videreuddannelse

Indledningsvis vil LVS pege på, at rapporten anvender på side 20 begrebet ”medicinuddannelsen”. Dette begreb er misvisende, da læger i Danmark og resten af verden gennemgår en *lægevidenskabelig* uddannelse. I ordet *lægevidenskabelig* ligger ikke blot en forpligtelse til at eksekvere sundhedsydelser, men også en meget stor forpligtelse til at udvikle, forske og opnå ny viden om sundhed og sygdom med henblik på at kunne forbedre behandlingen for patienterne.

Den lægevidenskabelige *videreuddannelse*, som varetager uddannelsen af kommende speciallæger, er et væsentligt element i vision om det lærende sundhedsvæsen. Og det lærende sundhedsvæsen kræver en satsning på den lægelige videreuddannelse, som skal tilpasses et sundhedsvæsen med flere ældre og multisyge, flere opgaver, der går på tværs og flere ydelser tættere på borgeren/patienten.

Det har trukket ud med at virkeliggøre arbejdet med anbefalingerne til, hvordan fremtidens speciallægeuddannelse sikrer, at flere læger har de brede kompetencer, der er brug for at imødekomme de krav, der stilles til det samlede sundhedsvæsen.

Lige nu uddanner vi læger ud fra fortidens behov og derfor opfordrer LVS til, at udmøntningen af Strukturkommissionens anbefalinger indeholder en tydelig forventning til at udviklingsarbejdet sættes i gang i regi af Sundhedsstyrelsen og i et tæt samarbejde med de lægefaglige selskaber, regioner, patienter og andre. Det er en stor opgave, som kræver, at der afsættes ressourcer til planlægning og koordinering på tværs af Sundhedsstyrelsens områder samt stor indsigt i medicinsk pædagogik og den kliniske hverdag.

LVS gør opmærksom på, at det er vigtigt at uddanne læger, som kan agere i et sundhedsvæsen, hvor der i langt højere grad er brug for at kunne samarbejde på tværs, sikre dialog med patienter bl.a. om fravalg af behandling og den sidste tid.

LVS må endvidere pege på, at det ikke er gjort med en styrket styring af den lægelige videreuddannelse (side 235), som er et af kommissionens forslag, og som refererer til en ændret sammensætning af uddannelsesforløbene og den overordnede vision om større bredde og flere generalistkompetencer. Der er også brug for, at man helt konkret er villig til at afsætte de nødvendige ressourcer til, at der er læger i den kliniske hverdag, der kan uddanne de kommende speciallæger. Uddannelse af kommende speciallæger skal ses som en vigtig og integreret del af det lægelige arbejde og det at drive et sundhedsvæsen.

Det er desuden nødvendigt at sikre en geografisk fordeling af de lægelige ressourcer, som afspejler behovet for at mindske uligheden i sundhed.

Kommentarer vedrørende specifikke sygdomsområder fra de relevante selskaber

Dansk Selskab for Infektionsmedicin:

I to af de skitserede modeller etableres flere administrative enheder end det nuværende antal regioner. Dette vil udfordre behandlingen af en række alvorlige, men mindre hyppige infektionssygdomme såsom eksempelvis infektioner i centralnervesystemet. Patienter med sjældnere alvorlige sygdomme har samme krav på sammenhængende forløb af høj kvalitet som alle andre, og dette kan være vanskeligt at opretholde i mindre enheder. Problemstillingen kan yderligere forværres ved rekrutterings vanskeligheder i yderområder, således at man med ændringerne risikerer reelt at øge uligheden i adgang til sundhed for personer med disse infektionssygdomme. Hvis nogle sygdomme grundet lavt patientantal må håndteres på tværs af nye administrative enheder, vil disse patienter få endnu vanskeligere ved at opnå de ønskede sammenhængende forløb.

En række infektionssygdomme er relativt sjældne, men alvorlige og kræver højt specialiseret behandling. Samtidig skal der være mulighed for forsvarlig og sikker håndtering af epidemier/pandemier samt enkeltstående tilfælde af alvorlige og meget smitsomme importerede sygdomme- herunder bioterrorisme. Det er derfor vigtigt at sådanne enheder sikres tilstrækkelig robusthed i en ny organisering.

Dansk Neurokirurgisk Selskab:

Det neurokirurgisk speciale repræsenterer højt specialiseret kompetence, og de fleste specialefunktioner ligger under specialeplanen i form af højt specialiserede funktioner primært fordelt på de fire universitetshospitaler i Region Nordjylland, Region Midt, Region Syd samt Region Hovedstaden. Dansk neurokirurgisk Selskab (DNKS) kan godt tilslutte sig kommissionens overordnede visioner om lige og let adgang til sundhedstilbud, uanset geografi, bedre forløb på tværs – for blot at nævne nogle få.

Vi har dog bekymringer og kommentarer til forslagene og modellerne i rapporten, som blandt andet udspringer af formuleringen på side 19:

Fordeling af læger geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen skal tilpasses. Forslaget indebærer en incitamentsmodel i form af et vækstloft for sygehuslæger indenfor udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer, som skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse udenfor de store byer.

I kommissionens sammendrag nævnes udelukkende det primære og sekundære sundhedsvæsen uden skelen til, at det sekundære sundhedsvæsen er specialiseret på forskellige niveauer.

Dansk neurokirurgisk selskabs medlemmer udfører for hovedpartens vedkommende højt specialiseret behandling af livs- og førlighedstruende tilstande på landets fire neurokirurgiske afdelinger, som alle er beliggende i landet fire største byer – København, Aarhus, Odense og Aalborg. En yderligere opdeling vurderes uhensigtsmæssig.

Det neurokirurgiske speciale har oplevet et stigende træk på specialet i forbindelse med kræftpakke-udrulning og desuden et stigende demografisk træk på specialet i form af flere ældre, der skal behandles for bl.a. slidgigtssygdomme i ryggen samt blødninger i hjernen. Vi har oplevet en stigende kvalitet, ligesom resten af sundhedsvæsenet, men kvaliteten i neurokirurgi er også meget forankret i teknologisk udvikling samt international benchmarking. Apparaturomkostninger samt nye forventninger til behandlingsresultater og kapacitet fra patienter og pårørende har resulteret i yderlige ressourcetræk på de danske neurokirurgiske afdelinger.

Side 31 og 32:

Varianten med tre regioner giver øget faglig bæredygtighed i forhold til sygehus drift...

Varianten med tre regioner vurderes at være den, der har været det bedste potentiale i forhold til sygehusdrift og fordeling af ressourcer til de områder, hvor der i dag er færrest lægelige ressourcer.

Vi mener ikke at færre sundhedsregioner nødvendigvis er løsningen, men vigtigt at vi får samlet opgaverne i regioner og kommuner og vi ser ikke behov for yderligere centralisering på sygehusene eller i regionerne, men nærmere en samling af opgaver regioner og kommuner imellem. Et eksempel på dette er indenfor neurorehabilitering, hvor det neurokirurgiske speciale oplever stigende pres fra patienter, pårørende og lovmæssige rettigheder, hvilket forårsager ventetider og en utydelig opgavefordeling med 98 forskellige opgaveløsninger. Sundheds- og omsorgsregioner vil betyde færre samarbejdspartnere og en mere ensartethed i forhold til dette.

Set i dette lys kan vi fra vores speciales side se en fordel i mere tydelig opgavesamling i regioner og kommuner som en nødvendighed i forhold til et tydeligt stigende behov for sektorovergangen fra de neurokirurgiske afdelinger til kommunale genoptræningstilbud.

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin – vedrørende det præhospitale område:

På det præhospitale område oplever vi ofte, at det dels kan være vanskeligt at få patienter passet ind i deres forløb og dels at sammenhængen mellem det primær- og sekundærsundhedsvæsen kan være udfordrende i forbindelse med den præhospitale kontakt. Det kan være med til at give patienterne et dårligere behandlingsforløb og en insufficient udnyttelse af ressourcerne i systemet. Vi hilser derfor en omstilling af hele sundhedsvæsenet velkommen og håber på et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen fremadrettet.

I dag er de præhospitale beredskaber underlagt regionerne. Der er allerede nu stor forskel på, hvorledes man løser de opgaver, man står over for i de enkelte regioner. Det gælder f.eks. for organisering af AMK-funktionen, visitation af præhospitale akutlægebiler (bemandet med speciallæge i anæstesiologi), udbredelse og kompetencer på akutbiler (enmandsbemandet køretøj med paramediciner), håndtering af vagtlægeordninger, mulighed for telemedicinsk konference med akutmodtagelserne og e-hospital. Derudover er erfaringsudvekslingerne mellem regionerne begrænsede. Det betyder at tilbuddene til borgerne i dag er varierende afhængigt af geografien, samt at de gode tiltag og løsninger, der findes i de enkelte regioner ikke umiddelbart udbredes til de øvrige til glæde for patienterne, men også for det samlede sundhedsvæsen.

Akutberedskaber er ofte borgernes første kontakt til sundhedsvæsenet både ved nyopstået akut sygdom men også ved forværring i allerede kendt sygdom. Dermed er akutberedskaberne også et vigtigt bindeled mellem borgerne og henholdsvis det primære sundhedsvæsen såvel som det sekundære sundhedsvæsen. Med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om, at langt flere patienter fremadrettet skal behandles i det primære sundhedsvæsen, vil det også betyde en ændret visitation af visse patientkategorier og dermed andre rammer, som det præhospitale mandskab skal arbejde indenfor for at være en del af den sammenhængende patientforløb. Derudover kan der være behov for at indtænke andre og mere integrerede IT-løsninger præhospitalt for at kunne opfylde dette.

Vi er bekymrede for at der potentielt kommer flere aktører på banen i forhold til at drive Akutberedskaber såfremt regionerne nedlægges og der i stedet oprettes 8-10 sundheds-og omsorgsregioner. Placeres ansvaret og driften af akutberedskaberne i de enkelte sundheds-og omsorgsregioner risikerer man endnu flere forskellige præhospitale setups og dermed en potentielt ulige adgang til dele af sundhedsvæsenet

afhængigt af geografi. Det vil være vanskeligere at opretholde kompetencer hos de forskellige præhospitale faggrupper, samt forventeligt må det give øgede omkostninger.

I Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger finder vi ikke, at der er taget højde for disse forhold i relation til de forskellige forvaltningsmodeller. Vi finder, at det er afgørende, at det fremtidige præhospitale set up tænkes ind i planlægningen af det forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen helt fra starten af, for at sikre at vi får et sundhedsvæsen der er præget af lighed, nærhed og bæredygtighed.

En mulighed kunne være at oprette en Præhospital Styrelse, der har det overordnede ansvar for Akutberedskaberne på tværs af de regioner den kommende forvaltningsmodel kommer til at bestå af. Dette for at sikre en større ensartethed i Akutberedskaberne og deres tilbud til borgerne, sikre fagligheden, samt være overordnet ansvarlig for kvalitets- og kompetenceudviklingen inden for det præhospitale område.

Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi:

DSKM har følgende overordnede kommentarer til rapporten:

Anbefaling 1: DSKM vil gerne have den overvejelse med til honoreringsstrukturen, hvor en forsimplet honorarstruktur kan rumme nye opgaver, at diagnostik, der udføres i almen praksis, a) skal leve op til fastsatte kvalitetsmål og kræver kontinuerlig kvalitetssikres og b) skal kunne afgive elektroniske svar, der kan komme i relevante databaser/dataportaler.

Anbefaling 2: Angående Etablering af en fælles, national service- og leveranceorganisation vil DSKM vil gøre opmærksom på de risici der ligger i en central enhed. F.eks. vil indkøb af laboratoriesystemer og drift af visse databaser (som Miba) kræve fagspecifik viden, som ikke findes i en centralt drevet organisation.

Anbefaling 3: DSKM har følgende kommentar til styring af den lægelige videreuddannelse. DSKM mener, man skal være forsigtig med funktionsmodeller indenfor de diagnostiske specialer, da faglig brede og generalistkompetencer der dækker tre laboratoriespecialer, koster på kvaliteten for patienterne og vil ikke bidrage til at løse fremtidens udfordringer indenfor infektionsdiagnostik, rådgivning og behandling. Vi mener, at der ikke er tilstrækkelige overlap mellem de laboratoriemedicinske specialer til at retfærdiggøre en funktionsmodel.

Dansk Lungemedicinsk Selskab:

Primærsektor: Vi anerkender at en styrket primærsektor er en løsningsmodel. Imidlertid ser vi med bekymring på den manglende vurdering af de højt specialiserede områders rolle i denne forandringsproces. Der er en diskrepans mellem der, hvor de store sygdomsentiteter faktisk er i dag, og generalistmodellen. For at kunne håndtere de store sygdomsgrupper i dag er praksis nødt til at benytte en generel tilgang sygdomsgrupperne– og det står i skærende kontrast til den viden vi i dag har om at de store kroniske sygdomme har behov for en personificeret behandling. På vores eget område, lungemedicinen, har almen praksis i en længere årrække varetaget størsteparten af KOL-området – og de seneste data viser, at 1 års mortaliteten er uændret i de sidste 20 år. På de områder, hvor vi har ændret prognosen væsentligt,

eksempelvis cancerområdet, har det været i kraft af en specialiseret tilgang. Vi ser derfor løsningsmodeller i shared care, som obligatoriske, hvis opgaven skal lykkes.

Det er væsentligt at sige, at der formentlig er behov for en differentieret model på tværs af landet – for at sikre lighed i sundhed skal ansvaret mellem specialister og generalister tilpasses de geografiske uligheder der er i lægedækning.

Uddannelse: DLS anerkender tanken om at en større del af den postgraduate uddannelse skal ske på de perifere sygehuse. Der er utvivlsomt uudnyttet uddannelseskapacitet på regionshospitalerne. Der er imidlertid behov for et styrket fokus på efteruddannelse – der er per se ikke allokeret midler til efteruddannelse i sekundær og tertiær sektor og særligt på ikke- forskningsaktive afdelinger er efteruddannelse ofte baseret på den kursusvirksomhed industrien iværksætter. Idet Sundhedsstrukturkommissionen gerne vil favne de store sygdomsområder, må der, både i primær og sekundær sektor, være et stort fokus på efteruddannelse særligt inden for disse områder.

Dansk Nefrologisk Selskab: Selskabet er enig i, at der i særdeleshed for de store befolknings- og livsstilsygdomme, f.eks. kronisk nyresygdom, er behov for en styrket og koordineret indsats i almen praksis.

Vi er således meget enige i nødvendigheden af, at opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud synliggøres og tager udgangspunkt i nationale vejledninger med inddragelse af relevante faglige selskaber.

Vi vil som fagligt selskab meget gerne understøtte denne proces for at styrke de almenmedicinske tilbud om screening og behandling f.eks. ved kronisk nyresygdom.

Vi har forståelse for, at dette kan forudsætte en revision af honorar- og afregningsstrukturen i primærsektoren, ikke bare i almen praksis, men også i forhold til kommunale opgaver, så opgavebeskrivelsen reguleres udenfor aftale- og afregningssystemet og hver enkelt ny opgave ikke forudsætter forhandlinger om økonomi.

Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser – vedrørende funktionel lidelse som tværgående funktion og fagområde:

Sammenhængende og mere hensigtsmæssige forløb: Patienter med en funktionel lidelse efterlyser mere sammenhængende forløb i forhold til især udredning men også behandling. Flere er overudredt grundet manglende overblik og tid/ressourcer hos den enkelte behandler for at kunne håndtere komplekse problemstillinger og symptomer.

Patienterne beskriver, at de ikke føler sig anerkendt og forstået, at de føler sig kastet rundt i systemet og både gennemgår udredning og behandling, der ikke ændrer situationen. Dette gælder både i sekundær sektor mellem de forskellige specialer men også i primær sektor med både egen læge, speciallæger og kommunen som aktører.

Almen praksis skal styrkes som tovholder for patienter med funktionel lidelse og dermed have de rette rammer og betingelser for at kunne varetage denne rolle ved komplekse tilstande. Praksis skal desuden

have mulighed for at henvise til en samlet udredning – fx diagnostiske centre – når patienter præsenterer komplekse symptombilleder.

Der er et meget stort behov for at undgå lange uhensigtsmæssige udredningsforløb, som både er en stor samfundsøkonomisk byrde og også kan føre til unødigt sygeliggørelse og kronificering for den enkelte patient med store konsekvenser for funktionsevne ift. både private livsomstændigheder og arbejdsmarkedstilknytning.

Fra det specialiserede til almene sundhedsvæsen: Der mangler fortsat viden om funktionel lidelse på tværs af sundhedsvæsenet – også i sekundærsektoren. Med oprettelse af fem regionale centre med specialiseret behandling og publikationer fra Sundhedsstyrelsen til almen praksis m.m., er der dannet et godt fundament med bred viden om funktionel lidelse.

Dog er der fortsat både manglende forståelse for sygdommen funktionel lidelse og stigmatisering af denne fra sundhedsprofessionelle i mange dele af sundhedsvæsenet. Forståelse, formidling og afstigmatisering er vigtige og nødvendige parametre. Især det første møde med patienten er afgørende, hvor formidling og italesættelse af det at have en funktionel lidelse som en sygdom, der ikke er farlig og kan behandles, er afgørende i forhold til det videre forløb og patientens prognose.

Der er brug for en større synlighed af sygdommen funktionel lidelse, herunder afstigmatisering og generel viden om sygdommen i alle dele af sundhedsvæsenet (almen praksis, kommunale tilbud, praktiserende speciallæger og store dele af det sekundære sundhedsvæsen). De enkelte specialer i det sekundære sundhedsvæsen, der varetager udredning og behandling af patienter med funktionel lidelse, skal styrkes og dermed have rette rammer og betingelser for håndtering af komplekse patienter og en bio-psyko-social udredning.

Der vil være behov for, at viden og kompetencer løftes - både viden om sygdommen funktionel lidelse som en samlet tilstand, samt viden om organspecifikke funktionelle symptomer i de enkelte specialer. Helt konkret har de specialiserede centre brug for ressourcer til at varetage en vidensdeling, hvor viden og oplæring sker gennem rådgivning, undervisning/formidling og samarbejde omkring konkrete patienter (liaisonfunktion).

Dette vil sikre, at patienter med funktionelle symptomer tilbydes et langt mere hensigtsmæssigt forløb, end tilfældet er i dag. Herved kan udviklingen af kroniske tilstande forebygges, funktionel lidelse behandles i tide og anvendelsen af sundhedsvæsenets ressourcer kan optimeres og forventeligt reduceres.

Øvrige kommentarer

Bredde vs. specialisering: Samtidig med, at der sker en nødvendig satsning på bredde, tværgående forløb og en udbygning af almen praksis mv., vil der være en opgave i at bevare den høje faglighed i sygehusvæsenet. Selv om et forbedret behandlingstilbud til fx flere ældre med komplekse kroniske forløb er i fokus i rapporten, vil mange fortsat have behov for kontakt til det højt specialiserede sundhedsvæsen, hvor en fastholdelse af høj faglig kvalitet og udvikling er en forventning både fra det politiske niveau og fra befolkningen. Det skal der tages hensyn til i lyset af de meget vidtgående og omkostningstunge ændringer som Strukturkommissionens rapport lægger op til.

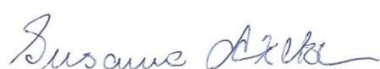
Forebyggelse: Rapporten mangler et fokus på strukturel forebyggelse, som har et stort potentiale på en længere bane med store perspektiver på samfundsniveau. Det kræver politiske beslutninger på overordnet niveau. Praktisk vil forebyggelse skulle bygges ind i en ny organisering med videndeling, uddannelse og praktiske tilbud, for at det kan realiseres.

Patientinddragelse: Rapporten handler om en god struktur for patientbehandlingen, men patienternes inddragelse og potentialet i at gå efter det rigtige, også set fra patientens perspektiv, fra tidligt i et forløb skal have langt mere opmærksomhed fremadrettet. Der er brug for øgede kompetencer i patientinddragelse, når der i et forløb skal prioriteres behandlingsniveau og behandlingsmål. Kommunikation af nytte/ikke nytte af udredning, behandling og kontrol i forhold til risiko, endeligt resultat og livskvalitet. Det vil være en nøglekompetence til at differentiere behandlingen og mindske uligheden.

Manglen på speciallæger i visse specialer: Der er uden tvivl brug for flere almen medicinske speciallæger. Samtidig er visse specialer er hårdt pressede vedrørende antallet af speciallæger. Der er brug for at øge antallet af uddannelsesforløb i disse specialer. Der er kandidater nok til at fylde en øget uddannelseskapacitet. Det kan ikke løses med de nuværende ressourcer, men det vil være en god samfundsmæssig investering at give alle læger mulighed for at blive speciallæger.

LVS ser frem til fortsat at bidrage til både debatten om fremtidens sundhedsvæsen og at til levere konkrete lægevidenskabelige input til konkrete delemner.

Venlig hilsen



Susanne Axelsen
Formand



**LÆGEFORENINGEN, YNGRE LÆGER, FORENINGEN AF SPECI-
ALLÆGER OG PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATIONS
FÆLLES HØRINGSSVAR TIL SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSI-
ONENS RAPPORT**

5. august 2024

Sagsnr: 2024- 4503

Aktnr: 5970882

INDLEDENDE BEMÆRKNINGER

Godt grundlag for udviklingen af sundhedsvæsenet og fornuftige tværgående anbefalinger – nu er det op til regeringen og Folketinget at sikre reel forandring

På vegne af også Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation takker Lægeforeningen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Det er bydende nødvendigt, at der sker reelle forandringer i sundhedsvæsenet, som tager afsæt i manglen på sundhedspersonale, ulighed i sundhed, den store variation i tilbud og kvalitet i de kommunale sundhedsopgaver og en befolkning, der alt andet lige vil have større behov for sundhedsvæsenet.

Derfor er der ikke alene behov for strukturelle forandringer. Der er også behov for at allokere flere offentlige ressourcer til sundhedsvæsenet. Specielt hvis ambitionen om mere lighed i sundhed skal opnås. Samtidig er der behov for stærk prioritering og en meget mere ambitiøs tilgang til forebyggelse og styrket folkesundhed. Behovet for sundhedsvæsenets ydelser skal nedbringes, og ressourcerne – herunder personaleressourcerne – skal bruges til at skabe mest mulig sundhed. Det er forudsætningerne for dels en primærsektor, som kan påtage sig en større rolle og nå ud til alle, og dels et specialiseret sundhedsvæsen hvor udviklingen inden for akut og livstruende sygdom kan fortsætte.

Det er helt centralt at skabe bedre rammer, så det primære og sekundære sundhedsvæsen i langt højere grad kan spille hinanden gode, for de er indbyrdes afhængige. Samtidig skal samarbejdet mellem aktører i det primære sundhedsvæsen styrkes. Kun på den måde kan vi opnå sammenhængende forløb for borgerne og mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer. Her har lægerne et stort ansvar, og det ansvar vil vi gerne bære. Lægefaglig ledelse er et vigtigt element i forhold til at sikre både kvalitet, patientsikkerhed, et godt arbejdsmiljø mv.

Flere forløb og indsatser skal alene håndteres i primærsektoren, flere dele af den specialiserede behandling skal kunne foregå nært, og de, der kan, skal understøttes i at kunne varetage behandling og opfølgning selv. Patientinddragelse er et centralt element heri. Men en omstilling skal foregå kontrolleret. Faglighed, kvalitet og kapacitet i de nære sundhedstilbud skal være på plads, hvis opgaver ikke længere skal varetages i det sekundære sundhedsvæsen. Det kræver, at de nære sundhedstilbud prioriteres både lokalt og nationalt.

Formanden

Domus Medica
Kristianiagade 12
DK-2100 København Ø

Tlf.: +45 3544 8500

Tlf.: +45 3544 8201 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: cnr@dadl.dk

www.laeger.dk



Sundhedsstrukturkommissionens arbejde danner et godt fagligt grundlag for tiltag, der bidrager til den nødvendige omstilling og udvikling af sundhedsvæsenet. Kommissionen beskriver fint de store udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for og som der er stor enighed om blandt alle aktører. Det giver en stærk platform til at sikre, at udfordringerne ihukømmes og afspejles i den politiske aftale, der nu skal forhandles på plads.

Nedenfor følger Lægeforeningens opfordringer til regeringen med afsæt i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forslag.

Generelt er de seks tværgående anbefalinger solide og overvejende fornuftige og bør følges op på uanset valg af forvaltningsmodel. På baggrund af kommissionens arbejde opfordrer Lægeforeningen regeringen og Folketinget til at sikre de nødvendige forandringer i sundhedsvæsenet, og at forandringerne understøttes af den nødvendige økonomi.

ANBEFALING 1: NY ORGANISERING AF DET ALMENMEDICINSKE TILBUD

Prioriter almen praksis uanset struktur - men husk at der også er mangel på andre speciallæger

Almen praksis er kernen i den nære sundhedsindsats

Det er centralt for omstilling og et bæredygtigt sundhedsvæsen at øge kapaciteten i almen praksis, og at almen praksis også prioriteres med flere ressourcer. Almen praksis er kernen i den nære sundhedsindsats og spiller en afgørende rolle for efterspørgslen på specialiserede sundhedsindsatser og samarbejdet mellem de nære sundhedstilbud. Derfor kan vi ikke lykkes med omstillingen af opgaverne og et bæredygtigt sundhedsvæsen uden et markant styrket almenmedicinsk tilbud, der når ud til alle borgere. Det gælder uanset strukturen i sundhedsvæsenet og almen praksis' myndighedsmæssige forankring.

Derfor bifalder Lægeforeningen kommissionens anbefaling 1 om en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud, så det afspejler befolkningens behov for sundhedstilbud og tilgængelighed. Det kræver, at flere ressourcer anvendes i det almenmedicinske tilbud.

Lægeforeningen kvitterer for, at kommissionen anbefaler, at der skal bygges videre på den dominerende organisationsform i almen praksis - med praktiserende læger, der selv arbejder i egen klinik - idet denne organisationsform er mest effektiv og sikrer størst kontinuitet, kvalitet og tilfredshed for patienterne. Ejerskab, og de handlemuligheder det giver, er desuden afgørende for de unge lægers valg af almen medicin som speciale. At specialet fortsat opleves attraktivt for de unge læger, er afgørende for at lykkes med den ønskede omstilling.

Øget lægedækning i almen praksis kræver en kapacitetsudvidelse på 1.500 flere alment praktiserende læger frem mod 2035, så det samlede antal alment praktiserende læger når op på 5.000. En vigtig forudsætning for, at det kan realiseres, er, at dimensioneringen i en årrække ændres til 400 uddannelsespladser i almen medicin om året i den kommende dimensioneringsplan.

Lægeforeningen er enig i behovet for en national opgavebeskrivelse, der beskriver krav og anbefalinger til den samlede almen medicinske ydelse, og hvordan det almenmedicinske tilbud skal understøttes af specialiserede kompetencer. Det er vigtigt for forventningsafstemningen mellem



sektorerne om, hvilke opgaver der håndteres i almen praksis, og hvilken understøttelse der samtidig forventes af det sekundære sundhedsvæsen.

Lægeforeningen er også overordnet enig i differentierede patienttal i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en vurdering af befolkningens behov med et mindre normtal i udvalgte praksis, men er bekymret for, at en eventuel ufrivillig forhøjelse af normtallet andetsteds vil få nogle læger til helt at opgave deres praksis.

Mange alment praktiserende læger er udrændte, og der er udfordringer med fastholdelse af læger i almenmedicinske tilbud. Ifølge en undersøgelse fra 2023 opfylder seks ud af ti praktiserende læger kriterierne for at være moderat eller alvorligt udrændt. Også uddannelseslægerne i almen praksis oplever meget stor travlhed og et deraf følgende presset arbejdsmiljø. Ambitionen om et differentieret patienttal bør under alle omstændigheder indføres i takt med at der sikres flere alment praktiserende læger.

Lægeforeningen anbefaler derfor, at PLO inddrages i udarbejdelse af modellen for differentierede patienttal.

Lægeforeningen er positiv overfor muligheden for at tilknytte alment praktiserende læger til botilbud og dermed skabe stærkere sammenhæng for sårbare borgere og et øget fokus på somatiske lidelser hos borgere med psykiske problemstillinger. Det er en løsning, som kan medvirke til at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Mangel på speciallæger på sygehusene medvirker til ventetidsproblemer

Lægeforeningen bemærker, at der også mangler andre speciallæger end læger med speciale i almen medicin. Manglen på speciallæger på sygehusene er medvirkende årsag til lange ventetider, manglende overholdelse af udrednings- og behandlingsrettigheder og medfører desuden en større belastning på primærsektoren. Det gælder f.eks. psykiatri- og demensudredning.

En undersøgelse fra Overlægeforeningen viste, at der ved udgangen af 2021 var 8 pct. ubesatte speciallægestillinger på landsplan. Regionalt var 14 pct. ubesatte i Region Nordjylland og 11 pct. i Region Sjælland. 20 pct. af speciallægestillingerne i psykiatrien var ubesatte, og det samme var 10 pct. i radiologien og andre tværgående specialer

Manglen på neurologer på sygehusene er den væsentligste årsag til, at kun 18 pct. af patienter med demens udredes inden for 90 dage. Det er ligeledes velkendt og veldokumenteret, at den massive mangel på speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri har vidtgående konsekvenser for både kvalitet og ventetider, der kan være på over et år, for de mange tusinde mennesker med psykiske sygdomme, som i dag mangler adgang til ordentlige behandlingstilbud.

Udfordringerne med ventelister forøges yderligere af manglen på øvrige sundhedsprofessionelle, herunder bl.a. anæstesisygeplejersker, som er den væsentligste årsag til ventelister på det kirurgiske område. Disse og lignende problemer kan ikke løses med styrkelse af primærsektoren og ændret opgavefordeling, men kræver en styrkelse af den specialiserede behandling på sygehusene. Derfor er der behov for bedre dimensionering af speciallægeuddannelsen med afsæt i en analyse af, hvilke og hvor mange speciallæger, som sundhedsvæsenet har behov for i fremtiden.



ANBEFALING 2: NY ORGANISERING AF ARBEJDET MED DIGITALISERING OG DATA

Sæt skub i brugen af digitale løsninger med national styring og inddrag sundhedspersonalet

Klog brug af data og digitale løsninger rummer et stort potentiale som katalysator for omstillingen af sundhedsvæsenet herunder for, at personaleressourcerne anvendes mest effektivt. Det er en forudsætning, at sundhedspersonalet inddrages i udvikling og implementering af nye digitale løsninger, så løsninger tilpasses den kliniske praksis.

Det er samtidig centralt for bl.a. sammenhængende patientforløb, at sundhedspersonale på tværs af sygehuse, praksissektor og kommuner kan tilgå tidstro data, der kan være relevante for borgerens forløb og behandling på tilsvarende vis som adgang til patienternes aktuelle lægemiddeldata i Det Fælles Medicinkort. Det fordrer, at de forskellige systemer kan tale sammen, så indberettede data i et system umiddelbart bliver tilgængelige via de øvrige systemer.

Lægeforeningen bifalder derfor kommissionens anbefaling 2 om større national beslutnings- og eksekveringskraft, fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data og øremærket finansiering. Lægeforeningen er dog usikker på indhold, betydning og konsekvenser af kommissionens 4 forslag, der følger anbefalingen.

Lægeforeningen er enig i, at det er en rigtig god ide, at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet, jf. forslag 1. Første skridt på området som opfølgning på kommissionens arbejde bør være udarbejdelse af den foreslåede strategi – og hermed klarlægning af hvilke opgaver, der skal løses. Når strategien er klar, vil der være et fremadrettet grundlag for at tage stilling til behovet for etablering af en national planlægningskompetence samt etablering af en fælles, national service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet, jf. forslag 2 og forslag 3.

I forhold til kommissionens beskrivelse af de to forslag er det uklart, hvad behovet for de nye enheder er og hvilke opgaver, som de med fordel kan løse – også sammenholdt med den nuværende organisering. Dette illustreres ved, at der både omtales opgaver og ansvar af drifts- og systemmæssig karakter, men også opgaver med relation til de kliniske databaser, der synes bedre forankret i sammenhæng med klinisk praksis og kvalitetsmonitorering. Det må forventes, at en ny gennemarbejdet strategi vil kunne kaste et lys over de konkrete opgaver og herefter, hvem der kan løse hvilke opgaver bedst.

I en ny strategi vil det bl.a. blive helt afgørende at få afklaret, hvilke opgaver der med fordel kan centraliseres, drives og skaleres nationalt og hvilke opgaver, som med fordel kan være placeret i en lokal organisering.

I forlængelse heraf er det Lægeforeningens grundlæggende holdning, at centralisering af driften ikke må ske på bekostning af løsninger, der er baserede på lokale behov og muligheder, så længe de etablerede løsninger kan "tale" sammen. Herved sikres også et fortsat stærkt mangfoldigt udviklingsmiljø, som er bærende i en tid, hvor den medicinske teknologiske udvikling accelererer med hidtil uset styrke bl.a. i forbindelse med brugen af kunstig intelligens.

Endelig skal det bemærkes, at en ny strategi naturligvis skal være økonomisk bæredygtig og realiserbar, men det bør ikke være en begrænsende forudsætning for arbejdet, at strategien skal ske



inden for uændrede økonomiske rammer, jf. kommissionens forslag 4. Der skal være mulighed for investeringer som kan være en hjælp i forhold til løsningen af sundhedsvæsenets udfordringer og opgaver.

ANBEFALING 3: TILPASSET FORDELING AF RESSOURCER I SUNDHEDSVÆSENET

Inddrag lægerne i den nationale strategiske sundhedsplanlægning og sikr kapacitet og kvalitet i det primære sundhedsvæsen

En national sundhedsplan skal sikre mere lige adgang til sundhedsvæsenet og koordineret omstilling

Det er centralt for et bæredygtigt sundhedsvæsen, at kompetencerne i sundhedsvæsenet tilpasses og fordeles efter befolkningens behov. Det gælder både den geografiske fordeling af kompetencer og også mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Det er samtidig et vigtigt led i at nedbringe geografisk og social ulighed i sundhed.

Lægeforeningen er enig i kommissionens anbefaling 3 om udarbejdelse af en national sundhedsplan, der sætter strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen og på tværs af landet. Lægerne bærer et stort ansvar for at bidrage til en tilpasset fordeling af de lægefaglige kompetencer, og sygehusene skal have en stærkere rolle i at understøtte det primære sundhedsvæsen. På den baggrund forventer Lægeforeningen at blive inddraget tæt i den nationale, sundhedsstrategiske planlægning.

Lægeforeningen finder det helt centralt, at en national plan sikrer en trinvis og koordineret omstilling af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet. Udflytning af opgaver skal ske i takt med, at der er opbygget kapacitet til at gribe opgaverne, og der må ikke kalkuleres med en gevinstrealisering på forhånd. Ukoordineret omstilling vil risikere at skabe usammenhængende forløb og en ringere kvalitet i patienttilbuddet, og risikere at patienterne bliver kastebold mellem primær- og sekundærsektoren.

En hensigtsmæssig omstilling af opgaveløsningen kræver, at kapacitet, faglighed og kvalitet er på plads i det primære sundhedsvæsen, og vil på nogle områder kræve en revision af den almen medicinske hoveduddannelse, før opgaverne kan slippes i det sekundære sundhedsvæsen. Derudover skal der være fokus på systematisk uddannelses- og kompetenceudvikling samt arbejdsmiljø, så omstillingen sker i et tempo, hvor sundhedspersonalet kan følge med.

Rigide styringsredskaber kan have utilsigtede konsekvenser

Lægeforeningen noterer sig, at kommissionen foreslår et vækstloft for læger på sygehusene inden for udvalgte geografiske områder og på højt specialiserede afdelinger på universitetshospitalerne. Regionerne har allerede en aftale om at styre væksten i antal læger på de nævnte afdelinger, men denne aftale vurderes ikke som tilstrækkelig. Lægeforeningen er enig i, at det er vigtigt at arbejde for en ligelig fordeling af speciallæger på landets sygehuse og hospitaler, men vurderer, at forslaget om et vækstloft er uhensigtsmæssigt.

Forslaget er udtryk for et for snævert syn på det lægelige arbejdsmarked, idet en begrænsning af kapaciteten udvalgte steder ikke nødvendigvis øger kapaciteten de steder, som man ønsker at begunstige. Det er derfor fortsat nødvendigt at tænke i aktive incitamentter til rekruttering og fastholdelse af læger og andre sundhedsprofessionelle. Det kan f.eks. være i form af gode uddannelses- og



arbejds miljøer, fleksibel arbejdsplads, god supervision, gode forskningsmuligheder (post doc stillinger), særlig løntillæg m.m.

Kommissionen foreslår desuden et aktivitetsloft for højt specialiseret behandling. Højt specialiseret behandling omfatter bl.a. kræft- og hjerteområdet, og et aktivitetsloft vil indebære længere ventetid for store patientgrupper med kritiske sygdomme. Lægeforeningen skal også her fremhæve, at et aktivitetsloft ét sted ikke nødvendigvis fører til øget aktivitet, det sted man ønsker. Det vil igen være bedre at tænke i incitamenter til øget aktivitet i det primære sundhedsvæsen fremfor faktorer, der begrænser aktiviteten i det sekundære sundhedsvæsen. Et aktivitetsloft vil i øvrigt kollidere med de nuværende behandlingsrettigheder og vil derfor kræve en ændring af disse.

I forhold til de kommunale sundhedstilbud bliver kvalitetsstandarder, der stiller krav til kvalitet og indhold i kommunernes tilbud, monitorering og sammenhæng for patienter også på tværs af sektorgrænser, i særdeleshed afgørende for omstillingen af opgaveløsningen, sammenhængen for patienterne og sundhedsvæsenets bæredygtighed.

Løs rekrutteringsudfordringer med attraktive uddannelsesforløb og arbejdsforhold og prioriter både forskning i det primære sundhedsvæsen og i specialiseret behandling

Uddannelsesdimensionering skal ske på baggrund af analyse af efterspørgslen

Fundamentet under en vellykket omstilling af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet og et bæredygtigt sundhedsvæsen på sigt er det bedst mulige vidensgrundlag for et lærende sundhedsvæsen. Tilpasning af lægernes uddannelse herunder dimensionering er et vigtigt greb i forhold til at sikre et bæredygtigt sundhedsvæsen, der modsvare behovene hos befolkningen. Derfor er det også vigtigt, at efterspørgslen på sundhedsydelser bliver klarlagt, så tilpasningerne kan ske på et velfunderet vidensgrundlag.

Lægeforeningen bemærker overordnet, at der er god overensstemmelse mellem kommissionens forslag til en stærkere styring af den lægelige videreuddannelse og Sundhedsstyrelsens nye reformforslag: "Fremtidens speciallæge – ændring af den lægelige videreuddannelse", 2024. Det gælder bl.a. forslaget om mere fokus på faglig bredde og styrkelse af speciallægenes generalistkompetencer, samt udviklingen af et værktøj til at estimere efterspørgslen efter bl.a. speciallæger. Lægeforeningen har i efterhånden flere år efterspurgt udarbejdelsen af en analyse af, hvilke og hvor mange speciallæger, der vil være behov for i fremtiden, som i denne sammenhæng også kan medvirke til at sikre en uddannelsesdimensionering, hvor der er overensstemmelse mellem antal uddannede læger fra universiteterne og antallet af speciallægeforløb. Kommissionens forslag er kun endnu en grund til at få sat fart i arbejdet med den planlagte reform af lægernes videreuddannelse, herunder efterspørgselsanalysen. Lægeforeningen deltager meget gerne i arbejdet.

Et godt uddannelsesmiljø og aktiv rekrutteringsstrategi kan løse rekrutteringsudfordringer

Forslaget om at gennemføre flere uddannelsesforløb uden for universitetshospitalerne forudsætter, at kvaliteten kan bevares, herunder sikring af den nødvendige tilstedeværelse af speciallæger. Det gælder for så vidt både på universitetshospitalerne, hvor uddannelseslægerne i dag leverer et godt og vigtigt stykke arbejde, og uden for universitetshospitalerne. Der skal være en balanceret udvikling. Dertil bemærkes, at nogle dele af lægernes hoveduddannelsesforløb skal ske på et universitetssygehus for at have den nødvendige specialiserede tyngde. Tvang og nedjusteringer i kvaliteten i lægernes videreuddannelse må aldrig blive vejen frem i forhold til at løse rekrutteringsudfordringer;



allerede i dag ser vi manglende søgning af hoveduddannelsesforløb til de områder, hvor kvaliteten af uddannelsesforløbene er udfordret. Et godt uddannelsesmiljø øger rekrutteringsmulighederne og forudsætter, at uddannelse prioriteres og integreres i den almindelige drift på lige fod med øvrige opgaver. Transparens, teamsamarbejde og høj psykologisk tryghed er centrale grundelementer.

En undersøgelse foretaget af Yngre Læger viser, at kun omkring hver femte yngre læge oplever at blive forsøgt rekrutteret til et lægedækningstruet område eller speciale. Af dem, som forsøges rekrutteret, er det hver tredje, der ender med at søge den stilling, som de forsøges rekrutteret til. Der er således et stort uforløst potentiale i en aktiv rekrutteringsindsats fra arbejdsgivernes side. Rekrutteringsudfordringer løses gennem gode, sammensatte uddannelsesforløb, og der findes gode erfaringer, som bør udbredes.

Lægeforeningen finder det positivt, at kommissionen foreslår øget klinik i almen praksis i lægernes grunduddannelse, men det kræver, at der findes finansiering til honorering af tutorlæger. Samtidig ser Lægeforeningen gerne, at uddannelsesforløb i højere grad omfatter forløb i speciallægepraksis.

Forskning bidrager til kvalificeret valg og fravalg af specialiserede behandlinger

Lægeforeningen noterer sig, at kommissionen under anbefaling 3 foreslår, at der indføres stærkere styring af den lægelige videreuddannelse, at der gennemføres tilpasninger af universitetsuddannelsen for læger, og at der skal være mere fokus på at ændre lægers incitament til at erhverve sig en ph.d.-grad.

Klinisk forskning er et vigtigt element i både udvikling af nye patientbehandlinger, men også i forhold til prioritering af eksisterende behandlinger. Lægeforeningen anerkender vigtigheden af andre faggruppers forskning, men mener ikke, at prioriteringen af disse bør ske på bekostning af lægelig forskning, da læger som behandlingsansvarlige i sagens natur er de mest oplagte for forskningsprojekter vedrørende udvikling af nye behandlingen, herunder behandlingskvalitet. Modsat andre faggrupper fører forskeruddannelse ikke læger ud af det patientnære arbejde. Næsten halvdelen af lægelige ph.d.-studerende har klinisk arbejde ved siden af deres forskningsuddannelse.

Kommissionen peger på, at relativt få læger er forskningsaktive efter at have gennemført en ph.d.-uddannelse. Hertil bemærker Lægeforeningen for det første, at de kompetencer, som læger tilegner sig gennem ph.d.-uddannelsen, bringes ind i det kliniske arbejde. For det andet kan det være vanskeligt at varetage en aktiv forskningsindsats samtidig med gennemførelsen af et hoveduddannelsesforløb, men der ses et stigende antal læger, der sideløbende med deres hoveduddannelsesforløb, fortsætter deres forskningsaktivitet.

Afslutningsvist skal det bemærkes, at mange lægelige ph.d.-forløb er privat-/fondsfinansieret, hvorfor en regulering heraf afhænger af en begrænsning af universiteternes mulighed for at indskrive læger i ph.d.-forløb.

Lægeforeningen anerkender behovet for øget forskning inden for det primære sundhedsvæsen og inden for sygdomme, der rammer mange mennesker, og som ikke i alle tilfælde kræver specialiseret behandling. Samtidig er der behov for, at data fra det primære sundhedsvæsen i højere grad indgår i den sundhedsfaglige forskning. Men øget forskning inden for det primære sundhedsvæsen skal ikke ske på bekostning af forskningen inden for det specialiserede sundhedsvæsen. Den frie grundforskning på f.eks. universiteter og sygehuse er desuden nødvendig for at sikre, at det er de rette behandlinger, der tilbydes – og fravælges. Alternativt overlades den specialiserede forskning alene til



kommercielle interesser, og det er ikke nødvendigvis godt for prioritering og eventuelle fravalg af behandlinger og er heller ikke godt for de lidelser, der forekommer sjældent og/eller ikke er kommercielle interesser i.

ANBEFALING 4: STYRKET INDSATS FOR MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER

Bevar stærkt fokus på prioritering af psykiatrien uanset organisering

For Lægeforeningen er det afgørende, at indsatsen til mennesker med psykiske lidelser løftes markant. Der er behov for mere kapacitet i primær- og sekundærsektoren, herunder behov for at opbygge en reel primærsektor for børn, unge og voksne med fokus på forebyggelse og både tilbud om lettere behandling og opfølgning efter behandling. Der er behov for øget sammenhæng og kvalitet i behandlingen og øget samarbejde og koordinering mellem sektorerne.

Lægeforeningen er enige i forslaget om at der skal tilknyttes alment praktiserende læger på botilbud. Fast tilknytning af alment praktiserende læger vil skabe bedre kontinuitet i behandlingen af botilbuddets beboere.

Lægeforeningen bakker op om nationale kvalitetsstandarder i socialpsykiatrien, men mener, at de både skal gælde for den sundhedsfaglige og den socialfaglige indsats. En markant styrket indsats på det samlede psykiatriområde skal gøre op med den store ulighed i sundhed, som mange års underprioritering af psykiatrien har medført.

Lægeforeningen noterer sig, at kommissionen med anbefaling 4 foreslår, at de sygehusansvarlige myndigheder gennemfører en organisatorisk integration af psykiatri og somatikken. Lægeforeningen ser fordele i en øget integration, og at et løft af indsatsen til mennesker med psykiske lidelser indebærer et langt tættere samarbejde med det somatiske sygehusområde, almen praksis og socialpsykiatri. Lægeforeningen ser særligt et potentiale for større robusthed i selve indsatsen ved at sammenlægge de akutte tilbud i psykiatrien med de fælles akutmodtagelser. En fysisk sammenlægning kan dog godt etableres med to særskilte indgange under hensyn til kvalitet og patientsikkerhed.

Lægeforeningen bemærker dog samtidig, at en eventuel budget- og ledelsesmæssig integration mellem psykiatri og somatik på sygehusområdet ikke må være på bekostning af den aktuelle prioritering af psykiatrien, herunder økonomisk prioritering. Uanset organisering skal 10-årsplanen for psykiatrien derfor fastholdes, og der skal fortsat prioriteres økonomi øremærket til psykiatrien.





ANBEFALING 5: TILPASNING AF RAMMERNE FOR DE PRAKTISERENDE SPECIALLÆGER

Styrk de nære sundhedstilbud gennem et landsdækkende netværk af praktiserende speciallæger

Praktiserende speciallæger kan og vil gerne spille en central rolle i omstillingen til mere nære sundhedstilbud

Praktiserende speciallæger udgør i dag et nært, specialiseret sundhedstilbud. Speciallægepraksis kan og vil gerne spille en betydelig rolle i omstillingen af opgaveløsningen i sundhedsvæsenet ved at udgøre et stærkt bindeled mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. Samtidig kan opgaveløsningen i speciallægepraksis i endnu stærkere grad koordineres med opgaveløsningen på sygehuse som led i effektiv brug af ressourcer. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at de praktiserende speciallæger bl.a. kan bidrage til øget geografisk lighed i adgang til specialiserede sundhedstilbud, samt en omkostningseffektiv brug af de samlede ressourcer.

Lægeforeningen er enig i kommissionens anbefaling 5 om, at der uanset valg af forvaltningsmodel er et stort uforløst potentiale ved stærkere koordinering og samtænkning af speciallægepraksis' rolle i et samlet sundhedsvæsen. Lægeforeningen ser gerne, at de nære sundhedstilbud bliver udbygget med et landsdækkende netværk af praktiserende speciallæger, som i dialog og samarbejde med almen praksis kan sikre specialiseret behandling til borgerne i deres lokalområde og derved bidrage til både at aflaste sygehusene, understøtte almen praksis og mindske den alt for store ulighed i sundhed.

Lange ventetider til praktiserende speciallæger belaster patienter og det øvrige sundhedsvæsen. Patienter på venteliste har oftere brug for at se egen læge end ellers. Samtidig findes flere eksempler på, at højt specialiserede sygehusafdelinger må påtage sig ansvaret for flere generalistopgaver, som bør varetages i praksis. I flere specialer løses samme ambulante opgaver både på sygehus og i praksis, hvor mange af opgaverne kan varetages fuldt ud i speciallægepraksis.

Øget opgavevaretagelse i nære sundhedstilbud indebærer ikke kun behov for øgning af kapaciteten i almen praksis, men også en betydelig øgning af kapaciteten i speciallægepraksis. Lægeforeningen skønner, at antallet af praktiserende speciallæger med fordel kan øges fra de nuværende 1.000 til 2.000 inden for en årrække med henblik på at mindske den geografiske ulighed i adgangen til specialiserede sundhedstilbud.

I takt med at antallet af praktiserende speciallæger øges vil det være relevant at se på, om der kan indføres en eller anden form for ventetidsgaranti i speciallægepraksis. Lægeforeningen kan derfor tilslutte sig kommissionens forslag om, at der igangsættes et arbejde i Sundhedsstyrelsen med deltagelse af parterne, relevante faglige selskaber og patientforeninger med fokus på at beskrive løsninger til, hvordan grundlaget for at prioritere patienter på tværs af den samlede speciallægekapacitet kan styrkes.



Placering af og opgaveløsningen i speciallægepraksis skal ses i sammenhæng med det øvrige specialiserede sundhedsvæsen

Lægeforeningen er enig i, at der skal være opmærksomhed på den geografiske spredning af speciallægepraksis, og mener derfor, at nye speciallægepraksis skal etableres der, hvor borgerne i dag har langt til specialiseret behandling. Investering i flere praktiserende speciallæger og større geografisk spredning, så behovene i befolkningen modsvares, kan medvirke til at nedbringe geografisk og social ulighed i sundhed. Det bemærkes i øvrigt, at der ikke er rekrutteringsudfordringer i speciallægepraksis.

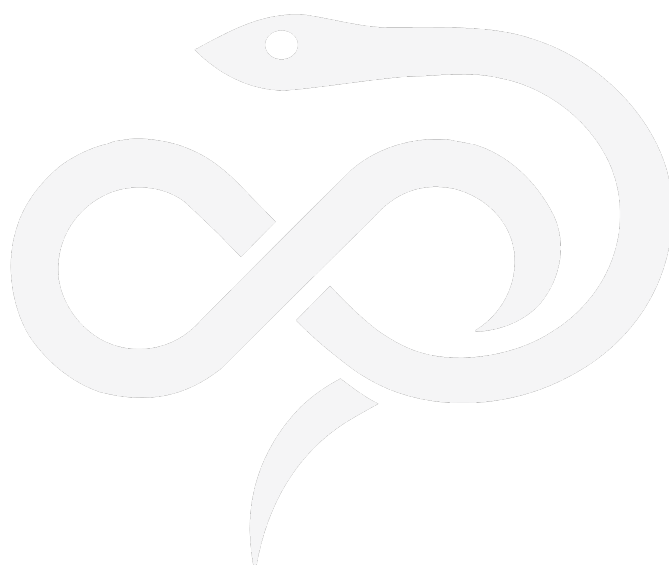
Lægeforeningen er enig i forslaget om, at praksisplanlægningen af det decentrale speciallægetilbud skal understøttes af en national ramme for anvendelse af praktiserende speciallæger. Det giver god mening, at det er Sundhedsstyrelsen, der overordnet vejleder om, hvilke behandlinger på alment niveau, der er egnede til at blive placeret hos praktiserende speciallæger og det forventede omfang af behandlingerne inden for en given sygdomsvægtet population. Det vil sikre et godt fagligt grundlag for at indtænke speciallægepraksis strategisk i den samlede sundhedsplanlægning.

Lægeforeningen peger på, at en ændret opgavefordeling mellem sygehuse og speciallægepraksis fremhæver behovet for, at speciallægepraksis indtænkes systematisk i speciallægeuddannelsen ud over de tre specialer, hvor dette allerede sker i dag (hhv. speciale i hudsygdomme, øjensygdomme og øre-, næse- halssygdomme). I speciallægepraksis er der et godt potentiale for hurtigt at lære de brede generalistkompetencer inden for de behandlinger på hovedfunktionsniveau, som varetages i speciallægepraksis.

ANBEFALING 6: IMPLEMENTERING AF REFORMER I SUNDHEDSVÆSENET

Nedsæt en følgegruppe under reformsekretariatet

Lægeforeningen opfordrer til, at kommissionens inddragende tilgang under kommissionsarbejdet videreføres i implementeringsarbejdet, og at der derfor nedsættes en følgegruppe under reformsekretariatet med deltagelse af relevante aktører herunder Lægeforeningen, der kan komme med input og bidrage til implementeringsplanen og det løbende implementeringsarbejde.





ØVRIGE ØNSKER TIL SUNDHEDSREFORMEN

Husk nu forebyggelse og prioritering

Lægeforeningen havde håbet på et stærkere fokus på folkesundhed og forebyggelse i kommissionens arbejde. Særligt kommunernes arbejde med folkesundhed, sundhedsfremme og forebyggelse er helt central for at nedbringe behovet for sundhedsvæsenets ydelser og for generelt at skabe en sund arbejdsstyrke. Samtidig er den brede forebyggelse afgørende for at nedbringe den sociale ulighed i sundhed.

Lægeforeningen vil kraftigt opfordre regeringen til, at den brede forebyggelsesindsats får et stærkt aftryk i et udspil til sundhedsreform, herunder at der tages håndfaste initiativer til at begrænse forbrug af tobak og alkohol og stilles stærkere krav til kommunernes implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker mv.

Et fortsat fokus på prioritering i hele sundhedsvæsenet er også helt afgørende for omstillingen af opgaveløsningen og et bæredygtigt sundhedsvæsen. Der er behov for stærkere politisk prioritering på et overordnet niveau. Det er derfor vigtigt, at debatten om, hvad sundhedsvæsenet skal tilbyde, og hvordan bl.a. læger får bedre redskaber til prioritere sammen med den enkelte patient, fortsætter. Hvis vi ikke tager fat om nældens rod og foretager bevidste og modige prioriteringer i sundhedsvæsenet, vil det ske ukoordineret og til skade for såvel patienter og sundhedsvæsen, og det vil gå ud over de mest sårbare borgere og patienter.

Derfor ser Lægeforeningen meget frem til at høre mere om regeringens planer for et prioriteringsråd og bidrager meget gerne i det fremadrettede arbejde med at beskrive f.eks. prioriteringskriterier og håndtere prioritering i sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen

Camilla Noelle Rathcke
Formand for Lægeforeningen





Manderådet

Udvalg for Familieret

6. august 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotholmsgade 10-12
1216 København K
Att. Martin Zohar
Sendt pr. mail: sum@sum.dk

Høring over Sundhedsstrukturkommissionens forslag

Indenrigs- og Sundh

edsministeren har den 11. juni 2024 sendt Sundhedsstrukturkommissions rapport for fremtidens sundhedsvæsen i høring.

Manderådets Udvalg for Familieret takker ministeren for muligheden for at afgive høringssvar.

Manderådets Udvalg for Familieret er positive overfor en reform og modernisering af sundhedssektoren samt Sundhedsstrukturkommissionens skitsering af de forskellige modellers fordele og ulemper.

Manderådets Udvalg for Familieret vurderer umiddelbart, at det formentlig er af mindre betydning for borgerne, hvilken model der vælges, så længe de forskellige hensyn afvejes løbende indenfor den valgte model. Det vil formentlig være af langt større betydning, hvordan modellen i praksis bliver implementeret, og hvordan de forskellige hensyn løbende balanceres over tid. Manderådets Udvalg for Familieret mener på den baggrund, at det er vanskeligt at komme med konkrete inputs på dette tidlige stadium.

Manderådets Udvalg for Familieret mener dog, at det er afgørende, at der fremover altid kan fastlægges både et klart og reelt politisk og juridisk ansvar for mere alvorlige fejl og forsømmelser i forbindelse med leveringen af sundhedsydelser til borgerne. Samtidig bemærker Manderådets Udvalg for Familieret generelt, at erfaringerne med statslig centralisering fra andre områder ikke er entydigt positive, hvorfor

Manderådets Udvalg for Familieret anbefaler, at der løbende drages erfaringer fra tidligere strukturreformer.

Manderådets Udvalg for Familieret finder det meget positivt, at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen. En skarp sondring i sundhedsvæsenet mellem psykiske og somatiske lidelser forekommer i en række tilfælde at være kontraproduktiv for den enkelte borger.

Manderådets Udvalg for Familieret kan dog undre sig over, hvorfor en fordomsfri opstilling af modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering ikke overvejer, hvorvidt den skarpe sondring mellem tandlægevirksomhed og lægevirksomhed samt en række andre beslægtede sundhedsbrancher fortsat er velbegrundet? Angiveligt er en af de bedste, nemmeste og sundeste ting den enkelte kan gøre for sit helbred og sin overordnede sundhed f.eks. at bruge tandtråd.

Manderådets Udvalg for Familieret opfordrer samtidig til, at det i forbindelse med den konkrete implementering af model sikres, at den alvorlige kønsmæssige ulighed i sundhed mellem mænd og kvinder i Danmark ikke øges yderligere.

Manderådets Udvalg for Familieret mener grundlæggende, at det er mænd og kvinders eget ansvar at beslutte hvordan deres liv skal leves, herunder hvor ofte de ønsker at gå til læge mv. Samtidig er det imidlertid Manderådets Udvalg for Familieret opfattelse, at der ikke skal opstilles strukturelle eller samfundsmæssige barrierer i adgangen til og tilgængeligheden af sundhedsydelser for mænd.

Når det kommer til f.eks. den gennemsnitlige forskel i levealder mellem mænd og kvinder, bør det således være det samfundsmæssige mål at eliminere den andel af mænds kortere levealder, der kan begrundes i andet end biologi i meget bred forstand.

Manderådets Udvalg for Familieret mener derfor, at det bør undersøges om mænd systematisk underbehandles i sundhedsvæsenet, og om denne underbehandling kan skyldes en systematisk overbehandling af kvinder.

Manderådets Udvalg for Familieret opfordrer i den forbindelse samtidig til, at det løbende i forbindelse med den kommende strukturreform overvejes, hvorfor sundhedsvæsenet på alle niveauer bliver mere og mere kvindedomineret, samt at det løbende tages op til overvejelse, hvorfor sundhedsvæsenet som

helhed har så vanskeligt ved at rekruttere mandlige ansøgere, herunder hvilke konsekvenser det har for borgerne. Tilsvarende bør det løbende overvejes, hvorfor brede og klassiske sundhedsfag som f.eks. medicin og odontologi tilsyneladende har så utrolig beskedne appeller til de mandlige studenter.

Med venlig hilsen

Thomas Bjerring Qvist

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk
mzo@sum.dk

Hørsholm, d. 6. august 2024

Høringsvar vedr. høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indledning

Medicoindustrien takker indledningsvis for modtagelse af høring af d. 11. juni 2024 vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport og de konkrete anbefalinger, der knytter sig til beslutningsgrundlaget for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Som brancheorganisation for producenter og leverandører af medicinsk udstyr, herunder alle typer af medicotekniske løsninger såsom sundhedsteknologi, hjælpemidler, behandlingsredskaber, velfærdsteknologi, sundhedsapps, health tech og digitalt medicinsk udstyr, vil Medicoindustrien i det følgende primært fokusere på de dele af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, der adresserer digitalisering, medicinsk udstyr, sundhedsteknologi og data.

Medicoindustrien vil ikke direkte forholde sig til de tre forvaltningsmodeller, som præsenteres i kapitel 15, men i stedet udfolde pointer, der relaterer sig til de generelle tværgående anbefalinger og dertilhørende forslag, der ifølge Sundhedsstrukturkommissionen kan implementeres uafhængigt af den fremtidige forvaltningsstruktur. Herunder vil fokus i særlig høj grad ligge på kapitel 10 omkring de anbefalinger, der knytter sig til organiseringen af digitalisering og data.

Medicoindustrien hilser overordnet set Sundhedsstrukturkommissionens markante fokus på digitale løsninger varmt velkomne. Innovativt medicinsk udstyr spænder over en lang række produktkategorier og med samlet mere end 500.000 medicotekniske løsninger på det europæiske marked¹, er langt størstedelen af de sundhedsteknologiske løsninger, der findes i Europa, herunder både digitale og ikke-digitale sundhedsteknologiske løsninger, defineret som medicinsk udstyr og derved reguleret i forordningen for medicinsk udstyr, MDR.

Forordningens hovedfokus er at sikre "et velfungerende indre marked for medicinsk udstyr med udgangspunkt i et højt sundhedsbeskyttelsesniveau for patienter og brugere", hvor der er sikret "høje standarder for medicinsk udstyrs kvalitet og sikkerhed."² Patientsikkerhed er med andre ord en grundsten i reguleringen af al medicinsk udstyr, der markedsføres i Europa, og medicoaktører i

¹ MedTech Europe, 2023: The European Medical Technology Industry in figures 2023, s. 5 (https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2023/10/the-european-medical-technology-industry-in-figures_2023-1.pdf)

² Official Journal of the European Union, 2024: EUROPA-PARLAMENTETS OG RÅDETS FORORDNING (EU) 2017/745 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN-DA/TXT/?from=EN&uri=CELEX%3A32017R0745>)

Europa investerer årligt milliarder af kroner i at udvikle, teste og producere udstyr, der lever op til disse standarder. Kun udstyr, der lever op til kravene i MDR, kan certificeres og derved markedsføres i EU, herunder også i Danmark.

Medicoindustrien støtter klart op om Sundhedsstrukturkommissionens pointe om, at "en digital transformation er [...] en naturlig og central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet."³ Som det beskrives af Sundhedsstrukturkommissionen i hovedrapporten, "står det danske sundhedsvæsen nu og i de kommende år [...] overfor markante udfordringer. Først og fremmest vil et stigende antal ældre betyde, at flere får alders og livsstilsbetingede sygdomme, og flere borgere lever med en eller flere kroniske sygdomme. Det skyldes bl.a. den positive udvikling, hvor mange borgere lever længere, bl.a. som følge af sundhedsvæsenets samlede indsats. Samtidig ses en udvikling, hvor flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiske lidelser. Derudover vil manglen på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere tiltage i de kommende år. Det gælder særligt social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter".⁴

Udviklingen betegnes ofte som det demografiske dobbeltpres. I en situation, hvor sundhedsvæsenets kapacitet skal øges, samtidig med at der vil mangle personale på tværs af en lang række faggrupper, er det nødvendigt at investere yderligere i sundhedsteknologiske løsninger, herunder både digitale og ikke-digitale løsninger. Medicoindustrien er således enig i, at en "bedre brug af digitale løsninger og data [kan] være med til at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed."⁵

Samtidig står sundhedsvæsenet i en situation, hvor man igennem en årrække har investeret i det specialiserede sundhedsvæsen, uden at man i tilstrækkelig grad har opprioriteret de muligheder, de ligger i en bedre udbredelse af specialiserede hjemmebehandlingsværktøjer. Medicoindustrien er således enig i Sundhedsstrukturkommissionens beskrivelse af, at "[d]en teknologiske udvikling muliggør den nødvendige omstilling af sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på sundhedsvæsenets fysiske matrikler til i højere grad at levere ydelser fra det samlede sundhedsvæsen, som helt eller delvist møder borgeren, hvor vedkommende er, med samme høje kvalitet uafhængig af geografi."⁶

De medicotekniske innovationer er således helt afgørende for, at behandlingen kan flyttes hjem til borgerne. Dette vil, som Sundhedsstrukturkommissionen også påpeger, bidrage til at "frigøre arbejdskraft og løbende udvikle sundhedsvæsenet".⁷ Dette gælder uanset, om behandlingen foregår hjemme hos borgeren, på sygehusene eller i primærsektoren. De sundhedsteknologiske løsninger fra den globale medicobranche besidder, som det nævnes i hovedrapporten fra kommissionen, således potentialet til "grundlæggende [at] ændre den måde, sundhedsydelser leveres på"⁸.

På et grundlæggende niveau hilser Medicoindustrien derved Sundhedsstrukturkommissionens store teknologifokus varmt velkomment. Forskellige afarter af ordet teknologi er nævnt 121 gange i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, mens digitalisering er fremhævet 184 gange. På den måde bygger Sundhedsstrukturkommissionen videre på flere centrale teknologielementer fra

³ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 211

⁴ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 15

⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 211

⁶ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 211

⁷ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 211

⁸ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 211

Robusthedskommissionens rapport fra 2023, der netop også understreger potentialet i sundhedsteknologi, mest tydeligt med det fælles princip om "digitalt og teknologisk først"⁹, som siden er blevet stadfæstet af Regeringen, KL og Danske Regioner med aftalen om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem fra december 2023¹⁰ - og som der også bygges videre på i Sundhedsstrukturkommissionens rapport.¹¹

I det følgende gennemgås de centrale opmærksomhedspunkter omkring digitalisering og ny teknologi, som de fremføres af Sundhedsstrukturkommissionen. Først følger dog en kort opsummering af Medicoindustriens centrale pointer.

⁹ Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet, 2023: Robusthedskommissionens anbefalinger, s. 126
https://medicoindustrien.dk/sites/default/files/robusthedskommissionens_anbefalinger_samlet_rapport.pdf

¹⁰ Regeringen, KL og Danske Regioner, 2023: Aftale om 500 mio. kr. til mere behandling i eget hjem
<https://www.ism.dk/Media/638386107668155986/Aftale%20om%20500%20mio.%20kr.%20til%20mere%20behandling%20i%20eget%20hjem.pdf>

¹¹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 186

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning af Medicoindustriens centrale pointer til det kommende arbejde med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger	5
Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering	5
Organisering af digitalisering, data og sundhedsteknologi	5
Problematisk fokus på 'egen-udvikling' af 'digitale løsninger'	6
Vigtigt fokus på hjælpemidler og behandlingsredskaber i relation til sektorovergange	6
Digital understøttelse af psykiatrien	7
Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering	8
Organisering af digitalisering, data og sundhedsteknologi	10
Ang. forslag 1: Én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data som dækker hele sundhedsvæsenet	10
Ang. forslag 2: En national planlægningskompetence for digitalisering og data	12
Ang. forslag 3: En fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data	13
Dårligere brugerinddragelse og alvorlig risiko for standardisering af produkter, der ikke efterkommer borgere og patienters teknologibehov	14
Risiko for monopoldannelse, langsommere optag af innovative sundhedsteknologiske løsninger samt forsyningssikkerhedsudfordringer	15
Usikkert, om centralisering giver stordriftsfordele	16
Ang. forslag 4: Mere målrettet finansiering af arbejdet med digitalisering og data	17
Problematisk fokus på 'egen-udvikling' af 'digitale løsninger'	21
Vigtigt fokus på hjælpemidler og behandlingsredskaber i relation til sektorovergange	24
Bevar og udbyg de patientrettigheder, der ligger i den nuværende lovgivning	26
Digital understøttelse af psykiatrien	29
Afsluttende bemærkninger	31

Sammenfatning af Medicoindustriens centrale pointer til det kommende arbejde med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering

Medicoindustrien påpeger, at Sundhedsstrukturkommissionens definition af digitalisering er udifferentieret, mangelfuld og upræcis, da den sammenblander begreber om digital infrastruktur og medicinsk udstyr. Innovative sundhedsteknologiske løsninger såsom hjemmemonitorering, apps og kunstig intelligens defineres regulatorisk set som medicinsk udstyr, hvilket desværre ikke konsekvent er tilfældet i Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Den upræcise definition af medicinsk udstyr og digitalisering er særligt problematisk, da der gælder væsensforskellige vilkår for implementering af hhv. datainfrastruktur og medicinsk udstyr. Har man ikke blik herfor, vil man uforvarende kunne hindre borgere og patienters adgang til innovative sundhedsteknologiske løsninger, såfremt man implementerer en organisering for medicinsk udstyr, hvortil anbefalingerne i realiteten knytter sig til datainfrastruktur – eller omvendt. Det anbefales derfor, at man i den videre politiske proces er yderst opmærksom på forskellen mellem datainfrastruktur og medicinsk udstyr for at sikre en korrekt implementering og undgå at skade patientadgang til innovative sundhedsteknologiske løsninger, som netop er essentielle for at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Læs mere herom på s. 8-9.

Organisering af digitalisering, data og sundhedsteknologi

Medicoindustrien kan ikke genkende Sundhedsstrukturkommissionens billede af, at det er en barriere for udbredelsen af digitale løsninger, herunder innovativt medicinsk udstyr, at beslutninger om teknologisatsninger foregår decentralt, og at beslutningskompetencen er fordelt hos mange aktører på forskellige niveauer.

Medicoindustrien advarer derimod på det kraftigste mod en centraliseret tilgang til indkøb af sundhedsteknologi og andre typer af innovativt medicinsk udstyr. Centraliserede tilgange til teknologiudbredelse resulterer erfaringsmæssigt ofte i et større fokus på pris frem for klinisk effekt, hvilket stiller sundhedsvæsen, klinikere, borgere og patienter ringere, fordi slutproduktet vil være af ringere kvalitet, end hvis de kliniske eksperter havde været tæt på indkøbene.

Medicoindustrien kommenterer i selve afsnittet indgående på de fire forslag, der knytter sig til organiseringen af digitalisering, data og sundhedsteknologi.

Læs mere herom på s. 10-20.

Problematiske fokus på 'egen-udvikling' af 'digitale løsninger'

Medicoindustrien bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens store fokus på sundhedsteknologi, ligesom Medicoindustrien er enig i, at digitalisering og brug af data rummer et stort potentiale i forhold til at realisere et mere sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed til gavn for borgere og medarbejdere.

I Sundhedsstrukturkommissionens rapport er der imidlertid et relativt omfattende fokus på sundhedsvæsenet evne til at udvikle de sundhedsteknologiske løsninger selv. I relation hertil er det centralt for Medicoindustrien at understrege, at det bør være et pejlemærke for sundhedsvæsenet, at man aktivt søger at implementere løsninger, der allerede findes på markedet for medicinsk udstyr fremfor at udvikle disse selv. Den globale medicobranche udvikler verden over løsninger, der kan forbedre behandling og bidrage til omstillingen af sundhedsvæsenet mod et mere nært og sammenhængende system. Ved at orientere sig mod markedet for medicinsk udstyr fremfor at udvikle løsninger selv, kan man sikre sig, at patienter får hurtigere adgang til bedre og mere effektive behandlinger. Dertil kommer, at selve arbejdet med at udvikle, teste, dokumentere og certificere medicinsk udstyr i henhold til forordningen for medicinsk udstyr samt forordningen for in-vitro diagnostisk medicinsk udstyr – og derved leve op til de høje patientsikkerhedskrav – kræver kompetencer, som sundhedsvæsenet ikke selvstændigt besidder, men som i stedet ligger hos medicobranchen.

For at fremtidssikre sundhedssystemet bør sundhedsvæsenet derfor lægge kræfter i, at industrien i højere grad end i dag og på et mere systematisk niveau inviteres til at samarbejde med de kliniske miljøer for sammen at drive innovationen, ligesom det offentlige bør afsøge markedet for CE-mærkede løsninger, inden man bruger ressourcer på selvstændigt at egen-udvikle patientsikker sundhedsteknologi, der allerede forefindes.

Læs mere herom på s. 21-23.

Vigtigt fokus på hjælpemidler og behandlingsredskaber i relation til sektorovergange

Medicoindustrien bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens markante fokus på problematikkerne ved sektorovergange, herunder kommissionens omfavnelser af de teknologiske potentialer inden for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Derfor er det også Medicoindustriens anbefaling, at man indfører fælles økonomi og myndighedsansvar for relevante offentlige myndigheder på hjælpemiddelområdet med henblik på at skabe en smidig og ukompliceret tildeling af hjælpemidler uagtet den fremtidige forvaltningsmodel i sundhedsvæsenet.

Ligeledes støtter Medicoindustrien fuldt op om Sundhedsstrukturkommissionens klare fokus på værdien af patientrettigheder for udviklingen af sundhedsvæsenet, herunder at man politisk bør anskue patientrettigheder som en katalysator for at sikre innovation, udvikling og fremtidssikring af sundhedsvæsenet. Dette gælder både ift. at understøtte, at borgere har adgang til et bredt sortiment af medicinsk udstyr, herunder at man udbygger potentialerne i en stærk fritvalgsordning på både produktside og leverandørniveau, lige såvel som at der i en kommende sundhedsstruktur ikke alene bør værnes om de eksisterende patientrettigheder ift. tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber, men aktivt foretages investeringer i og skabes incitament for, at borgere

og patienter får den teknologiunderstøttelse, som, med fagligt belæg, passer den enkelte person bedst.

Læs mere herom på s. 24-28.

Digital understøttelse af psykiatrien

Medicoindustrien hilser Sundhedsstrukturkommissionens psykiatrifokus velkomment i en tid, hvor kapacitetsudfordringerne er særligt udbredte i psykiatrien, og hvor også psykiatrien har været en underprioriteret del af det danske sundhedsvæsen. Samtidig bakker Medicoindustrien varmt op om Sundhedsstrukturkommissionens intentioner om en styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien.

Imidlertid er det ikke Medicoindustriens erfaring, at det skulle være ønskværdigt for udbredelsen af de mest innovative medicotekniske løsninger, at der sker en national koordinering heraf. I stedet bør innovative medicotekniske løsninger indkøbes gennem et differentieret indkøbssystem, så man sikrer, at de bedste og mest innovative løsninger prioriteres af hensyn til såvel borgere og patienter som klinikere. I forlængelse af Sundhedsstrukturkommissionens digitaliseringsfokus inden for psykiatrien vil Medicoindustrien samtidig gøre opmærksom på potentialerne i sundhedsteknologiske løsninger såsom Transkraniel Magnetisk Stimulation (TMS), der sammen med et større digitalt fokus kan være med til at fremtidssikre psykiatrien for nogle af sundhedsvæsenets mest sårbare patienter.

Læs mere herom på s. 29-30.

Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering

Først og fremmest er det centralt for Medicoindustrien at påpege, at den definition, der gennemgående knytter sig til digitaliseringsbegrebet i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, er yderst mangelfuld.

Gennemgående beskrives "den digitale transformation" som digitalisering, data og digitale løsninger¹², hvilket umiddelbart henleder tankerne på datainfrastruktur. Men samtidig beskrives digitale sundhedstilbud også som noget, der sikrer, at borgere kan "blive diagnosticeret, behandlet og genoptrænet i eller tæt på eget hjem, bl.a. ved hjælp af hjemmemonitorering, data fra deres egne enheder og apps, sensorteknologi, kunstig intelligens og datadeling på tværs af sektorer".¹³ I sidstnævnte beskrivelse vil man for langt de fleste eksempler, herunder særligt for "egne enheder", "hjemmemonitoreringsværktøjer" "sensorteknologi", "apps" og "kunstig intelligens" normalt ikke bruge ordet "digitalisering", da der med et fagbegreb er tale om forskellige typer af medicinsk udstyr. "Datadeling" knytter sig i stedet til datainfrastruktur, som ikke direkte er at sidestille med udstyr, men i stedet en forudsætning for, at noget medicinsk udstyr kan anvendes optimalt for såvel sundhedsvæsenet som borgere og patienter.

Forordningen om medicinsk udstyr definerer i artikel 2, nr. 1 medicinsk udstyr på følgende måde:

"Ethvert instrument, apparat, udstyr, software, implantat, reagens, materiale eller anden genstand, som ifølge fabrikanten er bestemt til anvendelse, alene eller i kombination, på mennesker med henblik på et eller flere af følgende særlige medicinske formål:

– diagnosticering, forebyggelse, monitorering, forudsigelse, prognose, behandling eller lindring af sygdomme

– diagnosticering, monitorering, behandling, afhjælpning af eller kompensation for skader eller handicap

– afprøvning, udskiftning eller ændring af anatomien eller en fysiologisk eller patologisk proces eller tilstand

– tilvejebringelse af oplysninger ved hjælp af in vitro-undersøgelse af prøvemateriale fra det menneskelige legeme, herunder organ-, blod- og vævsdonationer,

hvis forventede hovedvirkning i eller på det menneskelige legeme ikke fremkaldes ad farmakologisk, immunologisk eller metabolisk vej, men hvis virkning kan understøttes ad denne vej.

Følgende produkter anses også for medicinsk udstyr:

- Produkter, der specifikt er beregnet til rengøring, desinfektion eller sterilisering af udstyr"¹⁴

¹² Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 212

¹³ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 212

¹⁴ Retsinformation, 2024: Bekendtgørelse om medicinsk udstyr og produkter uden medicinsk formål (<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/957>)

Det er derfor dybt mangelfuldt, at man gennemgående i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport bruger forkerte og upræcise begreber om digitalisering og sundhedsteknologi, da det skaber usikkerhed omkring, hvad der reelt set er indeholdt i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger på dette område.

Da Medicoindustrien bemærker sig, at der som eksempel på "den digitale transformation" gives en lang række eksempler på forskellige typer af medicinsk udstyr, herunder "egne enheder", "hjemmemonitoreringsværktøjer" "sensorteknologi", "apps" og "kunstig intelligens", vil Medicoindustrien i det følgende antage, at "digitalisering" i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger i bred forstand rummer medicinsk udstyr.

Medicoindustrien opfordrer dog på det kraftigste til, at det i det fremtidige politiske arbejde med en mulig, fremtidig sundhedsreform bør være en klar prioritet, at man med langt større nøjagtighed beskriver, hvad der menes, når man taler om eksempelvis digitalisering, da der gælder væsensforskellige vilkår for implementering af det, man normalvis vil betegne som digitalisering, herunder it-infrastruktur, og det, man normalvis vil betegne som medicinsk udstyr ud fra den gældende EU-regulering, herunder forskellige typer af sundhedsteknologiske løsninger såsom hjemmemonitoreringsløsninger, sundhedsapps, sensorer, specialiserede hjemmebehandlingsværktøjer ect.

Har man ikke forståelse for de væsensforskellige vilkår, der gælder for implementering af hhv. datainfrastruktur og medicinsk udstyr, vil man uforvarende kunne forhindre borgere og patienters adgang til innovative sundhedsteknologiske løsninger, der – som det også beskrives flere steder i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport – er en "central forudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet."¹⁵

¹⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 28, 211 og 374

Organisering af digitalisering, data og sundhedsteknologi

Sundhedsstrukturkommissionen lægger vægt på, at "den eksisterende organisering af arbejdet med digitalisering og data ikke er tilstrækkelig til at realisere den nødvendige digitale transformation af sundhedsvæsenet og udnytte potentialet ved digitalisering og data til at fremtidssikre sundhedsvæsenet."¹⁶ Eksempelvis påpeges det af Sundhedsstrukturkommissionen, at ansvaret for den digitale udvikling er fordelt på mange aktører, at der eksisterer et stort antal beslutningsfora på forskellige niveauer, og at der ikke er en tilstrækkelig og forpligtende national retning for arbejdet.

Antages det, med udgangspunkt i det foregående punkt, at der med digitalisering også menes forskellige typer af medicinsk udstyr, kan Medicoindustrien helt overordnet ikke genkende, at det er en barriere for udbredelsen af innovativt medicinsk udstyr, at beslutninger om teknologisationsninger foregår decentralt, herunder at beslutningskompetencen er fordelt på mange aktører, der agerer på forskellige niveauer.

Det er Medicoindustriens erfaring, at det ofte er netop den tætte klinikerkontakt, der sikrer udbredelsen af innovative medicotekniske løsninger, mens mere centralistiske tilgange til teknologiudbredelse ofte resulterer i et større fokus på pris frem for klinisk effekt – og derved stiller såvel sundhedsvæsen, klinikere, borgere og patienter ringere, fordi slutproduktet vil være af ringere kvalitet, end hvis de kliniske eksperter havde været tæt på indkøbene.

Medicoindustrien anerkender dog på et grundlæggende niveau, at udbredelsen og optaget af innovativt medicinsk udstyr og andre sundhedsteknologiske løsninger, herunder også digitale værktøjer, går for langsomt, men det er Medicoindustriens erfaring, at den langsomme udbredelse af innovative sundhedsløsninger ofte bunder i begrænsede budgetter og besparelsesmålsætninger på indkøbsområdet, både i regioner og kommuner.

Konkret peger Sundhedsstrukturkommissionen på fire forslag, der skal sætte strøm til den digitale transformation af sundhedsvæsenet i form af *Forslag 1: Én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data som dækker hele sundhedsvæsenet*; *Forslag 2: En national planlægningskompetence for digitalisering og data*; *Forslag 3: En fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data* og *Forslag 4: Mere målrettet finansiering af arbejdet med digitalisering og data*. I det følgende gennemgås hver af de fire forslag.

- **Ang. forslag 1: Én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data som dækker hele sundhedsvæsenet**

Medicoindustrien bakker fuldt op om Sundhedsstrukturkommissionens klare fokus på, at innovativ sundhedsteknologi, dvs. forskellige typer af medicinsk udstyr, er helt afgørende for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Konkret nævner Sundhedsstrukturkommissionen, at "[s]undhedsvæsenets evne til at udnytte ny teknologi, digitale løsninger og brug af data er en central del af at fremtidssikre sundhedsvæsenet. Innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis

¹⁶ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 214

sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og stadig mere komplekse behov.”¹⁷

I relation hertil foreslås det af Sundhedsstrukturkommissionen, at der skal skabes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Det er ambitionen, at strategien og de fælles mål skal sætte rammerne for den lokale prioritering og understøtte lokal forankring af den fælles retning.

Et af delelementerne i relation til strategien er at sikre et let og overskueligt digitalt overblik omkring at kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt. Det nævnes, at “[e]t skridt på vejen hertil er klare principper for, hvilke digitale kanaler borgeren skal anvende for at få adgang til sundhedsvæsenet i en given sammenhæng, så borgeren oplever et sammenhængende digitalt sundhedsvæsen, der er nemt at finde rundt i. Principperne for de digitale kanaler skal derudover bidrage til at sikre, at gode, brugervenlige løsninger udbredes, og at sundhedsvæsenet samler sig om færre borgerrettede apps og digitale tilbud, som hver især har deres klart definerede formål og tager hensyn til borgernes digitale kompetencer.”¹⁸

Medicoindustrien stiller sig skeptisk ift. ambitionerne om én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, der skal dække hele sundhedsvæsenet. På området for medicinsk udstyr er det vigtigt at værne om et bredt produktsortiment og derved en lang række forskellige teknologitilbud, da de sundhedsteknologiske behov kan være stærkt divergerende både inden for den enkelte kronikergruppe og på tværs af kronikergrupper.

Etableres der fælles principper for, hvilke sundhedsteknologiske løsninger, der kan benyttes, herunder eksempelvis også sundhedsapps, skabes der hurtigt en teknisk barriere for, at nye løsninger kan udbredes. I relation hertil bemærkes det, at sundhedsapps som udgangspunkt skal certificeres i henhold til MDR, ligesom det er tilfældet for alt andet medicinsk udstyr i EU. Med en MDR-certificering er der derved allerede foretaget en vurdering af, hvorvidt det digitale udstyr i tilstrækkelig grad lever op til de generelle krav til patientsikkerhed.

Fælles nationale principper kan således stille danske patienter dårligere ift. adgangen til de teknologiske muligheder end patienter i andre lande og derved direkte modarbejde målsætningen om, at “[d]igitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne”, ligesom det vil hæmme “teknologiens potentiale til at frigøre arbejdskraft”, som ellers er to af de fem mål for Sundhedsstrukturkommissionens oplæg til en strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet¹⁹

I relation hertil er det vigtigt for Medicoindustrien at påpege, at Medicoindustrien ikke mener, at det i sig selv bør være et mål, at der benyttes de samme sundhedsapps på tværs af sundhedsvæsenet, da det kan forhindre innovation, skævvride konkurrencen, øge risikoen for monopollignende tilstande og tilsidesætte kliniske behov. Centralt er det i stedet, at relevante løsninger kan tale sammen, hvilket i stedet handler om datainfrastruktur.

¹⁷ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 220

¹⁸ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 219

¹⁹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 218

- **Ang. forslag 2: En national planlægningskompetence for digitalisering og data**

Det foreslås af Sundhedsstrukturkommissionen, at der etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Ifølge Sundhedsstrukturkommissionen vil en national planlægningskompetence være en bemyndigelse, "der indebærer, at det bindende kan fastsættes, hvad der løses henholdsvis nationalt og lokalt."²⁰ Det nævnes, at "[d]en formelle kompetence vil ligge hos staten i form af en lovhjemmel til at træffe beslutning om, i hvilke sammenhæng der skal udvikles og anvendes fælles løsninger og infrastruktur til hele sundhedsvæsenet, og i hvilke sammenhænge der er plads til forskellige lokale løsninger"²¹

Det forekommer uklart, hvad der konkret menes med en national planlægningskompetence ift., hvilke dele af digitaliserings- og datadelen der er inkluderet i forslaget herom, hvilket gør det svært konkret at kommentere på forslaget.

Brugen af sundhedsdata i Danmark til løbende evaluering af bedst mulig behandlingspraksis nævnes også af Sundhedsstrukturkommissionen. Medicoindustrien bakker op om, at sundhedsdata i mere traditionel forstand bør indtænkes i sundhedsstrukturen og bruges aktivt til indkøb af medicinsk udstyr, der ikke kun kortsigtet er billigst i indkøb, men som også sikrer det bedste patientoutcome på lang sigt. Dette er ikke kun bedst for patienten i forhold til kliniske outcomes, men også for driften af et efficient sundhedsvæsen, hvor der ikke blot tages højde for siloopdelte budgetter til hhv. indkøb og behandling, men hvor beslutninger om behandling træffes på baggrund af hele patientforløb. Dette kan strukturelt gøres ved at benytte data til at udregne Total Cost of Ownership på forskellige behandlinger og træffe langsigtede beslutninger for den mest omkostningseffektive behandling.

Det nævnes dog af Sundhedsstrukturkommissionen, at det er et mål, at den nationale planlægningskompetence skal "bidrage til en konsolideret fælles IT-arkitektur, som i dag er opbygget og knopskudt ud fra de forskellige organisationers løsninger"²², herunder at "[e]n konsolideret og fælles arkitektur kan rammesætte digitaliserings- og dataindsatsen i sundhedsvæsenet og understøtte sammenhængende løsninger og udvikling."²³

Såfremt den nationale planlægningskompetence primært skal varetage en styrende rolle ift. at opbygge en fælles it-arkitektur, er det Medicoindustriens opfattelse, at fælles datainfrastruktur og arkitektur vil være positivt i forhold til at medicovirksomheders mulighed for at udvikle nye teknologier, der er kompatible med den danske infrastruktur og arkitektur. Herunder bør man samtidig ensarte og harmonisere supportfunktioner i henhold til IT-infrastruktur på tværs af institutioner, både i den primære og sekundære sektor, for at opnå et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. Her menes bl.a. harmonisering af IT såsom elektroniske patientjournaler, cybersikkerhed og drift; juridiske data såsom kontrakter vedrørende kliniske forsøg og databehandlaftaler; samt bæredygtighed såsom at sikre veldefinerede og harmoniserede krav til leverandører, der går på tværs af hele landet og på tværs af offentlige instanser.

²⁰ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 221

²¹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 221

²² Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 221

²³ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 221

Er det intentionen, at en national planlægningskompetence skal spille en centraliseret rolle på markedet for medicinsk udstyr i relation til eventuelle prioriteringer på dette område, vil Medicoindustrien imidlertid klart fraråde dette med henvisning til argumentationen i ovenstående og følgende afsnit.

- **Ang. forslag 3: En fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data**

En af de helt centrale elementer i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger ift. digitalisering og data er forslaget om at etablere en fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data under navnet Digital Sundhed Danmark.

Det beskrives af kommissionen, at organisationen skal have "ansvar for at varetage udvikling og drift af fælles digitale løsninger rettet både mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet."²⁴

Sundhedsstrukturkommissionen påpeger endvidere, at organisationen samtidig skal "understøtte innovation i sundhedsvæsenet og samle drift af større IT-fagsystemer på tværs af sektorer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer), og digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen."²⁵

Medicoindustrien kan støtte op om, at man ift. den overordnede datainfrastruktur samler visse elementer nationalt, eksempelvis når det kommer til driften af større IT-fagsystemer, bl.a. elektroniske patientjournal- og omsorgsjournalsystemer, hvor en fælles national koordinering kan være gavnlig i relation til, at it-infrastrukturen er sammenhængende.

Sundhedsstrukturkommissionen nævner dog samtidig, at der som grundlag for arbejdet i Digital Sundhed Danmark skal fastlægges en fælles, national teknologistrategi, "der bl.a. skal omfatte de vigtigste teknologivalg for sundhedsvæsenet"²⁶.

Det beskrives, at strategien skal ses i sammenhæng med, at der i fremtiden skal tages "en række afgørende beslutninger i forbindelse med valg af teknologier og leverandører for at kunne eksekvere en digital transformation og understøtte den nødvendige omstilling til det primære sundhedsvæsen. Beslutningerne gælder både, i hvilket omfang sundhedsvæsenet skal gøre brug af eksisterende teknologier som cloud-teknologi, og hvilke helt nye teknologier sundhedsvæsenet skal satse på, fx med den hastige udvikling indenfor brugen af kunstig intelligens."²⁷

Medicoindustrien vil i første omgang henvise til afsnittet *Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering* i dette høringssvar, da Sundhedsstrukturkommissionens gennemgående sammenblanding af datainfrastruktur på den ene side og markedet for medicinsk udstyr på den anden side er dybt problematisk og vidner om en udifferentieret forståelse for, hvad teknologi er i en sundhedskontekst. Medicoindustrien vil gentage budskabet om, at der gælder væsensforskellige vilkår for at implementere én fælles datainfrastruktur, der kan understøtte en datamæssig sammenhæng i sundhedsvæsenet, og at sikre en afbalanceret udrulning af medicotekniske løsninger i sundhedsvæsenet. Disse to områder bør ikke sammenblandes.

²⁴ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 222

²⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 222

²⁶ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 222

²⁷ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 229

Som tidligere nævnt dækker markedet for medicinsk udstyr mere end 500.000 typer af medicotekniske produkter. Et kirurgisk indgreb kan alene involvere mere end 200 forskellige typer af medicinsk udstyr i kirurgiske procedurepakker. De sundhedsteknologiske løsninger, der skal fremtidssikre sundhedsvæsenet gennem at understøtte eksempelvis kronikere og udlægge behandlingen til borgere og patienters eget hjem, er udviklet med helt specifikke krav og ønsker fra brugergrupperne for øje. En national strategi for det medicotekniske område er derfor urealistisk og vil risikere at kunne ødelægge den klinikerkontakt, der er afgørende for, at patienter får den rette behandling, medmindre der skabes en stærk involvering af klinikere og medicobranchen i udformningen heraf.

Medicoindustrien vil derfor på det allerkræftigste advare mod, at teknologiunderstøttelsen af sundhedsvæsenet forankres i en national organisation, herunder at beslutninger om teknologiprioriteringer alene foretages på nationalt niveau, da det vil kunne bremse udbredelsen af innovative sundhedsløsninger og tilsidesætte brugerbehovene.

Sundhedsstrukturkommissionen beskriver endvidere, at Digital Sundhed Danmark kan "understøtte fællesoffentlige indkøb af innovative løsninger i de situationer, hvor der findes egnede løsninger på enten det danske eller internationale marked."²⁸ Ligeledes beskrives det, at det kan "overvejes at give Digital Sundhed Danmark til opgave at varetage fælles indkøb, fx af basis-IT og mere generiske, understøttende systemer såsom løn- og regnskabssystemer, på vegne af sundhedsvæsenets aktører [...] I den forbindelse bør der ses på erfaringer med lignende indkøbsfællesskaber, fx Staten og Kommunernes Indkøbsservice (SKI), før der tages endelig stilling til, om opgaven bør placeres i Digital Sundhed Danmark. I forlængelse heraf bør flytning af opgaven også vejes op mod de mulige ulemper, der kan følge af stordrift af opgaver."²⁹

Medicoindustrien har som udgangspunkt ikke nogen holdning til, hvorvidt it-systemer såsom løn- og regnskabssystemer kan indkøbes nationalt. Det fremstår dog uklart, i hvilken grad Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at nationale indkøb skal strække sig længere end basis-it.

I relation hertil vil Medicoindustrien på det kræftigste advare mod, at man centraliserer indkøbskompetencen på området for sundhedsteknologi, dvs. medicinsk udstyr, der dækker alt fra sundhedsapps, hjemmemonitoreringsværktøjer og sensorer til løsninger, der gør brug af kunstig intelligens, scannere, pacemakere og hofteproteser, blot for at nævne en lille del af en stor og divers branche.

Årsagen til denne kraftige advarsel mod centraliserede indkøb er flerstrengt:

- **Dårligere brugerinddragelse og alvorlig risiko for standardisering af produkter, der ikke efterkommer borgere og patienters teknologibehov**
Jo længere væk man kommer fra de kliniske behov i indkøbsprocessen af medicinsk udstyr og anden sundhedsteknologi, jo større er risikoen for, at det udstyr, der indkøbes, ikke forbedrer arbejdsgange, bidrager til den nødvendige effektivisering af sundhedsvæsenet eller kan efterkomme borgere og patienters teknologibehov, simpelthen fordi den faglige, kliniske vurdering ikke får tilstrækkelig vægtning i indkøbsprocessen.

²⁸ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 224

²⁹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 225

I Norge har man en central indkøbsfunktion, hvilket markant har svækket norske patienters adgang til innovative sundhedsløsninger. Forskning på området viser, at patienter og borgere i mindre grad har adgang til brugerrettede teknologiske løsninger som følge af en centraliseret indkøbsfunktion.³⁰ Det bør i øvrigt bemærkes, at den norske Riksrevisjonen (Rigsrevisionen) har kritiseret den høje alder på medicoteknisk udstyr i det norske sundhedsvæsen, hvor mere end en tredjedel af alt udstyr er mere end ti år gammelt, hvor 30 pct. af det medicinske udstyr, der bruges i patientbehandlingen, har passeret sin økonomiske levetid, og hvor 20 pct. af investeringsmidlerne bruges til at erstatte udstyr, der bryder sammen.³¹

- **Risiko for monopoldannelse, langsommere optag af innovative sundhedsteknologiske løsninger samt forsyningssikkerhedsudfordringer**
Centraliserede indkøb af sundhedsteknologi har den indbyggede risiko, at de kan medføre monopoldannelse på markedet for medicinsk udstyr, hvis udbuddene indrettes på en måde, så kun en eller et fåtal af aktører får mulighed for at sælge ind på de enkelte aftaler. Centraliserede indkøb mindsker derved udbuddet af sundhedsteknologiske løsninger på sigt, fordi det vil være uattraktivt at være på et marked, hvis man holdes ude af markedet i en længere årrække. Samtidig risikerer centraliserede indkøb at holde mindre aktører ude af markedet, da de ikke nødvendigvis har musklerne til at sælge til hele det danske sundhedsvæsen. Med det risikerer man samtidigt at mindske forsyningssikkerheden af medicinsk udstyr, da man ved afhængighed af færre leverandører vil opleve en større sårbarhed overfor potentielle produktionsproblemer, logistikudfordringer eller lignende, der kan påvirke forsyningen.

Et formindsket leverandørsegment er ikke kun problematisk i en erhvervspolitisk kontekst, hvor det vil mindske adgangen til markedet for start-ups i sundhedsteknologisegmentet samt branchens små- og mellemstore aktører. Det kan i lige så stor udstrækning være hæmmende for selve innovationsgraden i sundhedsvæsenet, da mange nye og innovative løsninger netop kommer fra små og mellemstore aktører.

Det vil derfor få alvorlige implikationer for sundhedsvæsenets evne til at optage innovativt medicinsk udstyr, hvis sundhedsvæsenets indkøbsfunktion centraliseres, da medicomarkedet i Danmark og det øvrige Europa – i modsætning til lægemiddelindustrien – domineres af små og mellemstore virksomheder.³² En national indkøbsfunktion i Digital Sundhed Danmark vil derved ikke kunne understøtte "en hurtigere udbredelse og optag af gode løsninger"³³, som

³⁰ Niels-Henrik M von der Fehr, Sentraliserte innkjøp i helsesektoren, 2007, s. 39-40

³¹ Riksrevisjonen, 2022: Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr

³² MedTech Europe, 2023: The European Medical Technology Industry in figures 2023, p. 15 (https://www.medtecheurope.org/wp-content/uploads/2023/10/the-european-medical-technology-industry-in-figures_2023-1.pdf)

³³ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 223

Sundhedsstrukturkommissionen ellers påpeger, men i stedet hæmme udbredelsen af innovativ sundhedsteknologi og mindske optaget af moderne løsninger.³⁴

○ **Usikkert, om centralisering giver stordriftsfordele**

Det påpeges i hovedrapporten som nævnt ovenfor, at der kan forventes en reduktion af udgifter "ved at opnå stordriftsfordele og bedre indkøbsaftaler, som vil være en konsekvens af den større volumen"³⁵ ved centrale indkøb. Dette er en hyppig antagelse omkring centraliserede indkøb. Boston Consulting Group undersøgte i 2018 dette forhold og kom imidlertid frem til, at der er begrænset sammenhæng mellem den gennemsnitlig salgspris for medicinsk udstyr og volumen (målt ved kontraktstørrelse). Nogle individuelle hospitaler får således bedre priser end de største integrerede leveringsnetværk.³⁶

Samtidig er det vigtigt at holde sig for øje, at det danske marked for medicinsk udstyr i forvejen er underlagt et markant prispres. Eksempelvis er det et integreret mål i Regionernes indkøbsstrategi fra 2020 til 2025, at der årligt skal opnås besparelse på indkøb af medicinsk udstyr svarende til 200 mio. kr., hvilket giver samlede besparelsesmålsætninger for 1 mia. kr. over en femårig periode. Disse besparelsesmålsætninger bygger oven på allerede indfrieede besparelsen, der samlet for perioden 2010 til 2025 giver akkumulerede indkøbseffektiviseringer for 3,5 mia. kr.³⁷ De omfangsrige besparelsesmålsætninger understreger, at markedet for medicinsk udstyr i forvejen er under et massivt prispres, der ofte tilgodeser lavprisprodukter frem for løsninger med større klinisk effekt. Presses markedet yderligere, er det ikke givet, at det fortsat vil være attraktivt for medicoaktører at agere i Danmark, hvilket vil svække udbuddet af innovativt medicinsk udstyr og derved hæmme patienters adgang til moderne sundhedsteknologiske løsninger. Den udvikling er allerede set i Norge.

Dertil kommer, at det generelt er vigtigt at skelne mellem kortsigtede gevinster og langsigtede konsekvenser. For selvom centraliserede indkøb måske på den korte bane kan medføre visse besparelser, er det lagt fra givet, at dette også vil forekomme over tid, fordi markedet bevæger sig mod en monopollignende tilstand, der kan medføre højere priser på dårlige produkter. Som det pointeres på baggrund af erfaringer fra det norske marked "kan det, som på kort sigt fremstår som billigt, på lang sigt blive både dyrt og dårligt."³⁸

Desuden risikerer man i forbindelse med centraliserede indkøb, at der opstår behov for, at klinikere må indkøbe egnet udstyr udenfor de udbudte aftaler, hvilket både kan medføre, at klinikere skal bruge mere tid på disse indkøb, fordi de falder udenfor

³⁴ Niels-Henrik M von der Fehr, Sentraliserte innkjøp i helsesektoren, 2007, s. 39-40

³⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 225

³⁶ Boston Consulting Group, 2018: Next-Generation Pricing Is Transforming Medtech (<https://www.bcg.com/publications/2018/next-generation-pricing-is-transforming-medtech>)

³⁷ Danske Regioner, 2023: Regionernes indkøbsstrategi 2020-2025, Vi handler for patienterne – Effektive indkøb, der hjælper både patienter og klima, s. 16 <https://www.e-pages.dk/regioner/177/>

³⁸ Niels-Henrik M von der Fehr, Sentraliserte innkjøp i helsesektoren, 2007, s. 43 (egen oversættelse fra norsk til dansk. Originaltekst: Slik sett kan det som på kort sikt fremstår som billigt, på lang sikt bli både dyrt og dårlig)

regionernes indkøbssystemer, og dels at der vil være indkøb, der ikke konkurrenceudsættes, hvilket vil kunne medføre højere priser.

Afslutningsvis må det desuden bemærkes, at det er Medicoindustriens erfaring, at decentrale versus centrale indkøb ikke er den eneste faktor i prissætningen på medicoprodukter. Faktorer såsom konkurrence fra lavkvalitetsprodukter, produktkategori, leveringsbetingelser og virksomheders evne til at prissætte alt afhængig af udstyrskategori spiller alle ind. Dertil kommer, at implementeringen af forordningen for medicinsk udstyr over de seneste år har pålagt producenter af medicinsk udstyr fornyede ekstraomkostninger i relation til at få udstyr certificeret efter den nye regulering, hvilket alt andet lige øger priserne på medicinsk udstyr. Disse mange forhold underbygger pointen om, at centralisering ikke i sig selv kan forventes at medføre lavere priser på tværs af udstyrskategorier.

Vejes de negative konsekvenser op imod de positive, er det derfor klart Medicoindustriens opfordring, at man ikke bør centralisere indkøbskompetencen på området for sundhedsteknologi og andet innovativt medicinsk udstyr. En centraliseret indkøbsfunktion vil risikere at medføre et langsommere optag af innovative sundhedsløsninger, standardisering af produkter, hvilket hæmmer patienters adgang til individuelle teknologiløsninger, indkøb foretaget længere væk fra den kliniske praksis samt risiko for monopoldannelse på markedet for medicinsk udstyr – og derved ingen eller begrænsede stordriftsfordele, der ikke kan opveje de negative implikationer for klinikere, patienter eller sundhedsvæsen.

På trods af de centralistiske tanker i meget af Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport ift. digitalisering, teknologi og data, påpeger kommissionen andetsteds i rapporten, at centrale funktioner ikke altid er en tilstrækkelig betingelse for sammenhæng. Kommissionen understreger derfor, at "det må i det konkrete tilfælde afvejes, om gevinsterne ved at samle opgaveansvaret overstiger de potentielle omkostninger og stordriftsulemper."³⁹ Her er det Medicoindustriens klare erfaring og vurdering, at det vil være dybt uhensigtsmæssigt at samle indkøb nationalt, når man beskæftiger sig med markedet for medicinsk udstyr.

- **Ang. forslag 4: Mere målrettet finansiering af arbejdet med digitalisering og data**

Sundhedsstrukturkommissionen påpeger, at der "i dag er incitamentsudfordringer med at udbrede løsninger, hvor gevinsten tilfalder en anden sektor."⁴⁰ Medicoindustrien har igennem en årrække arbejdet for at italesætte de udfordringer, der generelt hæmmer sundhedsvæsenets optag af innovativt medicinsk udstyr, fordi gevinster ved sundhedsinvesteringer tilfalder en anden kasse end den, som foretager den konkrete investering.

Dette gælder ikke alene på tværs af de nuværende sektorer i sundhedsvæsenet mellem region og kommuner, hvor det er en meget udbredt udfordring ift. tildeling af hjælpemidler, men også inden for den samme sektor, hvor der ikke nødvendigvis foretages de nødvendige investeringer på de enkelte afdelinger, fordi investeringen i bedre behandling via ny og sundhedsteknologi dér alene

³⁹ Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, side 141

⁴⁰ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 226

medfører en intern ekstraudgift på afdelingen, mens gevinsten, eksempelvis i form af færre komplikationer eller komorbiditeter, lander andre steder i sundhedsvæsenet.

Et eksempel herpå er diabetescentrenes budgetter, der økonomisk belastes af udgifter til diabetesteknologi, som forebygger akutte og senere opstående komplikationer, mens gevinsterne af disse teknologiinvesteringer opnås andre steder, eksempelvis på de kardiologiske, nyremedicinske eller øjenrelaterede afdelinger, som oplever en aktivitetsnedgang og dermed økonomiske besparelser. Sundhedsstrukturkommissionen foreslår "en ændret finansiering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet, så den målrettes de fælles prioriterede indsatsere mere effektivt".⁴¹ Det påpeges, at en mere målrettet finansiering bl.a. kan omfatte "en omlægning af finansieringen, så en andel af bloktilskudsfinansieringen får karakter af statslig medfinansiering af den fælles service og leveranceorganisation", ligesom det understreges, at en mere målrettet finansiering kan "ske gennem øremærkning af ressourcer i de lokale driftsbudgetter til arbejdet med fælles løsninger, som skal prioriteres i samarbejde med staten."⁴²

Med udgangspunkt i argumentationen i ovenstående afsnit vil Medicoindustrien på det kraftigste advare mod, at finansieringen indrettes på en sådan måde, at indkøbsmagten centraliseres.

Når det er sagt, hilser Medicoindustrien det velkomment, at Sundhedsstrukturkommissionen anerkender, at der skal ske en mere målrettet finansiering i arbejdet med optag af innovative sundhedsteknologiske løsninger. Sundhedsstrukturkommissionen understreger eksempelvis, at en ny finansiering er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan omstilles til et mere nært og sammenhængende sundhedssystem. Konkret anbefaler Medicoindustrien, at der etableres et fælles økonomi- og myndighedsansvar ift. tildeling af såvel hjælpemidler som behandlingsredskaber, så patienter ikke falder mellem to stole, ligesom der bør skabes økonomiske incitamenter, der underbygger udbredelsen af specialiserede hjemmebehandlingsløsninger.

Som nævnt tidligere har området for medicinsk udstyr været underlagt målrettede sparekrav over en 15-årig periode, hvor saneringen af indkøbsområdet for innovativ sundhedsteknologi er blevet anset som en finansieringskilde til at investere andre steder i sundhedsvæsenet, bl.a. ift. personaleressourcer. Det er Medicoindustriens erfaring, at denne sparepraksis udhuler muligheden for proaktivt at investere i innovative sundhedsteknologiske løsninger, der ellers anses bredt som en af de mest oplagte måder at fremtidssikre sundhedsvæsenet på.

Et eksempel på dette er det kommende udbud på området for diabetesteknologi i form af automatiserede interagerede diabetespumper og sensorer, hvor der har været høringsproces hen over sommeren 2024 frem mod selve udbudsprocessen, der forventes at pågå i efteråret 2024. Her er der lagt op til, at indkøbspris bliver det væsentligste tildelingskriterie, dvs. at prisen på udstyret er den altoverskyggende faktor for, hvilke produkter, der købes ind til sundhedsvæsenet, mens kvalitetsparametre, patientoutcome og value adding services ikke har nogen tungtvejende betydning for indkøbene. Det er Medicoindustriens erfaring, at det at spare sig til bedre løsninger er utopi, men det har desværre været rammesættende for de vilkår, som regioner og kommuner har kunnet købe ind for i en længerevarende periode, som det eksempelvis lader sig illustrere med udbuddet på diabetesområdet, uagtet at det er kontraintuitivt i en periode, hvor investeringer i

⁴¹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 226

⁴² Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 226

sundhedsteknologi fremhæves som en nødvendighed og en nøgleforudsætning for at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

Derfor er det Medicoindustriens klare anbefaling, at der afsættes målrettede midler til at styrke de decentrale indkøbskompetencer blandt fremtidens aktører i den kommende sundhedsstruktur, så det lokalt er muligt at prioritere innovative sundhedsteknologiske løsninger. Det kan, kombineret med et fælles økonomi- og myndighedsansvar ift. tildeling af såvel hjælpemidler som behandlingsredskaber, skabe sammenhæng i patientbehandlingen og sikre, at de innovative sundhedsløsninger prioriteres.

Behovet for en ny investeringsdiskurs ift. sundhedsteknologi underbygges af, at udgifterne til medicinsk udstyr over en årrække kun er steget proportionalt med sundhedsudgifterne generelt og derved fortsat ligger på 5-7 pct. af sundhedsvæsenets samlede udgifter. Netop behovet for øgede investeringer i medicinsk udstyr anerkendes også på andre markeder end det danske. Eksempelvis peges der i Norges offentlige utredninger på, at investeringer i medicinsk udstyr er afgørende for en højere produktivitet i det norske sundhedsvæsen, idet området også her har været nedprioriteret over en årrække ift. offentlige investeringer.⁴³

Sammen med behovet for øgede teknologirettede investeringer er det Medicoindustriens anbefaling, at man i stigende grad arbejder værdibaseret, når der købes ind til sundhedsvæsenet. At indkøbe værdibaseret handler om at "vælge det udstyr og de løsninger, der videst muligt baner vejen for kvalitet og værdi hos patienten", eksempelvis ved at indkøbe "produkter og løsninger[,] der øger behandlingskvaliteten, patientoutcome eller sikrer større sammenhæng i det samlede behandlingsforløb."⁴⁴

Værdibaserede indkøb hænger sammen med det styringsparadigme, der kaldes værdibaseret styring, og som kort nævnes i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, hvor det beskrives, at denne styringsmodel retter fokus "væk fra aktivitetsfinansiering og i retning af større fokus på data om sundhedsmæssig effekt og patientens oplevelse af den sundhedsmæssige effekt", ligesom det nævnes, at man herigennem anskuer "de samlede omkostninger for hele patientforløbet på tværs af sektorer".⁴⁵ Beklageligvis berører Sundhedsstrukturkommissionen ikke eksplicit de værdibaserede betragtninger yderligere, men anerkender som nævnt ovenfor, at den manglende sammenhæng i budgetlægning på tværs af sektorer er en hæmsko for, at innovative sundhedsløsninger kan udbredes yderligere. Det er derfor uklart, hvordan Sundhedsstrukturkommissionen konkret forholder sig til en værdibaseret indkøbsstrategi.

Det er imidlertid Medicoindustriens anbefaling, at værdibaserede indkøb kommer til at stå helt centralt i strukturen for fremtidens sundhedsvæsen, og at det bliver et pejlemærke for sundhedsvæsenets fremtidige drift, som sikrer patienter bedre behandling og sundhedspersonalet forbedrede arbejdsgange. I relation hertil er det væsentligt, at den model for værdibaserede indkøb, der blev igangsat med Strategi for life science i 2021⁴⁶, færdigudvikles med henblik på at inkludere bredere samfundsøkonomiske betragtninger for derigennem at kunne være førstevalget

⁴³ Norges offentlige utredninger, 2023: Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

⁴⁴ Danske Regioner, 2024: Værdibaserede indkøb i regionerne <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/tema-vaerdibaserede-indkoeb-fovis/>

⁴⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 77

⁴⁶ Regeringen, 2021: Strategi for life science https://www.regeringen.dk/media/10337/em_strategi-for-life-science-og-sundhedsinnovation_webtilgaengeligt_20210419-1-1.pdf

på indkøbsområdet ved de forskellige offentlige myndigheder, som i fremtiden kommer til at foretage indkøb til sundhedsvæsenet.

Med et stærkere værdibaseret mindset vil man kunne modvirke, at "price only"-udbud vinder større indpas. Det er Medicoindustriens erfaring, at udbud, hvor pris er eneste reelle kriterie for teknologivurderingen, medfører, at lavprisprodukter vinder indpas i det danske sundhedsvæsen og forringer kvaliteten for såvel patienter, borgere og sundhedspersonale stik imod de politiske visioner på området. Det er væsentligt, at indkøb indrettes på en sådan måde, at patientoutcome, færre sygehuskontakter, sammenhæng, value adding services og andre arbejdskraftbesparende faktorer, der er med til at fremtidssikre sundhedsvæsenet, får betydning for teknologi- og leverandørvalget frem for, at prisen er den mest udslagsgivende faktor. Her er værdibaserede indkøb et centralt greb til at fremme bedre og mere patientsikre løsninger med størst værdi på tværs af sundhedsvæsenet samt for patienter og borgere.

En anden faktor, der kan sikre, at indkøbsafdelinger er i stand til at prioritere de teknologier, der har størst klinisk effekt, er flerårige budgetter. Sundhedsstrukturkommissionen nævner i relation til finansieringen af digitalisering og data, at det er en "forudsætning, at der findes en finansieringsmodel for Digital Sundhed Danmark, som indebærer flerårig stabilitet i budgetlægningen."⁴⁷ Som tidligere påpeget er det Medicoindustriens klare anbefaling, at indkøbsfunktionerne i relation til sundhedsteknologi ikke placeres centralt i Digital Sundhed Danmark, da det vil hæmme udbredelsen af innovative sundhedsløsninger. Men Medicoindustrien støtter generelt op omkring pointen om flerårig stabilitet ift. budgetlægning.

Netop i den sammenhæng er det en central pointe for Medicoindustrien, at en del sundhedsinvesteringer i medicinsk udstyr netop har afkast, der ikke lader sig indfri i etårige budgetter. Denne erfaring er også anerkendt i flere af de seneste års økonomiaftaler for regioner og kommuner, ligesom pointen står centralt i Robusthedskommissionens rapport fra 2023. Eksempelvis nævnes det i Aftale om regionernes økonomi for 2024, at "gevinster [ift. ny sundhedsteknologi] ofte realiseres over en flerårig periode"⁴⁸, ligesom Robusthedskommissionen påpeger, at der er behov for, "at der ved finansiering af konkrete tiltag tænkes i et flerårigt investeringsperspektiv, da gevinsterne ved ny teknologi typisk ikke kan indfries på kort sigt."⁴⁹ I relation hertil er det Medicoindustriens klare anbefaling, at indkøbsbudgetter for innovativt medicinsk udstyr lægges for en flerårig periode, så det reelt er muligt at prioritere bedre, mere patientsikre og arbejdskraftbesparende sundhedsteknologiske løsninger i fremtidens sundhedsstruktur.

⁴⁷ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 227

⁴⁸ Finansministeriet, 2023: Aftale om regionernes økonomi for 2024, s. 3 <https://fm.dk/media/27139/aftale-om-regionernes-oekonomi-for-2024.pdf>

⁴⁹ Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet, 2023: Robusthedskommissionens anbefalinger, s. 127 https://medicoindustrien.dk/sites/default/files/robusthedskommissionens_anbefalinger_samlet_rapport.pdf

Problematiske fokus på 'egen-udvikling' af 'digitale løsninger'

Medicoindustrien hilser som nævnt Sundhedsstrukturkommissionens fokus på sundhedsteknologi varmt velkomne og bakker op om, at digitalisering og brug af data rummer et stort potentiale i forhold til at realisere et mere sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed til gavn for borgere og medarbejdere. Som det er understreget flere gange i Sundhedsstrukturkommissionens rapport og i dette høringssvar, muliggør den digitale transformation af sundhedsvæsenet forandrede arbejdsgange, organisering og samarbejdsformer og helt grundlæggende den måde, sundhedsydelser leveres på.⁵⁰

Det er imidlertid påfaldende, at Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport, herunder i særdeleshed kapitel 10 omkring ny organisering af digitalisering og data, gennemsyres af et fokus på, at sundhedsvæsenet selv skal stå for udviklingen af disse innovative sundhedsteknologiske løsninger. Eksempelvis påpeges det i relation til det allerede beskrevne forslag omkring en national planlægningskompetence, at den skal fastsætte, "hvilke digitale løsninger der udvikles og udbredes nationalt, og hvilke løsninger der kan udvikles lokalt."⁵¹ Væsentligt i dette citat er ordet udvikle, der knytter sig til, at sundhedsvæsenet ifølge Sundhedsstrukturkommissionen tilsyneladende skal stå for udviklingen af medicinsk udstyr. Denne pointe fremføres også en lang række andre steder. Således påpeges det af Sundhedsstrukturkommissionen, at "smidigere og mere løbende udvikling af nye løsninger, fx med agile metoder, nødvendigvis må foregå lokalt og med inddragelse af de relevante medarbejdere,"⁵² ligesom det i relation til Digital Sundhed Danmark fremhæves, at organisationen bør få "ansvar for at varetage udvikling og drift af fælles digitale løsninger rettet både mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse og fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet."⁵³ Formålet hermed er at "skabe samlet prioritering og retning og større beslutnings- og eksekveringskraft til udviklingen af de fælles løsninger," eksempelvis i relation til "løsninger til at understøtte behandlingsforløb på tværs af sektorer og gøre borgerne i stand til at mestre egen sygdom."⁵⁴

Det er Medicoindustriens opfattelse, at Sundhedsstrukturkommissionen har en dybt fejlagtig forståelse af, hvordan udstyr til sundhedsvæsenet udvikles. De teknologiske løsninger, der findes i det danske sundhedsvæsen i dag, og som har været med til at sikre en markant nedgang i indlæggelsestid og en stigning i ambulante behandlinger, eksempelvis gennem de teknologiske landvindinger i relation til minimalinvasiv kirurgi, er udviklet af den globale medicoindustri og ikke sundhedsvæsenet selv. Sådan ser det også ud ift. specialiserede hjemmebehandlingsværktøjer, digitalt medicinsk udstyr og innovative løsninger, der gør brug af kunstig intelligens.

Derfor er det en misforståelse, at sundhedsvæsenet selv bør udvikle disse løsninger, både fordi det er urealistisk, at sundhedsvæsenet kan allokere de nødvendige ressourcer i en tid, hvor manglen på sundhedspersonale er stigende, men også fordi det vil stille helt nye krav til de kompetencer, der skal til, hvis sundhedsvæsenet selv vil udvikle, dokumentere, validere og teste udstyr på samme sikkerhedsniveau som den globale medicobranche i relation til de omfattende og markante

⁵⁰ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 212

⁵¹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 216 (boks 10.3, pkt. 2.)

⁵² Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 217

⁵³ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 222

⁵⁴ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 222

patientsikkerhedskrav, der følger af forordningen for medicinsk udstyr, for slet ikke at tale om de yderligere krav, som forordningen om AI stiller.

I relation hertil er det magtpåliggende for Medicoindustrien at understrege, at Danmark ikke er alene om at opleve det demografiske dobbeltpres, som også beskrives indgående i Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport. Derfor udvikler medicobranchen verden over løbende nye sundhedsteknologier, services og andet innovativt digitalt medicinsk udstyr, som kan sikre et både nært, patientsikkert og effektivt sundhedsvæsen, hvor hjemmebehandlingen står stadig stærkere.

Det er Medicoindustriens opfattelse, at det netop bør være et pejlemærke for sundhedsvæsenet, at man aktivt søger at implementere løsninger, der allerede findes på markedet fremfor at udvikle disse selv, da det vil sikre, at patienter får hurtigere adgang til bedre og mere effektive behandlinger, fordi arbejdet med udvikling, test, dokumentation og certificering af medicinsk udstyr i henhold til forordningen for medicinsk udstyr samt forordningen for in-vitro diagnostisk medicinsk udstyr, er en yderst krævende disciplin, som sundhedsvæsenet ikke er ekspert i. Et nyligt eksempel på dette er det ellers innovative tværsektorielle udbud af stomiprodukter mv. i ca. 31 kommuner i Region Midtjylland og Region Syddanmark⁵⁵, hvor man startede ud med en egenudvikling af et IT-system til administration af borgerne, men efter 12 måneder endte med at købe IT-systemet fra en ekstern leverandør. I stedet bør sundhedsvæsenet lægge kræfter i, at industrien i højere grad end i dag og på et mere systematisk niveau inviteres til at samarbejde med de kliniske miljøer for sammen at drive innovationen.

Endelig er det en klar forudsætning for, at man som sundhedsinstitution overhovedet må udvikle sit eget medicinske udstyr, at der ikke er lignende CE-mærket alternativ tilgængeligt på det europæiske marked⁵⁶. Derfor kræves det, at man i sundhedsvæsenet undersøger markedet for innovative teknologier og udstyr, før man selv går i gang med at udvikle. Såfremt man efter en grundig markedsundersøgelse når frem til, at det kliniske behov, man har i sundhedsvæsenet, ikke er dækket af en eksisterende løsning, indeholder forordningen for medicinsk udstyr en præcis beskrivelse af kravene til de sundhedsinstitutioner, der måtte have behov for selv 'in-house' at udvikle medicinsk udstyr.⁵⁷

Netop fordi forordningen om medicinsk udstyr er så klart formuleret, forekommer det mærkværdigt, at man i afsnittet 'Teknologi- og leverandørstrategi' skriver, at der skal "tages stilling til den rette balance mellem på den ene side at opbygge egne udviklingsressourcer, der vil gøre sundhedsvæsenet i stand til at udvikle egne løsninger og give kvalificeret modspil til leverandørmarkedet, og på den anden side indkøb af løsninger fra private leverandører."⁵⁸

Her er det Medicoindustriens klare anbefaling, at man for så vidt angår de "løsninger", som vil være medicinsk udstyr, jf. den beskrevne definition i afsnittet *Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering* i dette høringssvar, afstår i videst mulige omfang fra at selvudvikle disse løsninger, men i stedet koncentrerer sig om at indgå i et udviklingssamarbejde med industrien, da det netop ikke lovgivningsmæssigt er et frit valg, om man selv ønsker at udvikle nyt medicinsk udstyr, heller ikke digitalt medicinsk udstyr. For at understøtte dette samarbejde bør der derfor udvikles strukturer for bedre offentligt-private samarbejder, eksempelvis for at fordre flere samarbejder om

⁵⁵ Region Midtjylland, 2022: Regioner og kommuner indgår banebrydende fælles udbud af stomi-produkter

⁵⁶ Forordning 2017/745, art. 5.5.

⁵⁷ Forordning 2017/745, art. 5.5.

⁵⁸ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 229

kliniske forsøg, da adgangen til at kunne forske og udvikle sammen med læger på hospitaler er afgørende for at kunne bringe nye innovative sundhedsløsninger frem til markedet og patienterne.

Vigtigt fokus på hjælpemidler og behandlingsredskaber i relation til sektorovergange

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger har et markant fokus på sektorovergange, særligt ift. tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Det påpeges eksempelvis i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, at det er "Sundhedsstrukturkommissionens vurdering, at sektorovergangene generelt gør det sværere at skabe sammenhængende patientforløb"⁵⁹, herunder at "[b]esværlig adgang til hjælpemidler og behandlingsredskaber er et tydeligt eksempel på uklart ansvar i det sektoropdelte sundhedsvæsen."⁶⁰

Udfordringen bunder ifølge Sundhedsstrukturkommissionen i, man i lovgivningen i dag skelner mellem, "om der er tale om et behandlingsredskab, som er et regionalt finansieringsansvar, eller om der er tale om et hjælpemiddel, som er et kommunalt udleverings- og finansieringsansvar."⁶¹

Som eksempel på udfordringen henvises der i hovedrapporten til en konkret case ift. tildeling af insulinpumper med følgende citat fra en patient med type 1-diabetes på et feedbackmøde afholdt i samarbejde med ViBIS: "Jeg har en insulinpumpe, som jeg SKAL have. Det er ligesom det, der holder mig i gang. Men regionalt og kommunalt differentierer man imellem, om det er et "hjælpemiddel" eller "et behandlingsredskab." Og det giver enormt mange problemer, ikke bare for mig, men for alle diabetikere. Vi kalder det postnummer-lotteri: det er fuldstændig tilfældigt, hvor i landet du kan få tildelt teknologi. Hvis jeg flyttede kommune i morgen, er det ikke sikkert, at jeg kan tage mine hjælpemidler med."⁶² Af andre konkrete eksempler kan henvises til tildeling af eksempelvis kompressionsstrømper, hvor borgere gang på gang oplever at være kastebold mellem to sektorer.⁶³

Medicoindustrien har igennem en årrække italesat de drænende sektorovergange ift. tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber på en lang række sygdomsområder, herunder særligt ift. kronisk syge patienter og borgere. Derfor hilser Medicoindustrien Sundhedsstrukturkommissionens markante fokus på sektorovergange i relation til tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber varmt velkommen.

Ligeledes bakker Medicoindustrien op om Sundhedsstrukturkommissionens omfavnelser af de teknologiske potentialer. For Medicoindustrien er det positivt, at Sundhedsstrukturkommissionen så direkte understreger, at hjælpemidler er en fundamental grundsten i et borgernært sundhedsvæsen, hvor en hurtig og ukompliceret tildelingsproces af innovativt udstyr betragtes som kernevedfærd og helt afgørende for, at man som borger med en eller flere varige funktionsnedsættelser kan være mest muligt selvhjulpne og have den størst mulige arbejdsmarkedstilknytning.

⁵⁹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 175

⁶⁰ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 175

⁶¹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 175

⁶² Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 176

⁶³ Ankestyrelsen (2023). Ny principmeddelelse slår fast, at kompressionsstrømper fortsat kan bevilges som et hjælpemiddel efter serviceloven (<https://ast.dk/social/artikler/hjaelp-til-handicappede-og-aeldre/ny-principmeddelelse-fastslar-at-kompressionsstromper-fortsat-kan-bevilges-som-et-hjaelpemiddel-efter-serviceloven>)

Sundhedsstrukturkommissionen har det som en af seks helt centrale hensyn til indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, at der skal skabes en "stærk sammenhæng i borgernes forløb"⁶⁴, eksempelvis i relation til tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber. Dette hensyn bakker Medicoindustrien op om.

Sundhedsstrukturkommissionen påpeger endvidere, at "[i] takt med sundhedsvæsenets udvikling, hvor flere sygehusopgaver håndteres i borgerens eget hjem eller på midlertidige kommunale pladser og i takt med den teknologiske udvikling, er sondringen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber blevet mere vanskelig."⁶⁵ Medicoindustrien vil tillade sig at påpege, at det ikke er Medicoindustriens oplevelse, at sondringen som sådan er blevet mere vanskelig, men at de eksisterende udfordringer er blevet tydeligere og mere præsentable, fordi udfordringerne i takt med sundhedsvæsenets udvikling mod et mere nært sundhedssystem er blevet mere hyppigt forekomne – og derved også rammer flere borgere og patienter. Det ændrer imidlertid ikke ved, at Medicoindustrien bakker fuldt op om, at det er et meget centralt hensyn i fremtidens sundhedsstruktur, at der sikres en stærk sammenhæng i borgernes forløb.

Dette behov underbygges af, at man indenfor forebyggelse oplever de samme udfordringer omkring, at der ikke tales sammen sektorerne imellem. Et eksempel på dette er forebyggende sårbehandling, der i dag ikke altid igangsættes rettidigt, bl.a. grundet kortsigtede øgede udgifter til behandlingen. Det betyder, at behandlingen af eventuelle sårkomplikationer kommer til at ligge i den sekundære sektor, og dermed er det et andet budget. Derfor er der for hospitalet ikke incitament til at påbegynde innovativ sårbehandling såsom forebyggende behandling med undertryksbandager, selvom det har store sundhedsøkonomiske fordele, da det reducerer postkirurgiske sårkomplikationer, som ofte opstår efter udskrivelse.⁶⁶

Derfor er det Medicoindustriens klare anbefaling, at man, for at komme problemstillingerne til livs, indfører fælles økonomi og myndighedsansvar for relevante offentlige myndigheder på hjælpemiddelområdet med henblik på at skabe en smidig og ukompliceret tildeling af hjælpemidler. Det vil sige, at man gør op med den tvetydige betegnelse af medicinsk udstyr som henholdsvis hjælpemidler under serviceloven og behandlingsredskaber under sundhedsloven, og man derved skaber et fælles ansvar mellem alle relevante offentlige myndigheder, så de i samarbejde bevilliger medicinsk udstyr og teknologier, og at udgiften til udstyret også tages fra en fælles pulje. I relation hertil skal det påpeges, at Medicoindustriens anbefaling er gældende uagtet, hvilken forvaltningsmodel der bliver gældende for fremtidens sundhedsvæsen.

Samtidig vil Medicoindustrien opfordre til, at man fra politisk hold kigger nærmere på en problemstilling, som ofte rammer kronisk syge patienter, nemlig at man ved nye udbud kan risikere at skulle tvangskonverteres til et andet sundhedsteknologisk produkt end det, man i første omgang er tildelt, hvis ikke det pågældende produkt er tilgængeligt. Det kan medføre et stort ressourcetræk i både den primære og sekundære sektor at skulle ombytte udstyr, ligesom det kan risikere ikke at kompensere den enkelte tilstrækkeligt. Her bør man sikre sig, at borgere og patienter, der ønsker at bibeholde en løsning, så vidt muligt får mulighed herfor. På den måde kan man sikre, at konvertering til nye sundhedsteknologiske løsninger ikke bindes op på sparekrav og

⁶⁴ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 141

⁶⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 304.

⁶⁶ Gronen, H., et al, 2023: Incisional negative pressure wound therapy for the prevention of surgical site infection: an up-to-date meta-analysis and trial sequential analysis.

et formindsket produktsortiment, men i stedet tager udgangspunkt i den enkeltes konkrete og individuelle forhold.

Sundhedsstrukturkommissionen påpeger desuden, at det er kommissionens vurdering, at der i sundhedsvæsenet "ikke er en organisering, der i tilstrækkelig grad understøtter de indsats, der i dag går på tværs af almenmedicinske tilbud, kommuner og sygehuse."⁶⁷ Medicoindustrien er enig i denne betragtning.

Et konkret eksempel på dette er opsigelsen af samarbejdet mellem Region Hovedstaden og hovedstadskommunerne ift. at tilbyde assisteret p-dialyse til de hårdst ramte dialysepatienter. Det er en behandlingsform, som grundet det medicinske udstyrs beskaffenheder i årtier har været med til at aflaste det etablerede sundhedsvæsen, og som samtidig har forbedret livskvaliteten for patienter med nedsat nyrefunktion betragteligt, fordi man undgik tre ugentlige hospitalsbesøg. Alligevel har Region Hovedstaden siden 2022 fjernet tilbuddet om assisteret p-dialyse, da hovedstadskommunerne og regionen ikke har kunnet enes om en kompensationsordning, bl.a. fordi kommunerne har øget det økonomiske kompensationskrav til regionen betragteligt.⁶⁸

Dette er et eksempel på, at der ikke eksisterer tilstrækkelige økonomiske incitamenter i den nuværende sundhedsstruktur til at prioritere den behandling, der kan aflaste det etablerede sundhedsvæsen, sikre sammenhængende patientforløb, og som møder opbakning fra patienter. Med fremtidens organisering er det i Medicoindustriens optik afgørende, at disse incitamenter styrkes uagtet forvaltningsmodel.

Bevar og udbyg de patientrettigheder, der ligger i den nuværende lovgivning

En vigtig komponent ift. tildeling af hjælpemidler er patientrettigheder.

Sundhedsstrukturkommissionen påpeger, "at patientrettigheder som frit valg og hurtig udredning, behandling og genoptræning generelt udgør en positiv drivkraft i sundhedsvæsenet, som er med til at løfte kvaliteten og forbedre patienternes oplevelser i sundhedsvæsenet."⁶⁹ På den måde står Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger på dette område i kontrast til Robusthedskommissionens rapport fra 2023, der påpeger, at udifferentierede patientrettigheder skulle vanskeliggøre et fagligt skøn og prioritering.⁷⁰

Medicoindustrien støtter fuldt op om Sundhedsstrukturkommissionens klare fokus på værdien af patientrettigheder for såvel borgere, patienter og sundhedsvæsen. Det er generelt Medicoindustriens anbefaling, at man bør følge Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger på dette område og politisk anskuer patientrettigheder som en katalysator for at udvikle og fremtidssikre sundhedsvæsenet.

I dag er en helt central komponent af socialloven, at den bevilligende instans altid skal lave en konkret og individuel vurdering af, om et hjælpemiddel lever op til den enkelte borgers behov. Det

⁶⁷ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 176.

⁶⁸ Selsmark, Clara Johanne (2024). Havde Finn Christensen bare boet et andet sted i landet, kunne han slippe for tre ugentlige ture til hospitalet (<https://politiken.dk/danmark/sundhed/art9826546/Havde-Finn-Christensen-bare-boet-et-andet-sted-i-landet-kunne-han-slippe-for-tre-ugentlige-ture-til-hospitalet>)

⁶⁹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 35.

⁷⁰ Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet, 2023: Robusthedskommissionens anbefalinger, s. 72
https://medicoindustrien.dk/sites/default/files/robusthedskommissionens_anbefalinger_samlet_rapport.pdf

er Medicoindustriens klare opfordring, at det er afgørende at bibeholde denne rettighed i en kommende struktur.

Borgere med funktionsnedsættelser er forskellige, og derfor skal man som borger have adgang til et bredt sortiment af udstyr, så den enkelte kan kompenseres tilstrækkeligt. Medicoindustrien foreslår derfor, at den eller de myndigheder, der i fremtiden tildeler hjælpemidler til borgerne, fortsat er forpligtet til at lave en grundig afdækning af brugerbehovene, eksempelvis via den lovpligtige høring af handicaporganisationer og ældreråd i forbindelse med indkøb af hjælpemidler. Såfremt den pågældende myndighed alene foretager prisindhentninger og ikke udbud, anbefaler Medicoindustrien, at myndigheden inddrager brugerne, selvom dette ikke er lovpligtigt ved tilbudsindhentninger.

I den nuværende struktur er der et frit valg af udstyr samt et frit valg af leverandør, såfremt der ikke er tale om et genbrugshjælpemiddel. Borgerens frie valg står derved helt centralt som en ret, som skiftende regeringer har værnet om. Det er Medicoindustriens klare anbefaling, at denne ret bibeholdes, som det også understreges af Sundhedsstrukturkommissionen.

Der er ikke desto mindre en problemstilling i, at brug af det frie valg i dag kræver større indsigt i og kendskab til de forskellige muligheder, der er på markedet for medicinsk udstyr. Det frie valg er derfor ikke i praksis frit, hvis ikke det følges af fri adgang til information om mulige hjælpemidler. Ideelt set får borgerne god information i alle kommuner, ligesom det bør være nemt at bestille og betale differencen, såfremt borgeren ønsker et produkt gennem fritvalgsordningen.

Borgerens adgang til at benytte det frie valg begrænses desuden af, at den relevante myndighed ikke nødvendigvis oplyser priser på de enkelte komponenter, som bevillingen består af, hvorfor borgerens mulighed for at opsøge andre leverandører mindskes markant.

Derfor anbefaler Medicoindustrien, at man i de kommende forhandlinger om en ny sundhedsstruktur udbygger potentialerne i en stærk fritvalgsordning, så myndighederne altid er forpligtede til at informere borgerne og eventuelt pårørende grundigt om de forskellige muligheder, der er inden for hjælpemiddelområdet. Det vil sikre, at det frie valg i praksis også er frit, uafhængig af borgerens kendskab til egne rettigheder og markedet for medicinsk udstyr i øvrigt.

Sundhedsstrukturkommissionen har som tidligere nævnt i dette afsnit et væsentligt fokus på, hvordan adgang til hjælpemidler og behandlingsredskaber besværliggøres af de nuværende sektorovergange.⁷¹ Det påpeges eksempelvis, at mange patienter oplever, at "de hjælpemidler eller behandlingsredskaber, som de er blevet oplært i at bruge på sygehuset, ikke nødvendigvis er de samme, de kan få, når de kommer hjem fra sygehuset, hjem til deres egen kommune."⁷² Det skaber, som Sundhedsstrukturkommissionen også understreger, unødvendig utryghed og potentielt set en dårligere behandling.

Det er Medicoindustriens erfaring, at denne udfordring er meget udbredt. Som brancheorganisation for de aktører, der leverer hjælpemidler og behandlingsredskaber til borgere og patienter i det danske sundhedsvæsen, er det en kendt problematik, at kommunale sparekrav spænder ben for et bredt produktsortiment og en konkret og individuel vurdering. Derfor er det også Medicoindustriens klare anbefaling, at der i en kommende sundhedsstruktur ikke alene værnes

⁷¹ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 175

⁷² Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 176

om de eksisterende patientrettigheder ift. tildeling af hjælpemidler og behandlingsredskaber, men foretages investeringer i og skabes incitament for, at borgere og patienter får den teknologiske understøttelse, som, der er fagligt belæg for, passer den enkelte person bedst.

I relation hertil er det vigtigt for Medicoindustrien at understrege, at en bedre sammenhæng mellem produktvalget på sygehuset og i det nære sundhedsvæsen ikke er det samme som, at alle borgere bør tildeles den samme løsning, da det vil medføre, at de individuelle teknologibehov træder i baggrunden med en dårligere behandling til følge.

Det fremgår endvidere af rapportens kapitel 14, hvor Sundhedsstrukturkommissionen gennemgår de tre modeller for opgavesamling af de kommunale sundhedsopgaver, at såfremt man politisk vælger den mindre opgavesamling, så kan det belyses, "hvorvidt en løsning, hvor finansieringsansvaret for behandlingsredskaber og hjælpemidler i højere grad samles hos kommunerne, men hvor tildeling finder sted på baggrund af en lægefaglig vurdering, herunder på sygehus og i praksissektoren, kan understøtte både bedre sammenhæng for borgerne og samtidig styrbarhed i forhold til kommunernes finansieringsansvar. En sådan løsning vil have ligheder med organiseringen af genoptræning, hvor kommunen er ansvarlig for opgaven, men skal følge en genoptræningsplan fra sygehuset.⁷³

Medicoindustrien skal heroverfor anføre, at allerede i dag er det således, at både lægelige anvisninger fra regionerne, f.eks. fra diabetesambulatorier eller det nationale videnscenter for sårbehandling samt anvisninger fra praktiserende læger indenfor både diabetes og kompressionsområdet ikke vægter tungt hos kommunale bevillingskontorer, der rask væk tilsidesætter lægelige vurderinger uden selv at have sundhedsfaglig viden på det relevante område. Derfor vil dette ikke i sig selv være nok til at gøre op med de ovenfor beskrevne postnummerlotterier, da det fortsat vil være kommunen, der har både myndigheds- og finansieringsansvaret, og som derfor - uanset hvordan den lægelig anvisning tager sig ud – har ret til at omgøre denne.

⁷³ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 331

Digital understøttelse af psykiatrien

Sundhedsstrukturkommissionen har valgt at præsentere en særskilt anbefaling omkring psykiatrien samt en række dertilhørende forslag. Bevæggrunden herfor er, at Sundhedsstrukturkommissionen anser det som en "helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser", herunder et behov for at løfte kvaliteten af behandlingen og sikre større sammenhæng på tværs af sektorer.⁷⁴ Som et af tre forslag, der knytter sig til kommissionens psykiatrifokus, er pointen om en styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien.⁷⁵

Her påpeger Sundhedsstrukturkommissionen, at digitalisering i psykiatrien besidder "store potentialer for at give mennesker med psykiske lidelser lettere adgang til forebyggelse, støtte og behandling", hvorfor "[d]igitale løsninger skal integreres i psykiatriens tilbud og være med til at sikre sammenhæng i patientforløb og støtte til recovery – før, under og efter kontakt til psykiatrien."⁷⁶

Medicoindustrien hilser på et grundlæggende niveau Sundhedsstrukturkommissionens psykiatrifokus velkomment i en tid, hvor kapacitetsudfordringerne er særligt udbredte i psykiatrien, og hvor også psykiatrien har været en underprioriteret del af det danske sundhedsvæsen. Samtidig bakker Medicoindustrien varmt op om Sundhedsstrukturkommissionens intentioner omkring en styrket udbredelse af digitale løsninger i psykiatrien.

Sundhedsstrukturkommissionen nævner som eksempler på digitale løsninger i psykiatrien bl.a. "videokonsultationer", "digital selvmonitorering", "virtual reality-baseret terapi", "digital terapi i hjemmet", "øget automatisering" samt "brug af kunstig intelligens til understøttelse af klinisk administrative opgaver, diagnostik og behandlingsvalg".⁷⁷ I relation hertil er det magtpåliggende for Medicoindustrien at understrege, at langt de fleste af disse løsninger i en regulatorisk kontekst vil blive defineret som medicinsk udstyr. Med henvisning til afsnittet *Mangelfuld og upræcis definition af digitalisering* er det derfor afgørende for Medicoindustrien at påpege, at der gælder væsensforskellige vilkår for, hvordan man mest hensigtsmæssigt indretter en it-infrastruktur på den ene side og udbreder innovativt medicinsk udstyr på den anden side.

Sundhedsstrukturkommissionen påpeger videre, at det er kommissionens opfattelse, at digitale indsatser ofte forbliver "lokale, selvom de med fordel kan koordineres og udbredes på tværs af landet." For innovativt udstyr og med henvisning til afsnittet *Organisering af digitalisering, data og sundhedsteknologi* i dette høringssvar kan det i relation hertil påpeges, at det ikke er Medicoindustriens erfaring, at det skulle være ønskværdigt for udbredelsen af de mest innovative medicotekniske løsninger, at der sker en national koordinering omkring udbredelsen af disse, fordi man ofte vil ende i en situation, hvor det alene er indkøbsprisen og ikke de faglige, kliniske vurderinger, som er styrende for, hvilke løsninger der udbredes.

I stedet bør innovative sundhedsteknologiske løsninger til psykiatrien indkøbes gennem et differentieret indkøbssystem, hvor der værnes om klinikerkontakten, og hvor der sikres et fokus på en værdibaseret indkøbsadfærd fra de relevante indkøbsafdelinger. I den sammenhæng bakker

⁷⁴ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 245

⁷⁵ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 257

⁷⁶ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 258

⁷⁷ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 257

Medicoindustrien op om Sundhedsstrukturkommissionen anbefaling omkring, at digitaliseringen af psykiatrien bl.a. bør ske med udgangspunkt i "en målrettet investering".⁷⁸

Som allerede nævnt bakker Medicoindustrien varmt op om Sundhedsstrukturkommissionens teknologifokus ift. psykiatrien. Psykiatrien har været kendetegnet ved næsten at være klinisk rensat for medicinsk udstyr i de behandlingsløsninger, der tilbydes borgere og patienter. Derfor er det også meget positivt, at Sundhedsstrukturkommissionen med sit digitaliseringsfokus åbner psykiatrien op for de teknologiske muligheder, der findes på området.

I den sammenhæng er det Medicoindustriens anbefaling, at Sundhedsstrukturkommissionen følger anbefalingen fra Forebyggelsesalliancen for Fremtidens Sundhed omkring at sikre en større udbredelse af innovativt medicinsk udstyr såsom transkraniel magnetisk stimulation (TMS) til patienter, der lider af behandlingsresistent depression.⁷⁹ Denne behandlingsmetode er fortsat kun udbredt i stærkt begrænset omfang i Danmark på trods af den kliniske evidens.

⁷⁸ Sundhedsstrukturkommissionen, 2024: Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 258

⁷⁹ Forebyggelsesalliancen for Fremtidens Sundhed, 2024: Et længere og bedre liv. Forebyggelsesalliancens anbefalinger til forpligtende forebyggelsesmålsætninger frem mod 2035, s. 6-7 (https://medicoindustrien.dk/sites/default/files/et_laengere_og_bedre_liv_-_forebyggelsesalliancen_for_fremtidens_sundhed.pdf)

Afsluttende bemærkninger

Medicoindustrien vil afslutningsvis henvise til Medicoindustriens indspil til Sundhedsstrukturkommissionen "Et nært sundhedsvæsen for alle", der blev indsendt til Sundhedsstrukturkommissionens åbne brevkasse d. 30. januar 2024 på baggrund af Medicoindustriens mere end 230 medlemmer.

Indspillet kom i stand efter en tæt medlemsinddragelse i Medicoindustriens Taskforce for hjemmebehandling og hjælpemidler, der netop blev nedsat med det formål at definere en række konkrete anbefalinger for, hvordan sundhedsteknologi og andre typer af medicinsk udstyr kan være en del af løsningen ift. at sikre et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som kommer flere borgere og patienter til gode.

Anbefalingerne er inddelt i fire overordnede temaer, som omhandler hjemmebehandling, hjælpemidler, et differentieret og værdibaseret indkøbssystem samt behovet for øgede forebyggelsesindsatser. Medicoindustrien vil klart opfordre til, at man fra politisk hold dykker ned i indspillet konkrete anbefalinger, [som kan tilgås her](#).

Afslutningsvis skal det i øvrigt bemærkes, at Medicoindustrien selvsagt står til rådighed med henblik på en uddybning af de ovennævnte synspunkter og anbefalinger, som de er fremført i dette høringsvar.

Med venlig hilsen,



Stellan Nørreskov Wulff

Chef for Politik og Kommunikation
Medicoindustrien



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 27. juni 2024

Sagsnr.: 2024-009770-1

Johanne.Osterbye@middelfart.dk

Middelfart Kommunes Byråds og Ældreråds hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Sundhedsstrukturkommissionen har haft til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der opstiller forskellige modeller for organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen.

Middelfart Kommunes Byråd og Ældreråd har drøftet elementerne i kommissionens rapport og takker for muligheden for at blive hørt og afgiver hermed hørings svar.

Middelfart Kommune – i det efterfølgende MK – har følgende bemærkninger til de tre modeller:

Vurdering af model 3

MK bakker op om en model, hvor de nære sundhedsopgaver fortsat løses og udvikles tæt på borgernes hverdagsliv, i nær sammenhæng med øvrige kommunale kerneopgaver.

MK kan tilslutte sig en variant af model 3 med følgende opmærksomhedspunkter i forhold til organisering, incitamenter, tværsektorielle samarbejder og opgavesamlinger:

En variant af model 3 – sundhedsklynger med budget

Det er meget positivt at der foreslås en målretning af den statslige finansiering, hvor det demografiske afledte løft til regionerne fremover skal anvendes til at investere i indsatser i det primære sundhedsvæsen, så mere behandling kan foregå uden for hospitalerne.

MK peger på en variant af model 3 hvor sundhedsklyngerne består, idet de geografisk afspejler de nærudvalg, der er nævnt i model 1. MK peger på at følge anbefalinger i model 1 vedr. økonomi og nærudvalg, hvor begreb om nærudvalg udgår og sundhedsklynger bibeholdes: Næmlig at regionsråd fastsætter budgetter for de enkelte sundhedsklynger. Dette skaber som nævnt i rapporten mulighed for, at de enkelte regioner kan skabe en balance mellem de enkelte sundhedsklynger, så disse har mulighed for at drive lokale indsatser til øget omstilling og understøtte politisk opmærksomhed på de lokale områder.

Incitamenter og kvalitetskrav

Nye kvalitetskrav i det nære skal ikke medføre mere dokumentation for kernemedarbejdere og flere kontrolkrav fra statslige myndigheder. En central værdi i regeringens politiske grundlag er frisættelse af velfærdsområderne, som også afspejles i den seneste reform af ældreområdet. Det er helt afgørende, at den nye ældrelov bliver tænkt ind i fremtidens sundhedsvæsen, da de to områder er forbundne og ikke bør opsplittes eller centraliseres. Helhedspleje omfatter alle plejeopgaver omkring borgeren – inklusive sygepleje.

Det tværsektorielle samarbejde skal styrkes gennem nytænkning og nærdemokrati

Der vil fortsat være behov for et tæt, tværsektorielt samarbejde med fokus på at sikre sammenhæng i borgernes forløb mellem sektorerne – og det skal styrkes og være drivende i fremtidens sundhedsvæsen.

MK er en af de kommuner, der i rapporten nævnes at ligge tæt på den arbitrære grænse for faglig bæredygtighed. Vi har 40.000 indbyggere. Vi anerkender at opgaver som de eksempler, der nævnes i rapporten eks. børn og unge, der har været igennem svær sygdom, mennesker

udsat for fysisk eller psykiske traumer eller mennesker med sklerose og ALS alle er opgaver, der kræver specialiserede indsatser. Vi har derfor også proaktivt fulgt et af rådene i rapporten og etableret Middelfart Nærhospital i partnerskab med Region Syd, og har hermed foretaget den anbefalede kapacitetsopbygning udenfor sygehuse og i nærområdet.

På Nærhospitalet er der tilbud til de nævnte specialiserede opgaver samtidigt med at kommunale sygepleje, genoptræning, midlertidige pladser og akutpladser findes under samme tag som de somatiske og psykiatriske tilbud. Her er der tale om et ambulansammenhængende nært sundhedsvæsen, hvor det tværsektorielle samarbejde styrkes.

Etablering af Middelfart Nærhospital er et helt centralt eksempel på, at det nære sammenhængende sundhedsvæsen kan etableres uden omsiggribende organisationsændringer eller eksorbitante implementeringsomkostninger, hvis man lader nærdemokratiet råde frem for at centralisere og flytte sundheds- og ældreopgaver væk fra det nære og den kommunale sammenhæng.

Nærhospitalet rummer samtidigt løsning på udfordring med den faglige bæredygtighed og opgavesamling – alt er under ét tag og MK bakker i den sammenhæng op om kommissionens vurdering af behovet for lægedækning på de midlertidige døgnophold samt adgang til lægefaglig specialisterviden via telemedicinske og digitale løsninger.

Det kan derfor undre at Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler at omdøbe nærhospitalet til sundhedscentre og i strid med nærhedsprincipper ikke vil udflytte ambulante sygehusfunktioner – MK kan udelukkende se, at det må dreje sig om en regnskabsmæssig prioritering af midler – de 3,5 mia. kr. frem til 2030 – givet at kommissionen har fået det benspænd at holde anbefalinger og modeller indenfor de nuværende økonomiske rammer.

Vurdering af model 1 og 2

Model 1 og 2 lægger op til en markant centralisering af langt de fleste eller alle opgaver på sundheds- og ældreområdet til enten regionalt eller statsligt niveau.

MK bemærker, at det er selvmodsige at have ønske om at styrke det nære sundhedsvæsen via centralisering af opgaver eller struktur, ligesom det ikke i sig selv vil styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet at flytte opgaver.

Model 1 og 2 afspejler en hospitalslogik og en patientliggørelse, hvor fokus er på patienter frem for borgere. Konsekvensen af modellerne vil være en overcentralisering langt væk fra borgernes hverdag og samtidigt en betragtelig reduktion i kommunernes sammenhængskraft og prioriteringsrum på tværs af velfærdsområderne.

Både model 1 og 2 indebærer massive omstillings- og implementeringsomkostninger, og det er MK's vurdering, at det vil medføre et betydeligt fagligt og organisatorisk videns-tab. Modellerne vil også føre til større brug af ressourcer og til et endnu større træk på de medarbejdere vi kommer til at mangle i fremtiden, samtidig med at modellerne vil skabe dårligere sammenhæng for borgerne.

I model 2 fjernes en meget stor del af velfærdssamfundet fra direkte demokratisk kontrol, idet hele sundheds- og ældreområdet styres via professionelle bestyrelser. Herunder også alle de opgaver på ældreområdet, der har et betydeligt lokalt præg. Det er en markant bureaukratisering af velfærden, som udhuler den demokratiske legitimitet. På sigt kan det potentielt underminere opbakningen til det lokale demokrati og den velfærdsmodel, vi er stolte af i Danmark. MK ønsker at sygehuse og sundheds- og ældreområderne ledes af folkevalgte ansvarlige.

Tværgående anbefalinger

Middelfart Kommune bakker op om de af kommissionens tværgående og grundlæggende anbefalinger, som bidrager til udviklingen af et nært og robust sundhedsvæsen. En stærk borgerrettet forebyggelsesindsats er afgørende for at mindske sygdomsbyrden i befolkningen og hermed belastningen af det samlede sundhedsvæsen og bør være et væsentligt element i fremtidens sundhedsstruktur.

MK har følgende konkrete bemærkninger til fire af kommissionens seks tværgående tilbud:

Anbefaling 1- Ny organisering af det almene medicinske tilbud

MK ser almen praksis ses som et centralt omdrejningspunkt i det nære sundhedsvæsen og finder det positivt, at der med anbefalingen lægges op til at almen praksis vigtigste rolle i fremtidens sundhedsvæsen – at varetage tovholderfunktionen og være lægeligt ansvarlig for borgernes sundhed i det nære sundhedsvæsen – styrkes.

Kommunerne bør inddrages i den nye aftalemodel for alment praktiserende læger. I MK er der tradition for et tæt og nyskabende samarbejde mellem lokale almene praksis og kommunens sundhedsprofessionelle til gavn for alle interessenter – almen praksis, kommunen og især Middelfart Kommunes borgere – et frugtbart samarbejde som vi gerne vil bevare i et fremtidigt styrket almenmedicinsk tilbud.

Anbefaling 2 – Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Det er god digital praksis, at ansvar for forretningskritiske it-systemer placeres tæt på organisationen og den praktiske opgavehåndtering. Dette princip bør fastholdes fx for EOJ og EPJ-systemer. MK mener dog at der kan foretages træk på decentrale enheder med henblik på benchmarking og vidensdeling. Der bør samtidigt etableres nationale kvalitetsstandarder til lokale digitaliserings -og velfærdsteknologiske løsninger, så disse altid kan integreres sømløst med EOJ og EPJ-systemerne.

Det er væsentligt at inddrage praksisnær viden - både lokalt og på tværs af kommuner og sygehuse samt almen praksis - inden centrale beslutninger træffes og at mulige kombinationer af allerede eksisterende systemer tages med i en analyse af fremtidige løsninger.

Anbefaling 3 – Tilpasset fordeling af ressourcer i Sundhedsvæsenet – en national sundhedsplan

MK er positivt indstillet overfor anbefalingen om en national sundhedsplan og anerkender behovet for en ressource- omfordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

MK bakker op om bindende nationale kvalitetsstandarder for så vidt at der: 1) følger finansiering og medarbejderressourcer med til opgaverne og den øgede administrative indsats og at der 2) stilles krav til alle sektorer, så kvalitetsstandarder i højere grad benyttes som fælles forpligtende forbedring af det tværsektorielle samarbejde med sigte på det fælles populationsansvar og det at sikre sammenhæng på tværs.

MK bifalder at kommissionen har taget forskning med som forslag under den tredje anbefaling. Etablering af det første nærhospital i Danmark i partnerskab med Region sætter fokus på innovation og vidensbehov, som med fordel kan omsættes til forskning i det nære sammenhængende sundhedsvæsen og løfte kvaliteten af det tværfaglige sundhedssamarbejde.

Anbefaling 4 – styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

MK anerkender, at Sundhedsstrukturkommissionen har fokus på sammenhæng og kvalitet i indsatser for mennesker med psykiske lidelser og bakker op om en mulig integration mellem det psykiatriske og somatiske område.

MK bakker op om anbefaling af fasttilknyttede læger på botilbud, og mener at anbefaling med fordel kan suppleres med tilknytning af almenpraksis på botilbud generelt – herunder på handicapområdet m.m. Opmærksomhed dog på forslag om kommunal sygeplejerske som tovholder, en model som ikke er udgiftsneutral for kommunen.

Anbefaling 5-6 – MK har ingen bemærkninger til disse.

Middelfart Kommune vil gerne kvittere for Sundhedsstrukturkommissionens store arbejde med at udarbejde anbefalinger og forslag til forvaltningsmodeller – et arbejde der er med til at styrke den vigtige dialog om et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed i sundhed. Vi ser frem til den fortsatte samtale.

Med Venlig Hilsen

På vegne af Middelfart Kommunes samlede Byråd og Middelfart Kommunes Ældreråd



Johannes Lundsryd Jensen
Borgmester



Ole Juel Jakobsen
Formand, Middelfart Kommunes Ældreråd

Hørings svar fra Muskelvindfonden

Indledning

Muskelvindfonden vil gerne takke regeringen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne rose regeringen for at have nedsat kommissionen og takke Sundhedsstrukturkommissionen for det omfattende arbejde og den grundige rapport. Vi vil især fremhæve og støtte op om anbefalingen om den store opgavesamling, som vi mener er et skridt i den rigtige retning mod et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Muskelvind er fællesbetegnelsen for en lang række neuromuskulære sygdomme, hvor muskelkraften gradvist forsvinder fra enkelte eller større muskelgrupper. Både børn, unge, voksne og ældre kan få sygdommene. Hvornår i livet symptomerne debuterer, og hvor alvorlige de bliver, varierer underdiagnoserne imellem. Nogle bruger kørestol, respirator og har brug for praktisk hjælp døgnet rundt, andre kan gå, cykle og selv tage tøj på. Nogle kan passe fuldtidsjob, andre er i fleksjob eller på førtidspension. Helt generelt gælder dog, at tilstanden er kronisk, fremadskridende og medfører særlige behandlingsbehov. Muskelvind er systemisk, idet hele kroppen inklusive vejrtrækning, kredsløb og fordøjelse påvirkes. Derfor er selv en banal blindtarmsbetændelse altid allerede kompliceret, når patienten samtidig har muskelvind. Det betyder, at mennesker med muskelvind for at overleve og trives har brug for adgang til højt specialiseret behandling. Den skal være mere sammenhængende end i dag, hvor regioner, kommuner og hospitalsafdelinger ofte er uenige om ansvarsplaceringen, så mennesker med muskelvind tabes imellem dem.

Ret til specialiseret behandling

Vi har allerede foreslået Sundhedsstrukturkommissionen at sikre ret til specialiseret behandling for mennesker med muskelvind. Årsagen er, at mennesker med muskelvind ofte har komplekse behandlingsbehov, der ikke imødekommes tilstrækkeligt i det nuværende sundhedssystem. Muskelvind kræver specialiseret behandling, som ofte ikke er tilgængelig på lokalsygehuse. Dette kan føre til alvorlige fejlbehandlinger og fragmenterede behandlingsforløb.

Anbefalinger:

- **Ret til specialiseret behandling:** Patienter med muskelvind skal have ret til behandling på højt specialiserede sygehuse, også for andre tilstande end muskelvind.
- **Specialiseret rådgivning:** Oprettelse af en bagvagt med viden om muskelvind i hver region, tilgængelig døgnet rundt.
- **Muskelvindcentre:** Etablering af regionale muskelvind-ekspertisecentre for at sikre nødvendig viden og kompetencer.

Implementering af disse tiltag vil forbedre behandlingskvaliteten og livskvaliteten for mennesker med muskelvind, reducere fejlbehandlinger og forbedre effektiviteten i sundhedssystemet.

Anbefaling om opgavesamling

I Muskelvindfonden støtter vi fuldt ud den store opgavesamling, hvor sundhedsopgaver samles under én myndighed. Dette vil forbedre koordinationen og sammenhængen i patientforløbene, særligt for patienter med komplekse behov. I vores inputs til Sundhedsstrukturkommissionen har vi beskrevet, hvordan mennesker med muskelsvind, ligesom andre patienter med handicaps, bliver kastebolde mellem regioner og kommuner på grund af uklare grænser mellem de forskellige lovkomplekser, som sundhedsloven, og serviceloven. Det skaber alt for ofte situationer, hvor patienter og deres pårørende står med en betydelig byrde i at navigere gennem et fragmenteret system for at få den nødvendige hjælp og støtte.

For eksempel kan en patient med muskelsvind have brug for både specialiseret medicinsk behandling fra regionen og daglig personlig pleje fra kommunen, men den manglende koordination og klare ansvarsfordeling mellem disse myndigheder resulterer ofte i forsinkelser og mangelfulde tilbud. Desuden opstår der problematikker omkring hjælpemidler og behandlingsredskaber, hvor uklarhed om ansvarsfordelingen fører til kampe og uenighed mellem de forskellige myndigheder om, hvad der har det økonomiske ansvar og dermed lange ventetider på afgørelser. Dette resulterer i tab af både livskvalitet og førlighed, ofte med permanente forværringer.

Derfor har samlingen af opgaveansvaret under én myndighed nogle helt klare fordele, som også er beskrevet i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, s. 282. For det første giver opgavesamling reel mulighed for at skabe sammenhængende patientforløb, da hele patientforløbet ligger under én myndigheds ansvar, i stedet for at være delt mellem flere myndigheder. For det andet styrker det muligheden for at bruge ressourcerne mere effektivt – både økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer – når den samme myndighed har ansvaret for sammenhængende opgaver.

Derfor mener Muskelvindfonden, at opgavesamling under én myndighed er nødvendig for at sikre en mere effektiv og sammenhængende sundhedsindsats. En sådan struktur vil reducere unødvendigt bureaukrati og sikre en mere ensartet tilgang til kvalitet i sundhedsvæsenet, både inden for og uden for hospitalernes mure.

BPA-ordninger

Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) bør inkluderes i en opgavesamling.

Vi undrer os over, at Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) ikke er inkluderet i den store opgavesamling. BPA-ordningen er afgørende for mennesker med handicap, da den giver mulighed for et selvstændigt liv og personlig tilrettelæggelse af hjælpen. I vores tidligere input til Sundhedsstrukturkommissionen har vi fremhævet de store udfordringer på området og argumenteret for, at en opgavesamling, der inkluderer BPA, kan sikre bedre ressourceudnyttelse og højere

kvalitet i plejen. Dette vil også lette den administrative byrde for borgerne, som i dag ofte oplever kompleksiteten i at navigere mellem forskellige systemer og lovgivninger.

Den kommunale visitation til hjælperordninger efter serviceloven (BPA) har brug for et kvalitetsløft.

Kommunerne mangler ofte den nødvendige faglige kompetence til at løfte opgaven, og ordningen presser dem økonomisk. Desuden er der utilstrækkelig sammenhæng mellem hjælpen fra kommunen og regionen i de mange tilfælde, hvor borgeren med omfattende funktionsnedsættelse også har brug for sundhedsydelse. Det betyder, at borgerne alt for ofte kommer i klemme.

Har borgeren eksempelvis også en respirator, er regionen medfinansierende af BPA-ordningen. Dette skaber, ligesom andre opdelinger, usikkerhed om afgrænsningen mellem kommune og region. Alt for ofte opstår der uenigheder mellem kommune og region om, hvem der bestemmer og betaler.

Det er helt afgørende, at man ved en opgavesamling bibeholder BPA-ordningens fleksibilitet. En regional respirationsordning er betydeligt mindre helhedsorienteret og fleksibel. F.eks. kan man blive begrænset til kun et kunne komme ud af sit hjem i maks. 15 timer om måneden. Hjælpen kan ikke tages med på rejser til udlandet. Og muligheden for at blive kompenseret for handicapbetingede ekstraudgifter minimeres.

Den store forskel på en regional respirationsordning og en kommunal BPA-ordning skaber usikkerhed om borgernes rettigheder, eksempelvis vedrørende hjælpernes arbejdstid og mulighederne for rejser. Når der er tvivl, risikere borgeren at ende i en mindre fleksibel ordning, som også er dyrere for samfundet, fordi de hjælpere, der er ansat til at hjælpe borgere med praktiske gøremål så skal suppleres af andre hjælpere, der skal hjælpe med ting som sondemad, respirationshjælp og andre sundhedsydelser.

Udover de generelle fordele ved opgavesamling, er fordelene ved at samle BPA-området under færre enheder og sammen med sundhedsområdet blandt andre:

- Ensartede nationale retningslinjer vil forbedre retssikkerheden og trygheden for mennesker, der har brug for hjælp til stort set alt praktisk for at få livet til at hænge sammen.
- Forbedret opsamling af data på området.
- Det sikrer den fri bevægelighed for mennesker med BPA, der ikke risikerer at miste afgørende hjælp ved at flytte kommune.
- En samling skal sikre, at både borgere med en hjælperordning efter serviceloven og borgere med en respirationsordning efter sundhedsloven får en helhedsorienteret og fleksibel hjælp.

- Lette den administrative byrde for både myndigheder og borgere, som i dag ofte oplever kompleksiteten i at navigere mellem forskellige systemer og lovgivninger.
- Antallet af behandlede sager når en volumen, der giver sagsbehandlere erfaring, der er med til at sikre kvalitet.

Det styrker muligheden for at bruge ressourcerne mere effektivt, både økonomiske, teknologiske og personalemæssige ressourcer, hvis den samme myndighed har ansvaret for sammenhængende opgaver, som der står i sundhedsstrukturkommissionens rapport på side 282. Muskelvindfonden foreslår derfor, at BPA-ordningerne også medtages i en opgavesamling.

BPA-ordningen er afgørende for mennesker med handicap, da den giver mulighed for et selvstændigt liv og personlig tilrettelæggelse af hjælpen.

Frygt for afspecialisering

På trods af de mange positive takter i anbefalingen om en national sundhedsplan, frygter Muskelvindfonden, at flere af kommissionens forslag risikerer at føre til en svækkelse af det specialiserede område. Muskelvindfonden ser det specialiserede område som et afgørende element i at sikre et stærkt sundhedsvæsen, som er gearret til fremtiden. Ikke kun for de sjældne diagnoser, men for hele den individualiserede behandling med personlig medicin, som i fremtiden vil blive mere dominerende og vigtig for alle danske patienter. Ambitionen om et stærkere sundhedsvæsen forudsætter, at der er et solidt fundament at stå på. Derfor kunne vi have ønsket et klarere fokus på at fastholde og styrke de specialer, som findes på universitetshospitalerne. I anbefalingerne mangler der opmærksomhed på behovet for at robustgøre og styrke den specialiserede indsats, så vi også fremover kan tilbyde højt specialiseret behandling samt udbygge grundlaget for forskning, sundhedsinnovation og vækst inden for ibrugtagelse af nye innovative og revolutionerende lægemidler.

Komplekse diagnoser kræver specialbehandling

Personer med muskelsvind vil altid have behov for at blive set på de neurologiske afdelinger, hvor ekspertisen er til stede. Det er derfor vigtigt, at det nye sundhedsvæsen understøtter de specialiserede afdelinger og universitetshospitalerne. En vigtig faktor er at anerkende deres ekspertise og understøtte den forskning, som foregår på de specialiserede afdelinger. Dette vil bidrage til en bedre sammenkobling af sundhedsstrukturen med life science strategien og skabe et sammenhængende sundhedsvæsen.

Bekymrende forslag om afregningsloft og tilpasset afregningsmodel

Kommissionens forslag om et afregningsloft og en tilpasset afregningsmodel for højt specialiseret behandling er særligt bekymrende. I dag foregår der allerede en mellemregional afregning, når en borger, som er bosat i en region, modtager behandling i en anden region. En tilpasset afregningsmodel kan indebære indførelsen af et tillæg for højt specialiseret behandling, der lægges

oven i den normale behandlingstakst, som den sygehusansvarlige myndighed betaler. Formålet vil være at begrænse incitamentet til at få patienter ind i et højt specialiseret behandlingsforløb. Denne begrænsning vil udover en svækkelse af det specialiseret område, give en øget risiko for geografisk ulighed, hvilket kommissionen netop er sat til at begrænse.

Anvendelse af demografimidler

Kommissionen foreslår, at de regionale demografimidler skal anvendes på opgaver i kommunerne og i almen praksis. Demografimidlerne finansierer i dag den stigende efterspørgsel efter sygehusbehandling i takt med, at vi bliver flere ældre, og flere danskere dermed får komplekse sygdomme som kræft og hjertesygdom, men også mere sjældne sygdomme som muskelsvind, som kræver højt specialiseret behandling på sygehusene. Forslaget betyder dermed reelt, at man tager pengene fra behandling af patienter med komplekse sygdomme for at finansiere opgaver i kommunerne og almen praksis.

Muskelsvindfonden anerkender, at det har været en forudsætning for Sundhedsstrukturkommissionens arbejde at komme med udgiftsneutrale anbefalinger. Men Muskelvindfonden understreger, at der er behov for fortsat at investere i sundhedsvæsenet for at sikre, at patienter med både almindelige og sjældne sygdomme får den nødvendige behandling af høj kvalitet.

Konklusion

Muskelsvindfonden ser positivt på anbefalingerne om en stor opgavesamling, da dette kan forbedre koordinationen og sammenhængen i patientforløbene. Vi understreger dog behovet for at inkludere Borgerstyret Personlig Assistance (BPA) i opgavesamlingen for at sikre bedre ressourceudnyttelse og højere kvalitet i plejen.

Der er en betydelig risiko for afspecialisering, som kan svække den specialiserede indsats inden for sjældne og komplekse sygdomme. Det er derfor afgørende at opretholde og styrke den specialiserede behandling samt sikre, at finansiering og ressourcer ikke flyttes væk fra disse vigtige områder. Ved at sikre gode rammer for forskning vil man kunne skabe et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor innovative værktøjer og personlig medicin bliver centrale for fremtidens behandling.

Vi opfordrer til fortsat investering i sundhedsvæsenet for at sikre, at alle patienter modtager den nødvendige behandling af høj kvalitet.

Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport: Forslag om ejerskabsregler for ydernumre og tiltrækning af speciallæger til udfordrede områder.

Som repræsentanter for lægepraksis i Region Syddanmark og Region Sjælland, har vi en fælles ambition om, at skabe bæredygtige løsninger i de områder af Danmark, hvor det er svært at tiltrække og fastholde praktiserende læger.

Vi har med stor interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens rapport og glæder os over mange af de fremkomne forslag.

I dette høringssvar uddyber vi dog et forslag målrettet rekruttering til almen praksis og vil derfor ikke kommentere de øvrige dele af rapporten.

Netværkspraksis¹

Vi ønsker at muliggøre organiseringen af driften i almen praksis i netværk, hvor flere praktiserende læger er sammen om at drive flere praksis. På den måde ønsker vi at skabe gode rammer for, at stedlige læger med ejerskab for praksis understøtter kontinuitet og kvalitet i behandling for patienter i lægedækningstruede områder. Vi kalder det netværkspraksis.

I 2005² arbejdede en arbejdsgruppe under PLO^[1] med at etablere netværkspraksis. Det ser ud til at det ikke blev til mere dengang. Siden har almen praksis udviklet sig og senest med Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 1, forslag 8, har netværkspraksis og andelsorganisering af praksis fået fornyet aktualitet.

Formålet med netværkspraksis

Vi vil understøtte lighed i sundhed. Der hvor der i dag er flest sårbare patienter, har vi også de største problemer med at tiltrække og fastholde praktiserende læger. Vi ved at arbejdsglæden er under pres på grund af det stigende antal opgaver der skal løses i almen praksis, dette er et landsdækkende fænomen, men bidrager til rekrutteringsproblemerne. Ved at skabe gode rammevilkår for praktiserende læger, ønsker vi at skabe de bedste betingelser for, at alle patienter kan få en fast læge der hvor de bor. Vi ved jo, at det gør en forskel at vi kender hinanden, ikke mindst for de patienter der har flere sygdomme.

Modellen har en driftsmæssig styrke og robusthed, der kan imødegå de nye større krav til almen praksis, som Sundhedsstrukturkommissionen lægger op til. Samtidig sikres en konstruktion, hvor den enkelte læge aflastes i forhold til administrative opgaver, og således sikres mere tid til patienter i den enkelte praksis. Ligeledes vil vi med netværkspraksis kunne udnytte

¹ netvaerkspraksis.dk

² <https://ugeskriftet.dk/nyhed/netvaerkspraksis-en-praksisform-med-jordforbindelse>

personaleressourcerne optimalt og dermed bidrage til at fastholde blandt andet SOSU assistenter og hjælpere i øvrige dele af primærsektoren.

Baggrund

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at en enkelt praktiserende læge højst må eje to ydernumre³. I Netværkspraksis ejer flere læger i fællesskab flere praksis, men kan også have ansatte speciallæger der ønsker denne form for tilknytning til praksis. Hvis begrænsning i antal ydernumre som en praktiserende læge må eje, ændres fra de nuværende 6 ydernumre til et mindre antal, ønsker vi at rammerne tilpasses, så det samtidig gøres muligt, at flere læger i fællesskab kan eje flere ydernumre.

Flere opgaver

Sundhedsstrukturkommissionen beskriver, at almen praksis skal løse langt flere opgaver og derfor anbefales det, at praksis organiseres i netværk eller andelsfællesskaber⁴, der kan løfte de kommende krav til primærsektoren. Ved at skabe en netværksmodel for almen praksis, bliver det muligt at aflaste læger fra administrativt arbejde og samtidig løfte større opgaver, end det er muligt i mindre praksis. Vi vil ligeledes kunne fokusere mere på kvaliteten og de sammenhængende forløb.

Langt de fleste praksis fungerer heldigvis rigtig godt og der er mange spændende løsninger der hver for sig bidrager til at understøtte lighed i sundhed. Desværre er der også mange praktiserende læger der ikke trives. Den samlede mængde opgaver der er forbundet med at drive praksis er så belastende, at 48,2% af de praktiserende læger udviser symptomer på moderat udbrændthed⁵.

Kontinuitet som pejlemærke

Indenrigs og Sundhedsministeriet har netop udgivet en rapport, der understreger at patienttilfredsheden blandt patienter er langt højere i PLO drevne klinikker end i udbudsklinikker, partnerskabsklinikker og regionsklinikker. Det er særlig kontinuitet og geografisk tilgængelighed, der er afgørende for patienterne, hvilket netop PLO klinikker understøtter ved ejerskab og lokal forankring.⁶ Det vil derfor være afgørende for det almenmedicinske tilbud, at det fortsat består af faste speciallæger i almen medicin, som dog med fordel kan have andre speciallæger og vikarer ansat.

Rekruttering af læger:

Der er mange yngre læger, der tøver med at etablere sig i egen praksis, da de har ønsker og krav til deres arbejdsliv, som kan være svære at forene med at drive egen praksis. Det fremgår af

³ Side 204 i Sundhedsstrukturkommissionens rapport

⁴ <https://www.ism.dk/Media/638545635292256419/Hovedrapport-tilg%c3%a6ngelig-fil.pdf>

⁵ [alment-praktiserende-laegers-psykiske-arbejdsmiljoe-og-jobtilfredshed-2023.pdf](#)

⁶ [Landsrapport.pdf \(ism.dk\)](#)

almen praksis undersøgelse blandt yngre læger 2023⁷. Denne vaklen er endnu tydeligere i områder af Danmark hvor der er flest sårbare patienter.

Især ”at praksis ligger i nærheden af min bopæl”, ”at der er mulighed for deltidsansættelse”, og ”at min familie trives med beslutningen” fremhæves af respondenterne som faktorer, der kan få dem til at overveje at arbejde i et område med lægemangel.

Samlet konkluderes det at ca. 40% af de adspurgte læger ikke ønsker at eje egen praksis fra starten af deres karriere, men i stedet ønsker ansættelse i almen praksis. De færreste af de adspurgte ønsker ansættelse i en partnerskabsklinik.

Som årsager til at søge ansættelse i praksis i stedet for at eje egen praksis nævnes bekymring for overbelastning og udbrændthed. Ydermere er der et stort ønske om deltidsarbejde og sikring af familiens trivsel som afgørende for deres valg.

De læger, der ønsker ansættelse, ønsker for 95% vedkommende ansættelse i almen praksis. I denne gruppe ønsker 68% ansættelse 1-3 år og 23% ansættelse i 4-10 år.

Forslag til Ændring - Netværkspraksis modellen

Der er behov for en model, der giver bedre rammer for fleksibilitet og differentieret tilknytning til praksis, der for den enkelte speciallæge kan ændre sig over tid, afhængigt af anciennitet, personlige forhold mv.

Der er læger der ønsker at være ansat i praksis uden yderligere forpligtelser end det kliniske arbejde og uden at skulle investere i praksis.

Der er læger der ønsker et større lokalt ansvar med fokus på det kliniske arbejde og mulighed for at være lokale klinikchefer, uden at skulle belastes af personaleledelse, administrativt og organisatorisk arbejde.

Endelig er der læger der ønsker at involvere sig med større ansvar og forpligtelser i forhold til personaleledelse, organisatoriske og administrative opgaver.

Vi ønsker at der skabes mulighed for at flere praktiserende læger kan eje flere praksis i fællesskab og at der i denne model også skabes mulighed for ansatte læger og differentieret ejerandel af praksis. Denne model vil understøtte en gradvis introduktion for yngre speciallæger i almen medicin til arbejdet og ansvaret som medarbejder eller klinikchef i almen praksis. Der bør fortsat være et loft for antal ydernumre, som en praktiserende læge må eje. F.eks. at 3 læger tilsammen højst må eje 6 eller 9 ydernumre. Vi mener, at denne tilpasning vil være befordrende for at skabe robuste og bæredygtige praksisnetværk, især i områder hvor det er svært at rekruttere praktiserende læger.

Ved at kombinere praktiserende læger med mange års erfaring, med yngre speciallægers ønske om at etablere sig i en bæredygtig konstruktion, hvor der både er et godt fagligt miljø, god

⁷ [yngre lægers almen praksis-undersøgelse 2023 \(laeger.dk\)](https://laeger.dk)

patientoplevelt kvalitet og aflastning fra organisatorisk og administrativt arbejde, får yngre speciallæger i almen medicin en gradvis oplæring og erfaring i at være klinikchef. Denne konstruktion skaber bedre rammer for at ansatte speciallæger i almen medicin, kan overskue at blive medejer af praksis og dermed sikre lokalt ejerskab, kontinuitet og høj faglig kvalitet.

Samarbejde og vidensdeling:

Vi ønsker at skabe et solidt og forpligtende fundament under den opgave det er, at tiltrække speciallæger i almen medicin, til områder hvor der er lægemangel.

Vi arbejder for at understøtte DSAM (Dansk Selskab for Almen Praksis) pejlemærker⁸ for god klinisk praksis.

Vi ønsker at samarbejde og dele erfaringer med andre netværkspraksis og læger, der er interesserede i at løse de store udfordringer vi har med at tiltrække praktiserende læger til områder hvor der er lægemangel.

Netværkspraksis samarbejder om udvikling af modellen, og deler gerne viden og erfaring med andre, der ønsker at understøtte kontinuitet og kvalitet i behandling for patienter i lægedækningstruede områder.

Vi deltager i andels fællesskabet Vores klinik – din praksispartner⁹, hvor vi samarbejder med andre praktiserende læger om at understøtte almen praksis drevet af praktiserende læger. Vi støtter desuden forskningsprojektet Deep End¹⁰ der har til formål at styrke almen praksis i belastede områder.

Fremtiden for Almen Praksis

Vi er overbeviste om, at det bedste for almen praksis er, at der er stedlige læger med kontinuitet og ejerskab lokalt, hvor læger og patienter kender hinanden. Vi arbejder for, at denne model for netværkspraksis kan være et af flere gode bud på, hvordan vi løser denne opgave i de områder af Danmark, hvor det i dag er svært at tiltrække praktiserende læger. Ved at skabe gode rammevilkår for praktiserende læger i disse områder, ønsker vi at skabe de bedste betingelser for, at alle patienter kan få en fast læge der hvor de bor.

⁸ [DSAM's pejlemærker for faget almen medicin](#)

⁹ [Hvem er vi? – Din praksispartner \(voresklinik.info\)](#)

¹⁰ [Baggrund og formål — Deep End Denmark \(deepend-denmark.dk\)](#)

Underskrivere

Fra Region Syddanmark
Birgitte Holde
Emil Holm Kongsted
Henrik Rasmussen
Lars Bruun

Fra Region Sjælland
Christina Svanholm

Aktuelt om Netværkspraksis

[Netværkspraksis](#) i Region Syddanmark og Region Sjælland, er et samarbejde mellem flere almen praksis.

I Region Syddanmark er det fra 1. August 2024 er klinikkerne Lægehus Nord, Grindsted Lægehus og Lægeklinik Ølgod en del af netværket. Fra 1. januar 2025 bliver Rødding Lægehus og Varde Lægehus ligeledes en del af netværket.

I Region Sjælland er Nysted Lægehus aktuelt i gang med at afsøge mulighederne for at danne netværkspraksis med Saksøbing Lægehus.

Kontaktinformation

For yderligere information, kontakt venligst:

Netværkspraksis Region Syddanmark:

Henrik Rasmussen
Praktiserende Læge
prinds@dadlnet.dk
Tlf: 61655545

Netværkspraksis Region Sjælland:

Christina Svanholm
Praktiserende læge
cs@nystedlaegerne.dk
Tlf: 61778780



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Til Sundhedsministeren

Nordfyns Kommune takker for muligheden for at afgive hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi anerkender kommissionens store arbejde og regeringens vilje til at fremtidssikre strukturen på sundhedsområdet.

Vi har fulgt og deltaget i debatten, og vi synes at vores synspunkter er godt repræsenteret i det fælles hørings svar som alle landets borgmestre står bag.

Med udgangspunkt i vores lokale erfaringer vil vi gerne tilføje et par selvstændige pointer:

En stærkere indsats i det nære lokalt forankrede sundhedsvæsen og et mere forpligtende tværgående samarbejde er at foretrække frem for nye eksperimenter med store centraliserede organisationer.

I Nordfyns Kommune føler vi et stort ansvar for befolkningens sundhed. Vi arbejder med og bidrager konstant til at sikre bedre patientforløb i samarbejde med lægepraksis og sygehuse. Det arbejde går faktisk ret godt og vi oplever, at det stadig tættere samarbejde er meget velfungerende og kommer vores borgere til gavn. Og fordi vi er gode til at etablere samarbejder, er vi ikke for små.

Vi ser en mulighed for at vi kan nå langt videre med et tættere samarbejde og dermed også undgå endnu et eksperiment med store centraliserede offentlige institutioner. Her ser vi et stort potentiale i kommissionens tværgående anbefalinger.

Det forekommer os helt klart, at selvom man på papiret kan drømme om en stor effektivt drevet, samarbejdende og koordineret organisation, er det meget sjældent at det er det, der bliver resultatet i praksis. Mange af de koordinerings- og prioriteringsudfordringer, der beskrives i kommissionens rapport findes da også allerede inden for rammerne af de nuværende regioner og sygehuse.

En generel succes vil derfor være at der ikke kommer til at ske en opgaveglidning, men at alle aktører påtager sig deres ansvar, så vi i fællesskab bliver til gavn for de borgere vi betjener.

Hos os hedder patienterne *mennesker* og kommunen understøtter det hele liv. Værdien af det bør i højere grad understøttes i den fremtidige sundhedsstruktur.

Kommunerne har den helt store styrke, at vi kender og inddrager en lang række andre lokale parter. Og vi ved hvor meget det betyder for det enkelte menneske, at tingene ikke kun hænger sammen i overgangen mellem sygehus, læge og de kommunale serviceydelser. Internt sørger vi for, at der koordineres og skabes sammenhænge på tværs af andre kommunale organisationer som hjemmepleje, sygepleje, plejecentre, socialafdeling m.v. Men vi rækker også langt ud i civilsamfundet i forhold til at skabe livskvalitet og sammenhænge i hele borgerens liv. Det tror vi ikke store centrale organisationer som i model 1 og 2 kan have øje for.

Sundhed og Rehabilitering

28. juni 2024

Sagsnummer
S2024-6677

Dokument nr.
D2024-92785

Cpr.-/CVR-nr/Ejd.nr.

Nordfyns Kommune
Østergade 23
5400 Bogense
Tlf. 6482 8282

Kontaktadresse
5400 Bogense
5400 Bogense

Hvis du ønsker at sende sikker post, skal du sende fra "Borger.dk" eller "Virk.dk".

www.nordfynskommune.dk

Kommunens databeskyttelsesrådgiver:
Tlf.: 64828192
E-mail: dpo@nordfynskommune.dk



Ud over det åbenlyse borgerperspektiv i dette så er vi også sikre på, at vi med den kommunale helhedsorienterede forebyggelse er med til at forebygge mange indlæggelser og patientforløb, som ellers ville belaste sygehuse og praksislæge.

Vi oplever desuden også at den faglige og helhedsorienterede tilgang er med til at gøre de sundhedsfaglige arbejdspladser attraktive for mange sundhedsprofessionelle. Og vi har i de senere år haft meget stor succes med at tiltrække unge fra lokalsamfundet og jobcenteret til vores stillinger. Det tror vi en stor central organisation vil have langt sværere ved.

Vi ser frem til at se regeringens udspil til en fremtidig sundhedsstruktur og er parate til at smøge ærmerne endnu mere op som central aktør i det nære sundhedsvæsen.

Venlig hilsen

Kommunalbestyrelsen i Nordfyns Kommune

Dato: 2. august 2024
Sagsnr.: 2402250
Dok.nr.: 2963564
Sagsbeh.: MLS.DKETIK



Ørestads Boulevard 5
Bygning 37K, st.
2300 København S

M: kontakt@nvk.dk
W: www.nvk.dk

Høringssvar: Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

National Videnskabsetisk Komité (NVK) takker for muligheden for at komme med bemærkninger til rapporten.

Uagtet hvilken model for sundhedsstruktur der vælges, så kommer det til at have indflydelse på det videnskabsetiske komitéssystem – altså det system af videnskabsetiske komiteer der giver tilladelse til at igangsætte klinisk forskning i Danmark.

Derfor skal en ny sundhedsstruktur ledsages af de nødvendige og tilstrækkelige ændringer i komitesystemet. Det forventes at der i Regeringens kommende Life science-strategi er lagt op til en analyse af fremtidens komitesystem.

Denne analyse kan der henvises til, når det bemærkes at komitesystemets struktur skal opdateres, så det passer til den valgte sundhedsstruktur.

Venligst
National Videnskabsetisk Komité

Høringssvar fra Nyborg Kommune til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger

Rådhuset, Torvet 1
5800 Nyborg

Betjen dig selv på
www.nyborg.dk

25. juni 2024

Sagsnr.:
S2024-11120

Sagsbehandler:
Dina Moos Riggelsen

Telefon: 6333 8101

Email:
sundogaeldre@nyborg.dk
Send altid personfølsomme
oplysninger via din digitale postkasse
på borger.dk

1. Indledning

Nyborg Kommune fremsender hermed sine bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport og anbefalinger.

Sundhedsstrukturkommissionen offentliggjorde 11. juni 2024 deres beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen.

Nyborg Kommune ønsker at anerkende Sundhedsstrukturkommissionen for et omfattende og grundigt analysearbejde, som er et væsentligt bidrag til den politiske drøftelse om organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen.

Vi vurderer dog, at det er relevant at nuancere drøftelsen med nogle driftsnære perspektiver på konsekvenserne af Sundhedsstrukturkommissionens forslag for borgere i landets kommuner.

Høringssvaret er opdelt i fire hovedafsnit:

- Sammenfatning af Nyborg Kommunes bemærkning i kort form.
- Beskrivelse af udfordringsbilledet fra Nyborg Kommunes perspektiv.
- Beskrivelse af hvad Nyborg Kommune allerede har gjort og planlægger i forhold til at imødekomme fremtidens udfordringer.
- Nyborg Kommunes bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forvaltningsmodeller.

2. Sammenfatning af Nyborg Kommunes bemærkninger

- *Nyborg Kommune kan ikke bakke op om Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodeller.*

Det vurderes, at forvaltningsmodellerne er omkostningstunge og vil medføre øget administration. Nyborg Kommune vurderer, at model tre vil kunne tilpasses og bidrage til styrkelsen af det primære sundhedsvæsen.

Det kræver dog, at kommunerne sikres en plads i nærudvalgene, samt at akutsygeplejen og den patientrettede forebyggelse bevares i kommunalt regi – andet vil modarbejde nærhedsprincippet og kommunernes muligheder for at implementere den kommende Ældrelov.

- *Nyborg Kommune bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger.*

Det danske sundhedsvæsen er i vid udstrækning kendt for kvalitet og effektivitet, men vi bør altid stræbe efter at blive bedre. Nyborg Kommune vurderer, at Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger er relevante og vil kunne bidrage til at styrke fremtidens sundhedsvæsen. Anbefalingerne vurderes at være det rigtige skridt fremfor mere indgribende implementering af nye forvaltningsmodeller.

- *Nyborg Kommune er enige i Sundhedsstrukturkommissionens beskrivelse af sundhedsvæsenets udfordringer, og eksisterende sundhedsaftalesamarbejde har bidraget positivt.*

Det eksisterende sundhedsaftalesamarbejde er implementeret forskelligt i landets fem regioner, men i Syddanmark er vi på mange parametre nået langt med at skabe et samarbejde, der sikrer sammenhæng i patientforløb.

- *Det primære sundhedsvæsen skal styrkes for at imødekomme sundhedsvæsenets nuværende og fremtidige udfordringer.*

Med strukturreformen i 2007 er det lykkedes at styrke det sekundære sundhedsvæsen. Det samme fokus bør rettes på primærsektoren med fokus på at styrke kvaliteten og samarbejdet om sundhedsindsatsen mellem kommunerne og almen praksis. Sundhedsopgaverne er velplaceret i kommunerne, tæt på borgernes levede liv og lokale muligheder i civilsamfundet og erhvervslivet. Fokus bør være på at skabe bedre rammer og økonomiske vilkår for løsningen af opgaverne i det primære sundhedsvæsen. Yderligere centralisering er ikke svaret.

- *Rekruttering af SOSU personale er en af de største trusler mod vores velfærdsmodel.*

En yderligere centralisering af sundhedsområdet vurderes ikke at bidrage positivt til mulighederne for at uddanne og rekruttere SOSU personale til landets kommuner. Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forvaltningsmodeller adresserer ikke denne problemstilling.

3. Udfordringsbilledet fra Nyborg Kommunes perspektiv

Nyborg Kommune er enig i Sundhedsstrukturkommissionens beskrivelse af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står overfor.

Vi oplever allerede konsekvenserne af den demografiske udvikling. I 2025 vil antallet af ældre borgere over 80 år i Nyborg Kommune være steget med 53% - svarerende til 1.170 flere borgere over 80 år sammenlignet med 2023. Udviklingen topes først i 2060, hvor antallet af ældre over 80 år forventes at være steget med 140%. Derfor er det vigtigt at overveje holdbarheden og sigtet for de strukturelle ændringer, som skal indføres.

Nyborg Kommune anerkender, at samarbejdet om Sundhedsaftalen har udviklet sig forskelligt i landets fem regioner, men ønsker at gøre opmærksom, at samarbejdet har fungeret i Syddanmark og har bidraget til sammenhængende patientforløb.

Nyborg Kommune er enig i Sundhedsstrukturkommissionens præmis om ubalance mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen. En væsentlig ubalance omhandler forskellige muligheder for forskning. I Syddanmark opleves en stigende interesse for tværsektoriel forskning bl.a. med fokus på udgående hospitalsfunktioner og kompetenceudvikling af kommunalt personale.

Nyborg Kommune vurderer, at der er store samfundsøkonomiske potentialer i at systematisere såvel sundhedsforskning i kommunerne som tværsektorielt forskningssamarbejde på sundhedsområdet.

Nyborg Kommune anerkender, at geografisk og social ulighed i sundhed er en væsentlig udfordring for sundhedsvæsenet. Ressourceknaphed er en væsentlig begrænsning ift. at løse denne udfordring og det vurderes nødvendigt at italesætte behovet for en politisk forventningsafstemning med den danske befolkning.

I fremtiden er det nødvendigt at differentiere sundhedsvæsenets samlede tilbud, så borgere med ressourcer, netværk og stærke sundhedskompetencer klarer mere selv, mens sundhedsvæsenet styrker dets tilbud og fokus på de svagere stillede borgere.

4. Beskrivelse af hvad Nyborg Kommune allerede har gjort, og planlægger, for at forberede sig på fremtidens udfordringer

Nyborg Kommune har allerede foretaget store investeringer med det formål at skabe rammerne for fremtidens sundhedsvæsen. Vores fokus er på sammenhæng, kvalitet og ressourceudnyttelse.

I oktober 2024 ibrugtages et nyetableret sundhedshus, hvor kommunens egenfinansiering overstiger 100 mio. kr. Her etableres:

- Kommunale tilbud: midlertidige pladser, akutsygepleje, sygeplejeklinik og forebyggende tilbud.
- Regionale tilbud: vagtlæge og regionale konsultationsrum til fx ambulante besøg.
- Almenmedicinske tilbud: to praksislæge klinikker.
- Speciallægetilbud: øre-/næse-/halslæge og hudlæge.
- Frivillige tilbud: 13 forskellige patientforeninger.

Nyborg Kommune og Region Syddanmark har en fælles ambition om at gentænke det nære sundhedsvæsen ved etablering af nærhospital på to matrikler, i Sundhedshuset og på Nyborg Sygehus. For at understøtte denne proces er en ny profil for Nyborg Sygehus godkendt i regionsrådet med vægt på nærhedsfunktioner, bl.a. et medicinsk daghospital.

Nyborg Kommune finder det derfor relevant, at "sundhedscentre" nævnes i Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger som et fremtidigt koncept, og ydermere at der peges på finansiering fra nærhospitalspuljen til etableringen heraf.

Nyborg Kommune har sammen med de øvrige 21 syddanske kommuner, praktiserende læger og Region Syddanmark etableret et stærkt administrativt og politisk samarbejde i regi af sundhedsaftalesamarbejdet. Samarbejdet har medført en lang række samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer, der understøtter sammenhængende patientforløb.

Desuden prioriterer Nyborg Kommune at etablere en organisation med de rette kompetencer til at sikre høj kvalitet i forebyggelse, omsorg, pleje og rehabilitering. Politisk har man i Nyborg Kommune afsat 44 mio. kr. i 2019 stigende til 143 mio. kr. i 2027 til ældreområdet.

For at imødekomme den demografiske udvikling, har Byrådet i Nyborg Kommune i 2024 godkendt en ny Ældrepolitik og en ny Sundhedspolitik, som begge afspejler stærke politiske ambitioner om at forebygge sygdomsudvikling og styrke vores ældre borgeres funktionsniveau.

Nyborg Kommune har allerede etableret faste tværfaglige teams i hjemmeplejen, hvor faggrupper som SOSU-personale, sygeplejersker, farmakonomer, terapeuter og diætister til daglig samarbejder om vores ældre borgere.

Endvidere har Nyborg Kommune stort fokus på implementering af velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet. Desuden implementeres digital understøttet træning i hjemmeplejen. Der er tale om tiltag, som sikrer en differentiering af indsatsen pga. stort kendskab til den enkelte borger og vedkommendes rammer.

Siden 2018 har Nyborg Kommune, Region Syddanmark, Odense Universitetshospital, Psykiatrien og almen praksis indgået i et tæt og højt prioriteret samarbejde med det formål at skabe mere sammenhæng, koordinering og nære tilbud af høj kvalitet. Målgrupperne for samarbejdet matcher det beskrevne sygdomsbillede med flere ældre, flere multisyge og flere med psykiatriske lidelser.

Eksempler er samarbejde om nedbringelse af antibiotika ved urinvejsinfektioner, optimeret setup for koordinering mellem kommune og henholdsvis gerontopsykiatri, demensudredning, faldforebyggelse, hjerterehabilitering med videre. Dette beviser, at med den rette politiske prioritering kan der skabes fælles resultater til gavn for borgerne.

Fra politisk side prioriteres det tværsektorielle samarbejde på trods af, at der ikke er fulgt økonomi med. Nyborg Kommune gjorde i 2019 opmærksom på, at kommunerne i næsten fem år ikke blevet kompenseret fuldt ud via finansiering- og udligningssystemet pga. det fastlåste niveau for medfinansiering.

Nyborg Kommune viser i sit daglige arbejde, investeringer og prioriteringer, at kommunerne er en afgørende og uundværlig spiller i det nære sundhedsvæsen nu, og i fremtiden.

Meget kan gøres bedre, og Nyborg Kommune mener, at en strukturreform bør give kommunerne rammerne til at kunne prioritere og skabe sundhedsindsatser af høj kvalitet i tæt samarbejde med almen praksis, sygehus og civilsamfund.

Kommunerne har gennem en lang årrække bevist, at de kan levere nære sundhedsydelser af meget høj kvalitet og med en høj grad af fleksibilitet, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers hverdagsliv.

Kommunerne bør med den rigtige og understøttende struktur, med økonomisk prioritering og rette incitamentsstruktur, fortsat være omdrejningspunktet i det nære sundhedsvæsen, og at det politiske ansvar for sundhedsområdet fortsat bør ligge i kommunerne.

5. Nyborg Kommunes bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forvaltningsmodeller

Det er Nyborg Kommunes vurdering, at Danmark på mange parametre har et velfungerende sundhedsvæsen, som vil kunne rustes til at imødekomme fremtidens udfordringer ved mindre indgribende tiltag, som fx nye incitamentsstrukturer.

Tværgående anbefalinger

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår seks tværgående anbefalinger, som vil styrke sundhedsområdet og understøtte implementeringen. Anbefalingerne passer godt ind i Nyborg Kommunes vurdering af, at det nuværende sundhedsvæsen styrkes yderligere med mindre indgribende tiltag.

- Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af de almenmedicinske tilbud, som sikrer større incitamenter for samarbejdet med den kommunale hjemme- og sygepleje og bidrager til sammenhængende patientforløb.
- Ny national organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet skal være med til at sikre fælles prioritering og retning for digitalisering og systematisk brug af data i sundhedsvæsenet.
- En national sundhedsplan skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære (øget vækst) og sekundære sundhedsvæsen (reduceret vækst), og geografisk på tværs af landet. Sundhedsplanen må ikke medføre øget administration. Sygehusene skal have en større rolle ift. at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen.
- Organisatorisk integration af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte, og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser. Øget brug af digitale løsninger i psykiatrien. Den kommunale socialpsykiatri fastholdes i kommunerne.

- Tilpasning af de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger (fx flere ambulante behandlingsforløb vedrørende opfølgning og kontrol af kroniske lidelser, ikke-akutte børnesygdomme, angst og depression og udredning af medicinske og kirurgiske mavetarmsygdomme).
- Oprettelse af et reformsekretariat under indenrigs- og sundhedsministeren.

Forvaltningsmodeller

Alle tre modeller vil have stor indflydelse på kommunernes økonomi og organisering.

Det er overordnet svært at se, at Sundhedsstrukturkommissionens udspil bliver andet end en administrativt tung løsning, som har fordyrende led i form af administrative enheder, centraliseret driftsorganisation og bestyrelser.

Set i et samfundsøkonomisk perspektiv efterlader model 1 og model 2 en stærk bekymring for de økonomiske omkostninger ved at omlægge til centralt styrede forvaltningsmodeller. Disse modeller vil skabe øget bureaukrati og kontrol, som starter administrativt, fjernt fra medarbejdere, borgere og deres nærmiljø, hvilket kan give lange responstider på alt, der vedrører borgernes nære og sammenhængende behov.

Sundhedsstrukturkommissionen forholder sig ikke til, hvor visitation til kommunernes ydelser skal foregå. Visitation tæt på borgerne giver det bedste grundlag for korrekte afgørelser og mulighed for løbende justeringer af ydelsesbehovet.

Model 1: Regionalt enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgskommuner

Nyborg Kommune vurderer det problematisk at tro, at et centralt ansvar for hele sundhedsvæsenet i sig selv vil sikre bedre sammenhæng i indsatsen og sikre den nødvendige omstilling og udbygning af tilbud uden for sygehusene. Hittidige erfaringer viser fx, at de nuværende regioner alene har udbygget det specialiserede sygehusvæsen, mens almen praksis, speciallæge, geriatri og psykiatriens kobling til somatikken er blevet nedprioriteret.

Flere regionale enheder risikerer at rulle de gevinster, sygehusene har høstet ift. specialisering og stordrift gennem de seneste 15-20 år tilbage. Patienterne kan få længere afstand til sygehusene, mens flere mindre bæredygtige regioner kan øge den geografiske ulighed i sundhed.

Samtidigt vil det blive vanskeligere at fastholde nærhed i indsatsen, når ældrepleje skal leveres af en myndighed, som ikke er forankret i nærområdet og som primært har erfaring med sygehusdrift – frygten vil være at borgere tabes mellem to stole.

Endvidere svækkes det stærke borgernære set-up med bl.a. akut-sygeplejersker, som kommunerne i dag leverer for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, arbejde med den patientrettede forebyggelse og sikre, at den rette hjælp sker hurtigt i borgers nærmiljø.

En flytning af hele eller store dele af det kommunale sundheds- og ældreområde vil i praksis reducere det kommunale prioriteringsrum betragteligt og gøre kommunerne mindre robuste ift. at håndtere opgaveskred på tilgrænsende områder, fx det specialiserede socialområde.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

Med model 2 ses ligeledes et oplæg om centralisering, som vil fjerne nærhedsprincippet og skabe mere bureaukrati.

Nyborg Kommune har de samme bekymringer for model 2, som nævnt ovenfor for model 1. En adskillelse af sundheds- og ældrekompetencerne fra kommunerne risikerer at skabe et yderligere behov for støtte til borgere med udfordringer, der går på tværs af social-, ældre- og sundhedsområdet. Et øget behov for understøttelse af udsatte borgere vil øge udgiftspresset på det specialiserede socialområde.

Nyborg Kommune bemærker, at en samling af sundhedsområdet i regionerne ikke fjerner snitfladeproblematikken, som ligeledes er et velkendt problem på landets hospitaler.

Model 3: Sundhedsregioner

Nyborg Kommune vurderer, at en tilpasset model 3 har det største potentiale for at sikre mere robuste og sammenhængende tilbud i det nære sundhedsvæsen.

Med model 3 søger man at få en regional styring af kommunerne gennem nærudvalg, som kommunerne *eventuelt* kan få mulighed for at have repræsentanter ind i.

Nyborg Kommune anbefaler:

- At kommunale repræsentanter sikres en plads i nærudvalgene, hvis sundhedsklyngerne nedlægges.
- At den nuværende ansvars- og opgavefordeling ikke flyttes til nye sundhedsregioner.
- At regionale demografimidler går til at udvide det kommunale sundhedsvæsen ved at flytte sygehusopgaver til de eksisterende kommunale opgaver. Det taler for, at nærhedsprincippet opprioriteres.
- At den kommunale medfinansiering KMF afskaffes, idet afregningsmodellen giver forkerte økonomiske incitamenter i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse samt giver en meget skæv fordeling af den overordnede kompensation mellem kommunerne.
- At staten afsætter investeringsmidler til etablering af sundhedshuse, plejeboliger, digitale løsninger og flere nærhedsbaserede tilbud i kommunerne.
- At det udvidede sundhedssamarbejde mellem sundhedsregion, kommune, sygehus og almen praksis styrkes.
- At der *ikke* indføres resultatafhængige tilskud til kommunerne.
- At den patientrettede forebyggelse (SUL §119) *ikke* flyttes til centrale regioner. Her spiller nærhedsprincippet en stor rolle i fht. borgernes deltagelse i forløbene. I stedet anbefaler

Nyborg Kommune, at der investeres i flere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i kommunerne.

- At man ser på mulighederne for at styrke den sygeplejefaglige autorisation ved at implementere det nyligt vedtagne virksomhedsområde. Det vurderes at kunne medvirke til et mere smidigt og mindre bureaukratisk samarbejde med praktiserende læger og det sekundære sundhedsvæsen.

Nyborg Kommune vurderer, at finansierede nationale kvalitetsstandarder er det rigtige værktøj til at sikre udvikling af mere robuste sundhedstilbud i kommunerne.

Nyborg Kommune finder det stærkt bekymrende, at man vil fjerne den akutte sygepleje fra kommunerne. Akutsygeplejen er sammen med praktiserende læger kommunernes gatekeepere til at forebygge indlæggelser samt kunne iværksætte hurtig behandling. At undgå indlæggelser hjælper den pressede sygehusstruktur og har et økonomisk incitament.

Nyborg Kommune finder ikke, at forvaltningsmodeller uden akutsygepleje, og sygepleje generelt i kommunerne, passer ind i Ældrelovens syn på faste tværfaglige teams. Her udgør det tværfaglige samarbejde et stærkt set-up omkring den borgernære pleje, genoptræning og forebyggende indsatser. Kommunale sygeplejersker har en stor rolle i at bedrive klinisk lederskab tæt på borgerne, og sikre fagligheden hos SOSU, i et tæt samspil med alle aktører hver dag.

Sundhedsstrukturkommissionens tre forslag til forvaltningsmodeller vil alle medføre radikale ændringer på sundhedsområdet, der vil vanskeliggøre nærhedsprincippet og en helhedsorienteret tilgang. Udfordringen beror i, at Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodeller i vid udstrækning flytter kommunernes ansvar for sundhedsområdet. Det betyder, at vi som kommune ikke vil kunne levere den helhedspleje, som vores ældre borgere er blevet lovet.

Med få justeringer vurderer Nyborg Kommune, at model 3 kan give gode muligheder for en effektiv styring af udgifterne i det samlede sundhedsvæsen og for at have langt færre omstillings- og implementeringsomkostninger end model 1 og model 2. Desuden vil model 3 kunne implementeres hurtigere, når først de sidste forhandlinger om det konkrete indhold er faldet på plads. Nyborg Kommune vil anbefale, at man bevarer Region Syddanmark med det formål, at vi kan fortsætte den positive udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Venlig hilsen



Kenneth Muhs
Borgmester



Til
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

28. juni 2024

Høringssvar - Sundhedsstrukturkommissionens rapport 2024

Næstved Kommune afgiver hermed høringssvar til rapporten fra Sundhedsstrukturkommissionen og vil indledningsvist gerne anerkende kommissionens grundige og solide arbejde med udarbejdelsen af de nu fremlagte anbefalinger til en fremtidig organisering af sundhedsvæsenet. Næstved Kommune tilslutter sig kommissionens fremstilling af grundlæggende udfordringer for danskernes sundhed og det samlede sundhedsvæsen.

Ældrereformen udgør et godt afsæt for udvikling af sundhed i det nære
Den ældrereform, som et flertal i Folketinget netop har vedtaget, udgør et betydeligt kvalitativt afsæt for udviklingen af ældre- og sundhedsområdet i kommunerne de kommende år. Det gælder bl.a. udbredelsen af tværfaglige faste teams, som Næstved i lighed med andre kommuner, allerede er i fuld gang med at implementere. En kommende sundhedsreform bør følge den retning og de mål, som er udstukket med ældrereformen for at sikre borgernes oplevelse af nærhed og sammenhæng i indsatserne.

De tværgående anbefalinger er helt afgørende for at udvikle det nære sundhedsvæsen, men rapporten gør for lidt ud af, at psykiatrien også skal hænge bedre sammen med kommunale tilbud og almen praksis.
Næstved Kommune anerkender generelt rapportens seks tværgående anbefalinger. De peger samlet på en tiltrængt styrkelse af det nære sundhedsvæsen. Det vil være en væsentlig forbedring for ældre, sårbare og kronisk syge mennesker, hvis de fremover vil opleve at kunne modtage relevante sundhedstilbud i deres nærområde. En omfordeling af de lægefaglige ressourcer, som styrker den geografiske lægedækning bl.a. for borgerne i Region Sjælland, er afgørende for at styrke det nære sundhedsvæsen, og det fremgår også meget tilfredsstillende af

anbefalingerne. Denne del af anbefalingerne udgør måske den allervigtigste del af hele rapporten.

Rapporten anbefaler at integrere det psykiatriske og somatiske sundhedsvæsen. Det forekommer relevant i lyset af den underbehandling, som mennesker med psykisk sygdom oplever. Forslaget om at tilknytte faste læger til botilbud er også positivt. Men mennesker med psykiske sygdomme har oftest mere berøring med og behov for kommunale tilbud på sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet foruden almen praksis. Det mangler rapporten at forholde sig til. Næstved Kommune er derfor bekymret for, at samarbejdet med kommuner og almen praksis vil drukne ved en organisatorisk samling af psykiatrien og somatikken og at sammenhængen, set fra borgernes synspunkt, tilsvarende reduceres. Det må ikke ske. Der er tværtimod behov for et styrket tværsektorielt samarbejde omkring disse borgere.

Model 1 og 2 er ikke forenelig med den nye ældrereform
Kommissionens forvaltningsmodeller 1 og 2 vil medføre en markant centralisering af sundhedsvæsenet. Næstved Kommune finder ikke, at de to forslag er forenelige med den nye ældrereform, som netop prioriterer kvalitet og sammenhæng for den enkelte borger højt. Set fra borgernes synspunkt er sammenhæng i adgang til sociale indsatser, tilbud om sundhedsfremme og forebyggelse samt adgang til foreningslivet lokalt imidlertid mindst lige så vigtig som sammenhæng i den regionale sundhedsbehandling.

Endelig viste erfaringer fra amterne vanskeligheder ved at prioritere ressourcer til nære almene sundhedstilbud, som fx genoptræning og forebyggelse, sammenlignet med specialiserede behandlingstilbud indenfor fx kræftbehandling og hjertekarsygdomme. Derfor bør de nære almene ældre- og sundhedstilbud bevares og styrkes i det primære sundhedsvæsen med et tæt tværsektorielt samarbejde.

Model 3 kan danne afsæt for et nyt sundhedsvæsen, men akutsygepleje, specialiseret rehabilitering og patientrettet forebyggelse bør forblive i kommunerne.

Blandt de tre forvaltningsmodeller, som kommissionen fremlægger, er det reelt kun med afsæt i model 3, at den endelige politiske aftale omkring sundhedsvæsenets organisering bør fastlægges. Model 3 giver mulighed for både at sikre et velfungerende specialiseret sundhedsvæsen og

udbygningen af nære sundhedstilbud og dermed den bedste sammenhæng, set fra borgernes side vel at mærke. Det er dog vigtigt at understrege, at en ændring alene i regioners antal eller grænser ikke i sig selv vil kunne reducere den tiltagende ulighed i sundhed, som nødvendigvis må være et overordnet mål for en reform at imødegå.

Dertil kommer meget konkret, at det vil være en stor fejl at flytte akutsygeplejen, specialiseret rehabilitering eller patientrettet forebyggelse til regionerne, som foreslået i model 3. Næstved Kommune har i dag et meget velfungerende samarbejde om disse indsatser fx med e-hospitalet i Region Sjælland om fremskudte akutpladser i kommunen, og er netop i gang med at udbrede akutindsatsen til alle kommunale plejehjem. Udbredelsen og den tværgående sammenhæng er helt afgørende for kommunens mulighed for at reducere antallet af overgange for borgerne og undgå unødige indlæggelser regionalt. Næstved Kommune vil imidlertid være positivt indstillet ift. indførelsen af nationale kvalitetsstandarder og et mere forpligtende tværkommunalt samarbejde for at sikre tilstrækkeligt patientgrundlag til alle opgaver fremover.

Nærhospitalerne skal med i en sundhedsreform sammen med velfærdsteknologier

Nærhospitalerne bør tænkes med ind i løsningerne af den fremtidige organisering af sundhedsvæsnet, da dette også vil bidrage til borgernes adgang til nære sundhedstilbud. Næstved Kommune har ansøgt om et nærhospital og fastholder behovet for en bred vifte af nære sundhedstilbud til de mere end 100.000 mennesker, som bor i Næstved og omegn. Så stor en borgergruppe har krav på relevante nære sundhedstilbud uden at skulle til Slagelse eller Køge. Det vil et nærhospital kunne imødekomme i et samarbejde mellem region, kommune, almen praksis og andre sundhedsaktører.

Endeligt bemærkes det, at medarbejdermanglen i sundhedsvæsnet – særligt på SOSU-området – betyder, at der skal sættes tempo på udvikling af nye digitale løsninger. Næstved Kommune vandt i 2023 innovationsprisen og har et stærkt fokus på udrulning af nye digitale løsninger med arbejdskraftbesparende effekt og kvalitet for borgerne indenfor det samlede ældre og sundhedsområde.

Med venlig hilsen
Carsten Rasmussen
Borgmester

Til Sundhedsministeriet

Vedr. Rapport fra Sundhedsstrukturkommissionen

København d. 5. august 2024

Optikerforeningen har med stor interesse læst rapporten om det fremtidige sundhedsvæsen fra Sundhedsstrukturkommissionen, og kan genkende de udfordringer der beskrives i rapporten og som berører øjenområdet, hvilket er vores primære arbejdsområde.

Specielt udfordringer med tværfaglighed, hvor patienten sættes i centrum og samtidig sikrer en hurtigt og nem behandling for den pågældende og manglende muligheder for et frit valg, er områder Optikerforeningen mener der skal mere fokus på.

Optikerforeningen mener dog at der har været for lidt fokus på udnyttelsen af de øvrige sundhedsprofessioner som f.eks. optometriste til at løse en del af sundhedsvæsenets opgaver på en måde der kan give mere sundhed for de samme penge og med kortere ventetid, hvilket på den lange bane vil være til en stor fordel for patienterne. Optometriste er autoriserede sundhedspersoner med de forpligtigelser og ansvar det indebærer, uddannelsen har siden 2007 været en professionsbachelor uddannelse hvilket har givet et kompetenceløft som har gjort det muligt at optometristerne er blandt medarbejderne på hospitalernes øjenafdelinger og hos mange praktiserende øjenlæger.

Overordnet set har Optikerforeningen ingen holdning til de forskellige forvaltningsmodeller men vil gerne påpege udfordringerne med hjælpemiddelområdet, som efter strukturreformen i 2007 blev flyttet fra amterne til det kommunerne har betydet at flere patienterne bliver behandlet forskelligt afhængigt af den kommune som patienten hører til. Derfor vil Optikerforeningen bakke op om forslaget om at flytte hjælpemiddelområdet til et større område som dermed skal sikre et mere ensartet tilbud til patienterne.

Optikerforeningen vil henvise til Danske Regioners Task-Force rapport på øjenområdet, som blev færdiggjort i 2023 og udarbejdet i samarbejde med aktører fra hele øjenområdet, hvor opgaven var at få flere patienter hurtigere til behandling, for det stigende antal øjensygdomme, der kommer når befolkningen lever længere. I rapporten har vi foreslået et lille løft i kompetencerne for optometristerne så flere patienter kan monitoreres hos optometriste i stedet for de "kostbare" øjenlæger. Rapporten er indsendt til Strukturkommissionens postkasse.

Task-Force rapporten peger også på områder som kan afhjælpe ventetiden hos øjenlægerne, her kan blandt andet nævnes det pilotprojektet om direkte henvisning fra optikerbutikker til hospitaler i forbindelse med AMD, via en digital platform som sikrer at henvisningerne er relevante, eller børneområdet, hvor rettighederne til at benytte diagnostika kan give mulighed for at optometriste med den rette kompetence kan undersøge og følge børn med behov for briller eller kontaktlinser.

Sundhedsstrukturkommissionen har i rapporten anbefalet at etablere en ny fælles service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) som skal samle drift af større IT-fagsystemer, bl.a.



OPTIKERFORENINGEN

elektroniske patientjournalssystemer. Optikerforeningen er enig i at en fælles platform kan sikre bedre udnyttelse af de data der findes i de forskellige EPJ-systemer, men kan godt være bekymret, hvis det skal være et bestemt system som klinikkerne skal benytte sig af. Optikerforeningen ser konkurrence som en afgørende faktor for at EPJ-systemerne hele tiden er på forkant med udviklingen og derfor ser vi gerne at der aftales nogle fælles snitflader og at man i Digital Sundhed alene sikrer at platformen for patienterne er nem at gå til og at der stilles krav til de forskellige EPJ-systemer om at der kan gives adgang til patientens egne data.

Optikerforeningen deltager gerne i drøftelser som kan underbygge de kommentarer vi hermed har givet.

Mange hilsner

Per Michael Larsen

Direktør
Optikerforeningen

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

5. august 2024

Park Allé 5, 1. sal

8000 Aarhus C

+45 8613 9111

info@osteoporose.dk

www.osteoporose.dk

Høringsvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Osteoporoseforeningen takker for muligheden for at afgive høringsvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Kommissionen formidler gennem rapporten, at en gennemgribende reform af sundhedsvæsenet er nødvendig. Det er vi enige i. Den nuværende organisering er i mange tilfælde stopklods for rettidig diagnostik og sammenhængende behandling af høj kvalitet for mennesker med osteoporose. Vi er derfor glade for at se, at vores input til kommissionen indgår i anbefalingerne: At der er behov for en overordnet national planlægning og fælles standarder, og at der er behov for en forvaltningsmodel, som stimulerer, at alle aktører ser sig som en integreret del af et samlet sundhedsvæsen.

Undersøgelser blandt vores 18.000 medlemmer og direkte medlemshenvendelser viser gang på gang, at diagnosen osteoporose stilles for sent, og at patienten selv skal tage initiativ til udredning og mangler information og henvisning til relevante sundhedstilbud.

Aktuelt er flere end 200.000 danskere diagnosticeret med osteoporose, mens op mod 500.000 har sygdommen uden at vide det. Alt for mange kommer fortsat på hospitalet med knoglebrud, der kunne have været forebygget, herunder de alvorlige hoftebrud. Og i det nære sundhedsvæsen får alt for mange ikke den nødvendige information og hjælp, så de kan medvirke aktivt i deres eget forløb og tage medansvar for behandling og rehabilitering.

Kort opsummeret: Særligt tre anbefalinger fra kommissionen kan gøre en stor forskel for mennesker med osteoporose og i risiko for sygdommen:

- En forvaltningsmodel, hvor sundhedsopgaver og økonomi bliver samlet hos én myndighed og i én lovgivning – fordi det vil give den bedste sammenhæng i osteoporosepatienternes forløb, det stærkeste incitament til at prioritere forebyggende indsatser og den bedste mulighed for effektivt at udbrede dem på tværs af landet.
- En kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud – fordi en nationalt fastsat opgavebeskrivelse og understøttelse fra det specialiserede sundhedsvæsen kan give et tiltrængt kvalitetsløft i diagnostik og behandling af osteoporose.

- En national sundhedsplan med kvalitetsstandarder på tværs af sektorer – fordi det kan give bedre sygdomsmestring og derigennem forebygge (flere) knoglebrud.

Osteoporoseforeningens vision er, at flest mulige bevarer sunde knogler livet igennem. Derfor holder vi gennem høringsvaret skarpt fokus på det, der også er kommissionens tre pejlemærker for en fremtidssikring af vores sundhedsvæsen: 'Sundhed for de mange', lige adgang og differentierede indsatser. Læs Henrik, Jane og Moniques historier og få et helt konkret indblik i, hvordan en ambitiøs sundhedsreform kan løfte diagnostik og behandling for en hastigt voksende og divers patientgruppe.

Sundhed for de mange

Henrik er 61 år og har en mor med osteoporose. Derfor har han flere gange spurgt sin læge om at blive undersøgt for osteoporose, men han blev desværre afvist, indtil han fik pludselige, stærke rygsmerter. Flere rygsammenfald på grund af osteoporose har sendt ham fra en hverdag som ansat i forsvaret med 100 km løb om ugen til en hverdag i fleksjob med kroniske smerter.

Henrik er en af de mange, der i disse år får konstateret osteoporose. Sygdommen har incidenstal på niveau med diabetes, og med en aldrende befolkning vil forekomsten kun vokse. Derfor er vi helt enige, når kommissionen sætter 'Sundhed for de mange' som et pejlemærke for udviklingen af vores sundhedsvæsen. Og vi er meget glade for, at kommissionen understreger, at en omstilling til 'det almene' kræver et ændret fokus både ledelsesmæssigt og politisk, samt at opgaveløsningen og rollerne skal omlægges i sundhedsvæsenet.

Henriks historie illustrerer, at det i høj grad drejer sig om, at praktiserende læger får fokus på rettidig diagnostik, der kan forebygge forværring af sygdom. Derfor bakker vi fuldt ud op om kommissionens tværgående anbefaling om at udvide kapaciteten og ændre organiseringen af det almenmedicinske tilbud. Men hvis en sådan udvidelse skal have effekt, skal den ledsages af en nationalt fastsat opgavebeskrivelse, sådan som kommissionen også anbefaler. Blandt andet med helt klare standarder for, hvornår en borger skal udredes for osteoporose.

Rettidig diagnostik og forebyggende behandling kan konkret betyde, at en borger bevarer sin funktionsevne og et aktivt liv. Og derved kan vi reducere udgifter til indlæggelse, rehabilitering og tabt arbejdsevne. Diagnostik på sundhedsvæsenets initiativ kan samtidig mindske den sociale ulighed, som er markant inden for osteoporose: lav socioøkonomisk position er associeret med 27 % øget risiko for frakturer og med 24% øget dødelighed efter en hoftefraktur.

Den store sygdomsbyrde og den store ulighed understreger imidlertid også behovet for at sætte turbo på den udvikling, som allerede er i gang, når det gælder diagnostik og forebyggelse af (flere) knoglebrud. Mange sygehuse er i gang med at implementere modeller for systematisk frakturforebyggelse, men trods markante resultater går det meget langsomt. Desuden viser ny forskning, at kunstig intelligens kan

understøtte diagnostikken. For eksempel kan AI anvendes til at afsløre rygsammenfald i forbindelse med scanninger foretaget med andre formål og til beslutningsstøtte i almen praksis med det formål at finde de patienter, der er i høj risiko for knoglebrud.

Lige adgang til behandling af høj kvalitet

Kommissionens forslag om en nationalt fastsat opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud kan ikke alene understøtte rettidig diagnostik. Det kan også understøtte, at patienterne får lige adgang til behandling af høj kvalitet. Janes forløb illustrerer behovet for dette:

Jane på 59 år fik konstateret osteoporose som 42-årig og har fået medicinsk behandling med Alendronat uden pause. Sidste år resulterede det i et atypisk lårbensbrud, som er en kendt bivirkning ved langvarig behandling med Alendronat. Det tog 7 måneder, før Jane var fuldt tilbage på arbejde, og hun har stadig ikke genvundet sit tidligere funktionsniveau.

I dag findes to sæt af behandlingsvejledninger for osteoporose, udarbejdet af hhv. det specialebærende selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab, og DSAM, og de stemmer ikke overens. Det vil give et afgørende løft i patienternes behandling, hvis opgavebeskrivelsen er fastsat nationalt. Valg af behandling og pauser i behandlingen er ét eksempel, som Janes fortælling illustrerer. Et andet eksempel er DXA-scanningsvar fra hospitalet til lægen. Der er stor variation i kvaliteten af scanningsvarene, og konsekvensen er, at der er stor forskel i den kvalitet, patienterne oplever i deres behandlingsforløb. Det skal være nemt for lægen at tilrettelægge en individuel behandlingsplan i samråd med patienten ud fra det, scanningen har vist.

Vi ser samtidig et stort potentiale i kommissionens forslag om, at det specialiserede sundhedsvæsen skal stille den nødvendige faglige støtte til rådighed for det almenmedicinske tilbud. Hvis sygehusene får en mere udadvendt rolle fx med specialistrådgivning til almen praksis, og hvis almen praksis gør brug af denne, kan vi reducere den store ulighed i kvaliteten af patienternes behandlingsforløb, og vi kan forebygge tilstrømningen af patienter med knoglebrud til hospitalet. Konkret foreslår vi at oprette ressourcecentre med vejledning på flere niveauer, fx speciallæger der vejleder praktiserende læger, og sygeplejersker og fysioterapeuter fra ambulatorierne der vejleder sygeplejersker og fysioterapeuter fra praksis og kommuner. Inden for osteoporoseområdet kunne ressourcer til dette frigøres ved at give IV-behandling med Aclasta i patientens nærmiljø i stedet for at give behandlingen på sygehuset.

Vedtager man kommissionens forslag, er det oplagt at måle på effekten for netop osteoporosepatienter. I dag foregår der ikke andre nationale kvalitetsudviklingsindsatser, da området ikke har en kvalitetsdatabase.

Differentierede indsatser

Monique på 69 år fik et håndledsbrud i 2016. Hun blev scannet efter et år og fik konstateret osteoporose. Monique fravalgte medicinsk behandling og ønskede at vide, hvad hun kunne gøre med kost og træning, men lægen havde ikke tid til at informere om dette. Så hun søgte information og tog fat på en knoglesund

livsstil på egen hånd. Monique fik en forbedring i sin knoglestatus målt ved en DXA-scanning, men fik desværre også et lårbensbrud ved et uheldigt fald.

Patienter med osteoporose har meget forskellige behov i deres behandlingsforløb afhængigt af deres livssituation og sygdommens sværhedsgrad. Men fælles er behovet for at forstå formålet med diagnosen og behandlingen, og hvad man selv kan gøre for at forebygge knoglebrud og leve et trygt og aktivt liv med osteoporose.

Når det gælder patientuddannelse, har nogle brug for et forløb med fysisk fremmøde, andre foretrækker en digital løsning, og andre igen opsøger selv viden. Vi ser differentierede indsatser som et vigtigt pejlemærke for udviklingen af vores sundhedsvæsen, men vi skal også understrege, at der i de fleste kommuner ikke er tilbud til patienter med osteoporose. Kun 12 % af foreningens medlemmer svarede i en medlemsundersøgelse i 2022, at de har været henvist til et kommunalt forløb, mens kun 19 % oplevede i høj grad at få tilstrækkelig information fra den praktiserende læge. Det skaber utryghed og en oplevelse af, at forløbet ikke hænger sammen på tværs af sundhedsvæsenet.

Med en national sundhedsplan, som kommissionen anbefaler, og med kvalitetsstandarder, der går på tværs af sektorer og stiller krav til indsatserne i det nære sundhedsvæsen, ser vi mulighed for at imødegå dette. På et patientuddannelsesforløb lærer patienten om knoglevenlig livsstil: kost, motion, fysisk træning og ergonomi i dagligdagen samt om den medicinske behandling. Vi ved, at hvis patienterne følger anbefalingerne og den medicinske behandling, vil deres risiko for knoglebrud være mere end halveret. En varieret kost med tilstrækkelig kalk og D-vitamin og en fysisk aktiv livsstil kan desuden være med til at forebygge andre omkostningstunge sygdomme.

Grundpakkeforløb for kroniske sygdomme kan være ét virkemiddel til at løfte patienternes mulighed for sygdomsmestring og undgå forværring af sygdommen, og en oplagt ramme kan være sundhedscentre med en samling af tilbud og sundhedsfaglige kompetencer. Vi vil også understrege, at civilsamfundets organisationer, herunder patientforeningerne, allerede i dag spiller en stor rolle ift. at give viden og støtte til sygdomsmestring for mennesker med kronisk sygdom. Her er vidensformidling og åbne fællesskaber, hvor patienterne engagerer sig over en lang årrække og hjælper hinanden med at leve godt med deres sygdom. Civilsamfundet kan og vil fortsat spille en rolle, men har brug for en ny finansieringsmodel for at kunne levere de stærke indsatser og bidrage til gode, differentierede patientforløb.

Organisering der sikrer bedst sammenhæng og kvalitet

Patienter med osteoporose bevæger sig mellem sektorer. De kommer fx i almen praksis, på skadestuen, på ortopædkirurgisk afdeling eller en anden specialafdeling, og udredningen for osteoporose foregår typisk i en anden afdeling på hospitalet end den afdeling, der behandler knoglebruddet. Behandlingsforløbet for langt de fleste er hos den praktiserende læge, og nogle har behov for rehabilitering og patientuddannelse. At sikre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet kræver et massivt tværfagligt fokus og samarbejde.

Som vi fremhæver i høringssvarets indledning, anbefaler vi en forvaltningsmodel med et entydigt ansvar, og vi ser et stort behov for en nationalt fastsat opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud og nationalt gældende standarder for at løfte kvaliteten. Samtidig mener vi, at der skal være et demokratisk niveau decentralt, som arbejder med indsigt i lokale behov og vedtager lokale løsninger, når disse er velbegrundet i lokale behov og ikke i et ønske om selvbestemmelse.

Med et meget stort mørketal for folkesygdommen osteoporose vil vi samtidig opfordre til at skabe rammer for, at flere aktører og leverandører af sundhedsydelser kommer i spil, herunder private aktører. Vi ser mulighed for, at private og offentlige aktører kan indgå samarbejde for at reducere de lange ventetider på udredning og kontrol for osteoporose. Det kan understøtte rettidighed og tryghed, som patienterne netop mangler i dag. Det vil naturligvis være nødvendigt at have et stærkt fokus på at sikre sammenhæng ved overgangen mellem leverandører. Der er et stort potentiale i kommissionens tværgående anbefaling om digitalisering og data i sundhedsvæsenet, da det kan frigøre patienterne fra selv at skulle viderebringe informationer, men det er væsentligt at sikre, at fx resultater af scanninger foretaget i det private kan tilgås af den behandlingsansvarlige læge, ligesom data skal kunne tilgås på tværs i det offentlige sundhedsvæsen.

Afsluttende bemærkninger

Sundhedsstrukturkommissionen har haft til opgave at komme med udgiftsneutrale anbefalinger. Vi mener imidlertid, at de nære sundhedstilbud skal bygges op, før man lægger et endnu større økonomisk pres på sygehusene. Vi må ikke risikere at svække behandlingen af sygdomme med høj kompleksitet og dødelighed. Knogleskørhed er en af disse sygdomme, når den manifesterer sig i et hoftebrud, som den gør for omkring 10.000 danskere hvert år.

Osteoporoseforeningen ser frem til regeringens udspil og den endelige aftale om en sundhedsreform. Vi opfordrer til en ambitiøs aftale, som sikrer et sundhedsvæsen, der i langt højere grad formår at forebygge sygdom og forværring, nedbringer den store ulighed og ikke mindst tager udgangspunkt i patientens behov for sammenhæng og høj kvalitet.

Venlig hilsen



Linda Garlov
Landsformand



Camilla Nissen Toftdal
Sekretariatschef



Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

6. august 2024

Høringssvar fra Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning vedr. sundhedsstrukturkommissionens rapport

Man må forstå på sundhedsstrukturkommissionens rapport, at det danske sundhedsvæsen er udfordret og vil blive yderligere udfordret i fremtiden, såfremt der ikke gøres noget for at reformere strukturen. På den baggrund, og med kommissionens oprindelige sigtelinje in mente vedr. "et sundhedsvæsen, der understøtter frit valg og patientrettigheder, og sikrer den mest hensigtsmæssige brug af private aktører som en del af det samlede sundhedsvæsen", kan det undre, at man ikke mere konkret har fokuseret på, hvordan det offentlige sundhedssystem kan komme af med opgaver, og hvordan man i langt højere grad kan inddrage den private sektor.

Kommissionen undlader reelt at forholde sig til, hvorfor sundhedsvæsenet er endt, hvor det er. Der mangler en analyse af, hvordan de nationale og regionale politikeres valgløfter om mere velfærd og flere patientrettigheder har givet det offentlige sundhedsvæsen så mange opgaver, at det kvæles i dem.

Vil man ikke gøre op med politiseringen af sundhedsvæsenet, især på regionalt niveau, og vil man ikke foretage prioriteringer af, hvad det offentlige sundhedsvæsen overhovedet skal befatte sig med, er der en betydelig risiko for et "expectation gap", der øger mistilliden til et i forvejen udfordret politisk system jf. tænketanken INVI, 2023. Samtidig gør man det offentlige sundhedsvæsen ekstra sårbart overfor pression fra centrale personalegrupper.

Sundhedsstyrelsens direktør Jonas Egebart har (8/6 2024) udtalt til JP, at sundhedsvæsenets udfordringer må mødes ved at afstemme borgernes forventninger til sundhedsvæsenet, ligesom den enkelte må tage mere ansvar. Disse forhold har kommissionen undladt at forholde sig til. Politisk bør man ikke gøre det samme.

Høreapparatbehandling – et eksempel

Mere konkret må vi også udtrykke undren over, at høreområdet, hvor mere end 100.000 borgere årligt modtager offentlig eller privat høreapparatbehandling, ikke er nævnt i rapporten. Området er kendetegnet ved, at en meget stor del af behandlingerne foregår på højt specialiserede sygehuse fjernt fra borgernes hjem – uden at der er nogen faglig begrundelse herfor. Efter endt behandling på sygehus, eller hos puljelæge med regionsaftale, overgår borgerne til opfølgende servicering i kommunalt regi, hvilket opleves forvirrende af mange. Dette gælder naturligvis ikke de ca. 44% af brugerne, som vælger privat behandling, hvor de - med eller uden egenbetaling - følges af den samme klinik gennem den fireårige tilskudsperiode.

Høreområdet er desuden karakteriseret af store regionale forskelle. Dette gælder både ventetiden på behandling i offentligt regi, ventetiden på at få en henvisning fra en speciallæge og administrationen af tilskud til behandling på en privat klinik. Generelt er høreområdet uigennemsigtigt for borgerne. Dette modsat adgangen til f.eks. at få briller. Har man et aldersrelateret synstab, vælger man en optiker og får de briller, man ønsker og har råd til. Det samme gælder, hvis man f.eks. er udredt og opereret for grøn stær på et offentligt hospital. Har man brug for briller efter sin operation, foregår erhvervelsen heraf privat. Netop parallellen til briller er, ifølge professor Jakob Kjellberg, opskriften på at reducere ventelisterne til høreapparatbehandling: "Der burde være en egenbetaling ligesom med brillerne, uanset hvor du får dine høreapparater. Der er ingen grund til, at folk skal stå i kø i årevis og undersøges på et avanceret universitetshospital for at få dem gratis" (Politiken 3/8 2024).

At høreområdet, stik imod al sund fornuft, endnu ikke er blevet sat fri, skyldes en blanding af ideologiske barrierer og fagpolitiske interesser. Ved at påvirke de faglige retningslinjer for høreapparatbehandling – ikke mindst kriterierne for, hvornår behandlingen med høreapparater kan foregå privat og skal foregå offentligt – forsøger ørelægerne at bevare deres fagpolitiske magt. Dermed er de med til at cementere de venteliste-problemer, man kæmper med i det offentlige. Og dette selvom lægerne intet har med den praktiske høreapparatbehandling at gøre.



Vi ser på den baggrund behov for, at man politisk har modet til at diskutere, hvordan en mere hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem høreområdet forskellige faggrupper kan fremmes. Og – i forlængelse heraf - sikre, at den samlede behandlingskapacitet inden for høreområdet (offentligt og privat) udnyttes bedst muligt til gavn for borgerne.

Det er vores opfattelse, at høreapparatbehandling er det mest oplagte eksempel på et område, som uden problemer kan fjernes fra listen over offentlige behandlingstilbud. Dette set i lyset af, at næsten halvdelen af alle høreapparater allerede udleveres privat, samt at der findes en betydelig, uudnyttet behandlingskapacitet i den private sektor. Der kan naturligvis være høretab, hvor komplicerende faktorer kan begrunde, at behandlingen foretages i offentligt regi. Det gælder f.eks. behandling af børn eller i de tilfælde, hvor anden behandling af høretab end høreapparatbehandling er det rigtige.

Ved at gøre de private audiologiske klinikker til det primære behandlingssted for borgere med et høretab, som skal behandles med høreapparater, vil gennemsigtigheden inden for høreområdet kunne øges betragteligt. Helt overordnet ser vi også dette som en mulighed for at gøre høreapparatbehandling til et mere selvstændigt fagområde, med en tydelig og selvstændig faglig profil, hvilket efter vores opfattelse kan styrke rekrutteringen til de audiologiske uddannelser. Dette skal sikre, at området får den fornødne arbejdskraft med de rette kompetencer. Behovet for arbejdskraft er allerede stort og vil stige frem imod 2030, hvor det ventes, at yderligere 100.000 nye høreapparatbrugere kommer til, mens et stort antal audiologiassistenter forventes at forlade arbejdsmarkedet på grund af alder.

Mvh.

Private Audiologiske Klinikkers Sammenslutning (PAKS)

Leif Hindsted, direktør
Tlf. 0045 2826 2319
sekretariat@paks.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

5. august 2024
Dokumentnummer: 24PEBL-115757

Høringssvar - Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Ved brev af 11. juni 2024 har Indenrigs- og Sundhedsministeriet anmodet om Patienterstatningens bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen af 11. juni 2024.

Indledning

Patienterstatningens høringssvar vedrører alene de forhold, som der ud fra et patienterstatningsmæssigt synspunkt bør være fokus på, når det besluttes, hvordan sundhedsvæsenet fremover skal organiseres.

Patienterstatningsordningen er ikke nævnt i rapporten. Det ændrer imidlertid ikke på, at vi anser patienterstatningsordningen som en vigtig del af det samlede sundhedsvæsen, nemlig den del, der træder til og samler op, når der er sket en patientskade. Vores viden og data kan også bruges i det skadeforebyggende arbejde.

Høringssvarets hovedpunkter

Høringssvaret koncentrerer sig om fire hovedpunkter

- Den diagnostiske proces på det almenmedicinske område, men også generelt
- En samlet IT- og datastruktur
- Effektivisering – mindre ressourceforbrug i behandlingen af erstatningsager
- Sektorovergange.

Den diagnostiske proces på det almenmedicinske område, men også generelt

Cirka en tredjedel af alle anerkendte behandlingsskadesager angår svigt i den diagnostiske proces.

For almen praksis, som udgør cirka 12 % af alle behandlingsskadeerstatningsansøgninger til Patienterstatningen, er det fire ud af fem anerkendte sager, som anerkendes som følge af svigt i den diagnostiske proces.

Det vil sige, at patienten har fået en skade, fordi den rigtige diagnose ikke blev stillet på det tidspunkt, hvor den fagligt kunne være stillet. Mange af sagerne angår for sen diagnosticering af kræft, fx brystkræft.

Disse tal illustrerer det almenmedicinske speciales størrelse og specialets rolle som patientens første kontaktpunkt, men også som gatekeeper til det sekundære sundhedsvæsen.

Kommissionens rapport lægger op til en incitamentsstruktur, der skal sikre, at det almenmedicinske tilbud er ligeligt tilgængeligt på tværs af geografi og socialklasser, blandt andet ved differentierede patienttal og honorarer baseret på sygdomsvægtede patienter.

En sådan nyordning vil utvivlsomt resultere i en endnu højere patientsikkerhed. Den øgede kapacitet – og dermed et øget antal behandlinger - i det almenmedicinske tilbud vil derfor ikke nødvendigvis føre til flere erstatningsansmeldelser til Patienterstatningen.

Patienterstatningen vil i den forbindelse opfordre til, at der som led i omstillingen af sundhedsvæsenet tages konkrete skridt til en struktur, der sikrer, at det almenmedicinske tilbud får en smidig adgang til vurderinger af komplicerede problemstillinger fra sekundærsektoren. Det er også vigtigt, at det almenmedicinske tilbud selv har det nødvendige udstyr samt integration af AI-løsninger, der kan understøtte den diagnostiske proces. Herved kan anerkendte sager om forsinket diagnostik formentlig reduceres.

Den meget høje andel af anerkendte sager med svigt i den diagnostiske proces fordrer, at der generelt bør væres fokus på at undgå sådanne svigt i den kommende omstilling af sundhedsvæsenet.

En samlet IT- og datastruktur

Det er Patienterstatningens vurdering, at en del fejlbehandlinger og dermed erstatningssager kan undgås, hvis data fremover deles på en helt anden måde end i dag mellem de mange behandlingssteder.

Således bør vagtlægen fx have digital adgang til patientens journal hos egen læge, og egen læge bør fx have digital adgang til plejehjemmets journal.

Som en bonus vil man også kunne spare tid for patienterne, men også for behandlingsstedet, som i dag bruger megen tid på henholdsvis at afgive, modtage og registrere de samme oplysninger igen og igen.

Effektivisering – mindre ressourceforbrug i behandlingen af erstatningssager

Patienterstatningens vigtigste arbejdsredskab er journaler og billeddiagnostisk materiale.

Man bør i forbindelse med indførelse af en ny datastruktur være meget opmærksom på, at data ikke blot på en smidig og effektiv måde skal kunne deles mellem behandlingssteder, men også med eksterne parter som fx Patienterstatningen. Således er også fx Styrelsen for Patientklager, Arbejdsmarkedets Erhvervssikring og forsikringsselskaber afhængige af at kunne få journaler mv. smidigt og effektivt.

Det er vores erfaring, at man ved indretning af it-systemer, fx Sundhedsplatformen, ikke i tilstrækkelig grad har været opmærksom på, at data i relevant format også skal kunne leveres "ud af huset".

Patienterstatningen bruger i dag mange ressourcer på at indhente journalmateriale mv. fra det relevante behandlingssted, som for sit vedkommende også bruger ressourcer på at fremfinde materialet og uploade det digitalt til Patienterstatningen.

Det vil være meget omkostningsbesparende og medføre hurtigere sagsbehandling, hvis relevant journalmateriale kan hentes fra én kilde og ikke som i dag skal hentes hos hospitalet, egen læge, speciallæge, fysioterapeut osv.

Det vil være yderligere besparende, hvis Patienterstatningen selv kan hente materialet fra kilden ("snabeladgang") og ikke skal anmode andre om at fremfinde og sende materialet.

Nye muligheder som fx AI og API'er bør i fremtiden kunne muliggøre dette. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at ikke kun de digitale løsninger skal være på plads, men at de juridiske rammer også skal være til stede. For Patienterstatningens vedkommende vil det kræve en præcisering af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenets § 37, som i dag er en smule uklar vedrørende "snabeladgang".

Sektorovergange

Patienterstatningen registrerer og leverer mange data. Vi har imidlertid ikke valide data for skader, der sker i forbindelse med sektorovergange, altså hvor der ikke er tilstrækkelig information og patientbehandling fx i forbindelse med udskrivelse fra hospital til patientens eget hjem, plejehjem eller aflastningsplads eller omvendt.

Det er dog fra sagsbehandlingen vores indtryk, at der ved sektorovergange sker skader, som kunne have været undgået, hvis der havde været et bedre samarbejde om patienten. Det er derfor positivt, at der i omstillingen af sundhedsvæsenet er fokus på at sikre, at patienter ikke tabes mellem behandlingsstederne.

Med venlig hilsen

Karsten Uno Petersen
bestyrelsesformand

Karen-Inger Bast
direktør



PATIENTFORENINGEN



Kvindelige Lægers Forening

Den 5. august 2024

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotholmsgade 10-12

København K.

Att: Indenrigs- og Sundhedsminister Sophie Løhde, MF

Alene fremsendt på mail sum@sum.dk

Høringssvar fra Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening på Sundhedsstrukturkommissionen rapport sendt i høring den 11. juni 2024

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening ønsker Sundhedsstrukturkommissionen (SSK) tillykke med et godt og grundigt arbejde. Vi har skrevet høringssvar på baggrund af den viden, Patientforeningen har opnået gennem mere end 30 års arbejde med at hjælpe patienter, pårørende og borgere, så de får den hjælp de har brug for, og som de har ret til ifølge sundhedsloven. Desuden har Kvindelige Lægers Forening specifikke kommentarer vedr. autorisation og integrering af udenlandsk uddannet sundhedspersonale i det danske sundhedsvæsen.

Vores høringssvar tager udgangspunkt i det kommissorie, der er udarbejdet af Indenrigs – og Sundhedsministeriet (ISM), hvor det overordnede mål var *at opstille modeller, der kan understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed*

og som vil være mere nært og bæredygtigt. Til dette er der opstillet 6 sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, hvor vi bl.a. læser at:

Patienterne skal i centrum igennem et sundhedsvæsen, der fokuserer på det nære og sammenhængende, og hvor der er lige adgang til sundhedsydelser af ensartet høj kvalitet, og hvor patienterne frit kan vælge behandlingssted, og hvor patientrettigheder kommer i fokus. Dette kræver at det nære sundhedsvæsen skal styrkes, hvor ressourcerne skal bruges, så vi får mest sundhed for pengene (omkostningseffektivt system) og hvor forebyggelse af høj og ensartet kvalitet kommer i centrum.

Vi har i teksten ovenfor fremhævet de pejlepunkter, som vi mener er de overordnede vigtige principper i en sundhedsreform. Nedenfor er en gennemgang af de generelle og specifikke kommentarer og anbefalinger, som vi har til SSK's rapport. §1 beskriver vores kommentarer til forudsætningerne for SSK's arbejde, mens §2 beskriver vores overordnede kommentarer til selve rapporten, §3 til slut beskriver vores kommentarer til SSK's anbefalinger, §4 kommentarerne til SSK's modeller og §5 Det frie valg bør fremhæves.

§1. Overordnede kommentarer til forudsætningerne for SSK's arbejde:

1.1 For at få dette arbejde udført har ISM beskrevet de kompetencer, som ekspertgruppen, der skal udføre dette arbejde, bør have. Her bemærker vi, at trods det at patientperspektiver er inkluderet som en af de kompetencer, der er påkrævet, er dette ikke afspejlet i sammensætningen af ekspertgruppen. Forebyggelse er et andet meget centralt tema i ISM's kommissorie; og her ville vi også gerne have set eksperter, der havde disse kompetencer, specifikt indenfor folkesundhed, forebyggelse og sundhedsfremme (se forinden). Dette er svagheder, som vi ser afspejlet i rapporten inklusiv dens konklusioner.

1.2 SSK har defineret, hvad de forstår ved et sundhedsvæsen med en henvisning til, 'ydelser på sundhedsområdet, som ydes vederlagsfrit eller med offentligt tilskud.' Allerede her er modsætningen mellem en medicinsk tilgang til et sundhedsvæsen, hvor systemerne kommer i fokus og en holistisk patient- og borgerorienteret tilgang, hvor formålet med et sundhedsvæsen er at sikre mest mulig sundhed - af bedst mulig kvalitet - for alle borgere.

1.3 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening vil fremhæve vigtigheden af formålet med og forståelse af begrebet sundhed. I følge WHO er sundhed defineret som 'en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke blot fravær af sygdom, smerter eller andre skavanker.' Dette er også afspejlet i den danske

sundhedslov, hvor sundhedsvæsenets formål er *'at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.'* Sundhed er altså et positivt begreb, der understreger sociale og personlige ressourcer, såvel som fysisk kapacitet. Og dette sundhedsbegreb burde være det helt centrale princip i SSK's arbejde. Igen med henvisning til sundhedsloven, 'regioner og kommuner er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme', mangler vi at se sundhedsfremme og ikke kun sundhedsforebyggelse inkluderet som en del af sundhedsbegrebet.

Vores anbefaling 1:

Fremadrettet ser vi gerne, at der inkluderes ressourcepersoner med kompetencer indenfor Folkesundhedsvidenskab og specifikt sundhedsfremme og forebyggelse samt ulighed i sundhed.

§2. Kommentarer til selve SSK's rapport:

2.1 Vores fokus på definition, formål og forståelse af sundhed og sygdom skal ses som en forudsætning for en definition af hvilke strukturer, der bedst passer til de(t) overordnede formål. Det er helt klart, at vi må og skal sikre at få patienten/de pårørende/borgeren i fokus og dermed sikre deres sundhed. Uden at forstå disse begreber samt forstå de sociale determinanter, der fremkalder ulighed og sygdom, giver det i vores optik ikke mening at definere og opstille modeller for et sundhedsvæsen.

2.2 Beskrivelse af problemstillingen i det nuværende danske sundhedsvæsen er vigtig og velanalyseret. De består ifølge SSK af tre tendenser, nemlig:

- 1) det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, hvor et stigende antal borgere får flere alders- og livsstilsbetingede sygdomme; flere borgere, der lever længere med en eller flere kroniske og komplekse sygdomme, samt en udvikling, hvor flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiske lidelser,
- 2) mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere, særligt læger, tandlæger, bioanalytikere, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, og
- 3) befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet,

samt tre væsentlige udfordringer, nemlig:

- A) usammenhængende patientforløb,

- B) ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, og
- C) geografisk og social ulighed i sundhed.

Rapporten beskriver i klare tal mænds kortere levetid, som et problem, men ikke som en udfordring. Rapporten er mere tilbageholdende med at beskrive, at en del kvindespecifikke sygdomme underprioriteres samt at flere behandlingstilbud er baseret på evidens med behandling af mænd, ikke kvinder. Særlige kvinde- og mandesygdomme som de meget høje tal for brystkræft og prostatakræft er dog udmærket med, også grafisk. Kønsforskellene er betydelige, og det bør medtænkes i fremtidens sundhedssystem.

2.3 Dog er det her vigtigt for Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening at fremhæve, at hvis vi skal sikre sundhed for alle, er vi nødt til at forstå de underliggende faktorer, der fremkalder sygdomme, og disse ligger jo ofte udenfor sundhedssektorens og ISM's ansvarsområde i snæver forstand og bidrager med ikke mindre end 30-55%¹ til at sikre bedre sundhed. Det drejer sig om faktorer som indkomst, sikring af sociale ydelser, uddannelse, job usikkerhed, arbejde og arbejdsforhold (stress), boliger og basale faciliteter, miljøfaktorer, urbanisering, et barns tidlige udvikling (de første 1000 dage), social inklusion og ikke-forskelsbehandling, strukturelle konflikter og adgang til sundhedsydelser af acceptabel kvalitet. Hvis vi ikke adressere disse faktorer, samt arbejder med og allokere ressourcer til tværfaglige tiltag, kan vi ende med ikke at have ressourcer til behandling af en befolkning i vækst, der kræver mere og samtidigt have et super-specialiseret dyrt sundhedssystem, der ikke kan følge med.

Vores anbefaling 2:

Derfor er vores helt klare anbefalinger, at der skal mere fokus på samt ressourcer til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde!

§3. Kommentarer til SSK's anbefalingerne:

SSK's anbefaling 1: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almen-medicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

3.1 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening støtter flytning af ressourcer til det primære sundhedsvæsen, men når det er sagt, så er det vigtigt for os at fremhæve,

¹ Se: [Social determinants of health \(who.int\)](http://www.who.int)

at det primære sundhedsvæsen består af alle disse 4 elementer: det behandlende, rehabiliterende, sundhedsforebyggende og sundhedsfremmende sundhedsvæsen. Samtidigt vil vi påpege, at data-baseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant.

3.2 Danmark bør have et ensartet datasystem i sundhedsvæsenet. Vi ser gerne, at der støttes op om at afskaffe Sundhedsplatformen i Region H og Sjælland og indføre det system som p.t. bruges i Region Nord, Midt og Syddanmark i den resterende del af Danmark (venligst også se vores kommentarer nedenfor i anbefaling 2). Der er desuden behov for en markant styrkelse af IT-sikkerheden, da vi er midt i en tid med hybridkrig, hvor der hyppigt angribes på sundhedsområdet.

SSK's anbefaling 2: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

3.2 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening har indsat data fra en præsentation af Professor Niels Obel ved Patientforeningens møde om SSK's arbejde samt betydningen af forebyggelse, hvor både SSK's formand Jesper Fisker samt Mathilde Powers, Forebyggelsesordfører og medlem af det sundhedspolitiske udvalg (A), var til stede. Nedenfor i fig. 1 vises, hvor mange data systemer, der p.t. findes i Danmark, samt hvor ukoordinerede disse er:

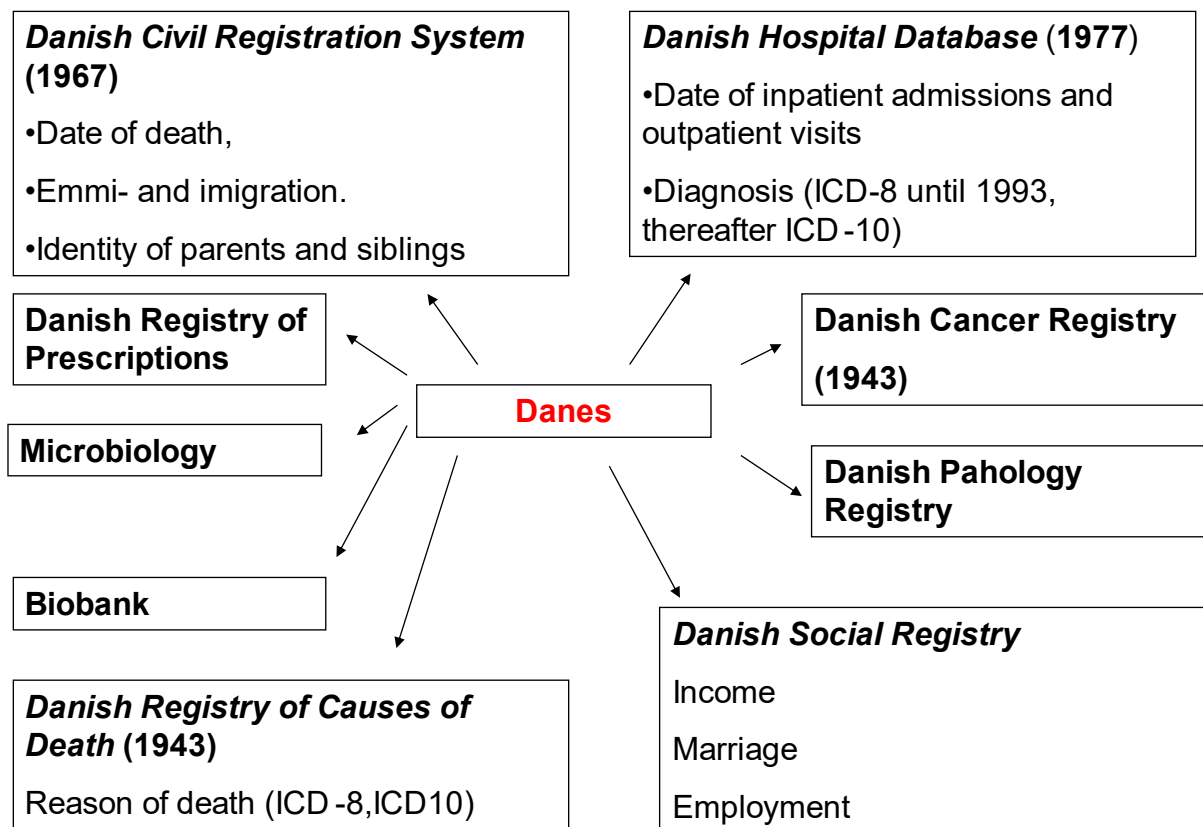


Fig 1: Data registreringssystemer i det danske sundhedsvæsen

Der hersker ingen tvivl om, at når det kommer til data, så mangler disse IKKE i Danmark. Men mange gange kan de ikke bruges, da forskellige systemer ikke er harmoniserede og 'taler sammen,' hvorfor store data ressourcer går tabt i stedet for at komme patienterne til gode.

Til slut har vi i Patientforeningen oplevet tilfælde, hvor der var problemer med data etik, blandt andet at der rettes i journaler, der ellers burde være låste, hvilket er ulovligt ifølge forvaltningsloven, og derfor ikke burde kunne ske. Ligeledes har Patientforeningen i flere år påpeget, at Sundhedsministeriet bør få afsluttet arbejdet omkring rettelser i patientjournalerne. Det er en voldsom belastning for mange patienter, at der er registreret fejlagtige oplysninger i journalsystemerne om dem. Det kan bl.a. forhindre forsikringer, det kan umuliggøre erstatninger og fratage jobmuligheder.

På journalområdet bør der desuden gøres op med den ulovlige praksis med hemmelige journaler i form af såkaldte ”patientresumeer” for nogle patienter, der opfattes som særligt besværlige.²

Ved en sammenknytning af alle informationerne om en patient sikres optimale behandlingsforhold, men et sådant system, vil kunne misbruges, hvis der ikke er den højeste grad af sikkerhed, og hvis adgangen til systemet ikke forbeholdes de autoriserede personer. Uvedkommende adgang til et sådant system må på enhver tænkelig måde undgås.

Vores anbefaling 3:

3A. Harmonisering af de eksisterende patient-datasystemer i Danmark, så de kan, bør og skal understøtte et godt patientforløb, dette er allerede afprøvet i Køge.

3B. Sundhedsplatformen afskaffes i Region H og Region Sjælland, og de overgår til brug af EPJ, som bruges i de 3 andre regioner.

3C. Datasystemerne låses, så der ikke efterfølgende kan rettes i de skrevne journaler.

4.D. Uvedkommendes adgang til sundhedsdatasystemerne skal på enhver tænkelig måde undgås.

3.3 Der kan ikke herske tvivl om vigtigheden af at holde øje med *kvaliteten* i det danske sundhedsvæsen, og heller ikke med *brugen af data til planlægning*. Dette kræver først og fremmest, at de rette data er til stede for planlægning på det rette tidspunkt, at der er en vilje, og også de rette kompetencer til at bruge data samt til at udarbejde og følge op på planer, målsætninger og indikatorer. Til slut kræver det også, at der er uafhængig supervision. Det sker ikke i tilstrækkeligt omfang i dag i rigtig mange af de 98 kommuner, som Patientforeningen har fået kontakt med og indsigt i. Og reelt betyder det, at vi borgere og patienter ikke ved, hvad vi kan forvente af vores sundhedsvæsen, samt hvad vi får for de skattekrone, der investeres i sundheds- og ældrepleje.

3.4 I Danmark har vi alle forudsætningerne for at ændre på dette, da vi har veluddannede specialister i planlægning og folkesundhedsvidenskab, vi har fantastiske data og en befolkning, der forstår vigtigheden af data, og hvor mange kan bruge data.

² https://www.patientforeningen.dk/CustomData/Files/Folders/5-nyheder/163_pf-2023-09-19-udgave-16-om-patientjournalerne.pdf

Vi mener at en sådan forandring er mulig, hvis der er politisk og administrativ vilje til at dette kan ske. Og som intet andet land i Verden, har vi endda mulighed for at hjælpe erhvervslivet med relevante analyser.

Vores anbefaling 4:

4A. At gode planlæggere, bl.a. fra folkesundhedsvidenskab, laver sundhedsplaner på alle administrative niveauer med mål og indikatorer, baseret på data. Forvaltningen holdes efterfølgende ansvarlige for at opfylde målene, som monitoreres af uafhængige og kompetente fagfolk med inddragelse af befolkningen.

4B. At der laves simple juridiske og administrative retningslinjer for dataharmonisering og databrug tilgængelige på gode platforme (hvor de kan analyseres uden risiko for datalæk) og med kun én indgang (GDPR), samt et sekretariat, f.eks. i regi af Danmarks Statistik.

SSK's anbefaling 3: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

3.3 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening støtter op om denne anbefaling baseret på de kommentarer, som vi har givet ovenfor om den nuværende manglende planlægning indenfor sundheds- og ældreområdet. Dog vil vi bemærke, at det ikke kun er kvalitetsstandarder, der er brug for, for at sikre en effektiv og god planlægning. Der også brug for at kende og inkludere kvantiteten, da antal har betydning for ressourcefordeling. Dette er ikke inkluderet i den nuværende – nærmest ikke-eksisterende - planlægningsmodel.

3.4 Vi er klar over problematikken med mangel på sundhedspersonale, men ser her et potentiale i at få flere udenlandske sundhedspersoner hurtigere igennem autorisationsprocessen. Hvor love og retningslinjer for autorisation af udenlandsk sundhedspersonale blev fastlagt i en tid, hvor man politisk ikke ønskede at få udlændinge – specielt fra lande udenfor EU/EØS – ind i Danmark, har man, i den seneste lovændring (Juni 2024) vedr. autorisationsprocessen foretaget flere ændringer, som gør processen

enklere. For at fuldende disse forbedringer, bør man se på adgangen til finansierede evalueringsansættelser – som er et krav og p.t. stopklodsen for mange udenlandske læger og sygeplejersker – samt adgang til danskundervisning, som en forudsætning for at få det fulde udbytte af det udenlandsk uddannede personale. Ved at tilbyde samlede forløb og finansierede evalueringsstillinger, godkendelse af evalueringsstilling i almen praksis (i lighed med KBU for dansk uddannede læger) samt tilbyde finansieret, sundhedsrelevant dansk undervisning, vil mange udenlandsk uddannede sundhedspersoner søge mod de dele af landet, hvor der er størst personalemangel. Mange af de udenlandske læger kommer desuden fra lande, hvor almen praksis ikke er et speciale på lige fod med andre specialer. Ved at lade dem tage den anden evalueringsansættelse i en almen praksis ville flere af dem få interesse i at uddanne sig i almen medicin.

3.5 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening mener desuden, at der skal ses på tildeling af ydernumre til almen praksis samt på andre sundhedsområder, så som fysioterapi. Tendensen til at lade en de facto 'ikke praktiserende læge' opkøbe ydernumre og sammenlægge disse og derefter lade private - nogle gange kun - profitorienterede udenlandske aktører - ansætte en hærskare af vikarer til et yderområde bør revurderes, da dette ikke fungerer efter hensigten (Patientforeningen kan bl.a. henvise til Alles Lægeklinikker, som det triste eksempel for patienterne). Det bør overvejes om ydernummer-systemet helt skal afvikles over en årrække og/eller om honorering af lægerne skal ske i forhold til de faktiske konsultationer. Der er i den grad behov for, at der indføres et system, hvor patienten med sit gule sygesikringskort godkender at have modtaget de behandlinger der er faktureret for.

Vores anbefaling 5:

5A. For at sikre en tilstrækkelig dækning af sundhedspersonale, anbefaler Kvindelige Lægers Forening med fuld støtte af Patientforeningen, at de barrierer i form af adgang til finansierede evalueringsstillinger samt relevant danskundervisning, der stadig er til stede ved autorisation af udenlandsk sundhedspersonale, specielt læger og sygeplejersker, efterses. Dette gælder specielt de manglende evalueringsstillinger, der sagtens kunne ske i almen praksis i yderområderne, hvor det notorisk er vanskeligt at tiltrække veluddannet sundhedspersonale.

5B. Det bør overvejes om ydernumre helt skal udfases. Det bør undersøges om Danmark kunne få mere lighed i sundhed ved en afskaffelse og ved et honorarsystem, som i større grad er baseret på dokumenterede konsultationer. Læger med mange patienter, som aldrig henvender sig, får en unødigt høj indtjening

for en beskeden indsats, og læger i mere belastede områder får en tilsvarende lavere indkomst for en større indsats. Et sådant system modvirker lige adgang til almen praksis i alle dele af landet.

SSK's anbefaling 4: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

3.4 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening værdsætter, at psykiatrien har sin egen anbefaling samt at tværsektorielle tiltag fremhæves. Forebyggelse og mistrivsel hos børn og unge bør også fremhæves inklusivt betydningen af brug af sociale medier.

De patienter, der henvender sig til Patientforeningen oplever, at det er uhyre svært at være patient i psykiatriområdet samtidigt med at få anden behandling i det kurative sundhedsvæsen.

Juridisk halter psykiatriområdet meget. Patienter oplever administrative frihedsberøvelser, som ikke prøves efter grundlovens bestemmelser. I § 71 stk. 6. Det ser vi som et stort problem. Patienterne bliver ofte afvist af retsvæsenet, og patientklager til Folketinget og Justitsministeren hjælper desværre ikke. Det er skammeligt, at man ofte må henvende sig udenfor Danmark for at få hjælp på dette område. Patientrettighederne og patientsikkerheden er desværre nedprioriteret indenfor psykiatrien i forhold til andre dele af sundhedsvæsenet.

Vores anbefaling 6:

6A. En øget integrering af psykiatrien i de andre eksisterende sundhedssystemer (kurative, forebyggende og sundhedsfremmende).

6B. En juridisk opgradering af psykiatriområdet så patientrettigheder opgraderes og overholdes samt at patienterne sikres deres grundlovsfæstede rettigheder.

SSK's anbefaling 5: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægerressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

3.5 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening støtter op om denne anbefaling.

3.6 Til slut noterer vi, at 'kommissionen har gjort sig en række overvejelser om brugen af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder, men har ikke fundet anledning til at komme med anbefalinger om organisatoriske ændringer indenfor områderne.' Vi er noget skuffede over denne bemærkning, specielt da dette arbejde jo netop handler om at sikre patienternes rettigheder, og da der jo netop ikke har været repræsentation af patienterne i SSK.

I Patientforeningen oplever vi dagligt, at patientrettigheder overtrædes, og patienterne er derefter ofte bange for at klage. Vi oplever også, at patienter ikke forstår deres rettigheder, da oplysningen om dette ikke er effektivt kommunikeret. I de tilfælde, hvor rettighederne er forstået, er der mange administrative blokeringer, der gør at det er svært at overholde dem. Dette gælder specifikt indenfor det frie og udvidede frie sygehusvalg og specielt, når en patient gerne vil behandles i en anden region.

Vi oplever desuden, at journaler forfalskes, hvis sundhedspersonalet har begået fejl, og vi oplever, at behandling af klagesager tager år, hvilket bevirker, at mange patienter giver op. Vi oplever til slut, at der reelt IKKE er frit sygehusvalg, da der er så mange administrative og forvaltningsmæssige forhindringer – bl.a. at det er patienten selv eller deres pårørende, der skal stå for at sikre at retten til fri sygehusvalg/overførsel af en pårørende til andet sygehus kan ske, hvilket ofte medfører, at patienten og deres pårørende opgiver.

Patientmobilitetsdirektivet er implementeret på en uhensigtsmæssig måde. Det er urimeligt at den part, som vil "miste" en patient skal stå for hjælpen. Det opleves af mange som kontraproduktivt.

Her har Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening en klar anbefaling til SSK, nemlig at:

Vores anbefaling 7:

Der bør ske en styrkelse af et uafhængigt centralt ledet Patientvejledningskontor, der sikrer, at alle borgere og patienter har samme afgang til kvalificeret vejledning af veluddannet personale indenfor sundhedsjura, sygepleje og lægegerning.

Hjælp til benyttelse af patientmobilitetsdirektivet bør lægges ved samme uafhængige kontor. Flest mulige valgmuligheder er vejen frem med en stadig mere oplyst og engageret befolkning.

§4. Kommentarer til SSK's modeller

SSK opstiller og vurderer tre modeller for den fremtidige forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet. Dette sker for at understøtte sammenhæng og omstilling af sundhedsvæsenet.

Rationalet i *de første to forvaltningsmodeller* er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet ved at samle det politiske ansvar for sygehuse, det almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. Nedenfor er en gennemgang af de forskellige modeller med kommentarer fra Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening.

4.1 Model 1. *Det politiske ansvar er forankret decentralt med etablering af sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse. De nuværende regioner nedlægges, og der etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Hver sundheds- og omsorgsregion ledes af 21-25 direkte valgte politikere, og det foreslås, at der oprettes nærudvalg, som skal understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på de lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne.*

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening er ikke tilhænger af model 1, hvor kommunalpolitikere skal udpege medlemmer af regionsrådet. Et folkevalgte ledelseslag er afgørende for Patientforeningen. De skal med fire års mellemrum mødes med vælgerne.

4.2. Model 2. *Det politiske ansvar er på det nationale niveau, og der er ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet. Regionerne nedlægges og staten overtager myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor under "Sundhed og Omsorg Danmark." Derudover får staten ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. Den daglige drift varetages af decentrale, administrative enheder med en decentral bestyrelse for hver enhed.*

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening er ikke tilhænger af en så voldsom centralisering med deraf følgende mangel på borgerinddragelse og indflydelse. Ingen mennesker vil kunne overskue og lede en så stor organisation.

4.3. Model 3. *Regionerne har fortsat ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har fortsat ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. I denne model sker en mindre – eller ingen – samling af de opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet, som i dag er henholdsvis kommunernes og*

regionernes ansvar. Udgangspunktet for denne model er at styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet uden en større samling af opgaver under én myndighed. Modellen fastholder et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet, men indebærer ændringer i regionernes politiske styreform, tiltag til at udbygge det primære sundhedsvæsen og styrkede krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet.

Dette er den mindst indgribende model, hvor regionernes økonomi målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor en større del af opgaveløsningen sker i det primære sundhedsvæsen fremfor på sygehusene. Modellen indeholder også et forslag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne. Herudover indeholder modellen forslag om styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Desuden indebærer modellen en grundlæggende forandring af de nuværende sundhedsklynger og forslag til ændringer af regionernes politiske styreform med bl.a. oprettelse af geografisk forankrede nærudvalg.

Patientforeningen og Kvindelige Læges Forening er enig i denne model.

Til slut er Patientforeningen enig i SSK's konklusion, nemlig at hvis de organisatoriske forandringer skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som gives til borgerne, skal de føre til forandringer i den måde, der arbejdes og samarbejdes på i sundhedsvæsenet, og det kræver **dedikeret og god ledelse på alle niveauer af ledelseskæden.**

§5. Det frie valg bør fremhæves

Det frie (patient) valg er vigtigt for Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening, og det giver overordnet bedre og hurtigere resultater end en topstyret organisation. F.eks. på fertilitetsområdet er fordelene ved valgmulighederne fint beskrevet af Dr. Med. Svend Lindenberg i Berlingske Tidende den 11. juli 2024, og vi har beskrevet succesmodellen fra høreapparatsområdet i bilag 1.

Vi mener, at danskerne er veloplyste og vidende om deres sygdomme, og med valg følger ansvar. Dette faktum skal udnyttes positivt - ikke negligeres.

Valgmulighederne er også til fordel for pårørende og de ansatte. Hvis en hospitalsansat behandles urimeligt, så er en opsigelse et stort skift i karrieren – sandsynligvis til noget helt andet. Rigtig mange hospitalssygeplejersker arbejder i dag udenfor sygehusene. Var der et andet hospital at få ansættelse på, så ville der komme en bedre balance også

i arbejdsmiljøet for de ansatte. Da TV 2 begyndte, kom en del DR-medarbejdere, som søgte bedre arbejdsvilkår. Det blev en historisk succes begge steder.

Lad sundhedsstruktur-debatten også munde ud i at styrke det fri valg for patienter, pårørende og ansatte. Så kommer succesen og borgernes opbakning.

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening står naturligvis til rådighed med yderligere informationer.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen for Patientforeningen

Niels Jørgen Langkilde

Landsformand

Martin H. Wolffbrandt

Næstformand

Finn Elkjær

Landskasserer

Kirsten Havemann

Lægefaglig konsulent

Niels Enersen

Formand Region Hovedstaden

Majbritt Larsen

Bestyrelsesmedlem

Caspar Mellin

Bestyrelsesmedlem

&

Bestyrelsen for Kvindelige Lægers Forening

Birte Holm Sørensen,

Formand

Ida Lise Arevad Ammitzbøll

Sekretær

Linda Marie Hilsted

Kasserer

Mona Savran

Bestyrelsesmedlem

Christine Felding

Bestyrelsesmedlem

Sheyda Jouhari

Bestyrelsesmedlem

Ellen Signe Filtenborg Tvedskov

Bestyrelsesmedlem



PATIENTFORENINGEN



Kvindelige Lægers Forening

Bilag 1

Det frie valg – høreapparatområdet som et eksempel

Der er gratis høreapparater at låne i det offentlige, men borgerne kan også vælge at købe i det private med et basistilskud, som normalt vil dække de mest enkle og meget benyttede høreapparater. Vil man have nyere apparater med flere muligheder i det private, så må forsikringen eller patienten selv betale. Disse to muligheder har været en stor succes for borgerne, hvorfor vi har en bedre dækning af høreapparater til hørehæmmede i Danmark end de fleste andre lande.

Patienterne bliver hjulpet hurtigt og tæt på i en lokal klinik eller – efter mere ventetid - på et hospital.

Modellen er også en måde at tilføre flere midler til et underfinansieret område uden at skulle hæve skatterne. Videre lægger en sådan model op til, at brugerne overvejer om givne omkostninger er rimelige. Endelig er det værd at notere, at en sådan model vil være løsningen for de mange, som bliver afvist i det nuværende system, når de bliver henvist til hospitalerne. De afviste vil i en sådan model kunne betale for en undersøgelse, som hospitalet afviste. Mængden af frustrerede patienter vil hermed gå ned.

Patientforeningen er opmærksom på, at de økonomiske modeller ligger på kanten af kommissionens arbejde, men synes alligevel, at det er væsentligt at få med i denne sammenhæng.

Frit valg til gavn for hele samfundet

I tillæg har Danmark nu i kraft af de offentlige indkøb af høreapparater tre af verdens største høreapparatsproducenter, Oticon, GN og Widex. Det giver forskning og udvikling i international topklasse til glæde for alle verdens patienter.

Det er således ikke kun godt for patienterne, det er også godt for samfundet, for vi har ikke kun industrierne, vi har flere hørehæmmede på arbejdsmarkedet, og i disse tider med stor mangel på arbejdskraft er det i den grad guld værd for samfundet.

I den sammenhæng er det et vigtigt princip, at pengene følger patienterne. Vi skal ikke have store grupper af patienter, som ikke får behandling på grund af manglende økonomi.

Patienterne og deres rådgivere er i dag så oplyste, at de udmærket kan træffe disse valg lige så godt som dem, der i dag vælger for dem. Når patienterne vælger, så kommer de i centrum, og det er lige der, patienterne gerne vil være.



PATIENTFORENINGEN



Kvindelige Lægers Forening

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
sum@sum.dk

01-08-2024

Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering – høringssvar fra Pharmadanmark

Ref.: Peter Thøgersen

Et bæredygtigt sundhedsvæsen forudsætter, at alle sundhedsfaglige kompetencer bidrager, og at den samlede kapacitet bruges bedst muligt.

Gl. Kongevej 60
1850 Frederiksberg

Pharmadanmark mener, at farmaceuternes medicinfaglige kompetencer bør inddrages endnu mere i både primær- og sekundærsektor til gavn for patienterne og medicinsikkerheden. Farmaceuterne er klar til at bidrage yderligere.

CVR: 65250314

Telefon 3946 3600

Indenfor de seneste 10 år er brugen af klinisk farmaci på sygehusene steget betragteligt, ligesom der er sket en udvikling i sundhedsydelse på apotek bl.a. med medicinsamtaler og vaccinationer. Begge områder er eksempler på øget samarbejde på tværs og mellem faggrupper, hvilket netop er en af nøglerne til fremtidens sundhedsvæsen. Kun ved at arbejde sammen og på tværs, kan vi sikre et sundhedsvæsen, der er bæredygtigt.

Pharmadanmark mener, at der skal øget fokus på patientens medicinske behandling, som er en af de opgaver, en struktur skal understøtte, og særligt fokus på, at der skabes sammenhæng i patientens forløb som modvirker, at patienterne bliver tabt mellem overgange både internt i og mellem sektorer. Der sker til stadighed for mange utilsigtede hændelser (UTH), særligt ved skift mellem sektorer og særligt i forhold til den medicinske behandling af patienten. 51% af de individuelt rapporterede UTH i 2023 var i kategorien medicinering, og det var ligeledes den kategori, der blev indberettet flest UTH af blandt både pårørende og sundhedspersoner. Samtidig var medicinering den kategori, hvor flest UTH i 2023 blev vurderet til potentielt at kunne have været alvorlige eller dødelige for borgeren.¹

Her kan og bør farmaceuterne gøre en forskel. Eksempelvis i forbindelse med det forberedende og opfølgende arbejde ved medicingennemgang i almen praksis. Eller fast tilknyttet plejehjem og bosteder. Farmaceuterne på sygehusene fungerer både som sparringspartner for det øvre sundhedspersonale og er i direkte patientkontakt. Den ressource bør inddrages endnu mere – også i det primære sundhedsvæsen. Til gavn for medicinsikkerheden og patienterne.

Medicin er grundelementet i behandlingen af den voksende gruppe af ældre og multisyge patienter. Eksempelvis viste data fra Ældreprofilen fra 2019, at 83% af ældre borgere i alderen 65-74 år havde taget medicin indenfor de seneste 14 dage, og at andelen, der tager medicin stiger med alderen.² Opgørelser fra Sundhedsdatastyrelsen i 2022 viste, at ca. 280.000 borgere var i samtidig behandling med mindst fem lægemidler, som de købte på recept mindst fire gange på et år. Data viste også, at godt en femtedel (21,2%) af borgerne på mindst 75 år indtager mindst fem lægemidler samtidigt.³ Sammenhængende forløb, bedre brug af medicinfaglige kompetencer og bedre adgang til data er nogle af de

¹ <https://stps.dk/Media/638549842110615643/Dansk%20Patientsikkerhedsdatabase%20%C3%85rsberetning%202023.pdf>

² https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/%C3%86ldres-sundhed-og-trivsel.ashx?sc_lang=da&hash=8C992077CB174341997B17A16ADA9D31

³ https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/lægemedler/polyfarmaci/polyfarmaci-2010_21.pdf?la=da

faktorer, der kan være med til at øge patientsikkerheden omkring medicin og medicinhåndtering.

En del af sigtet med kommissionens arbejde er at mindske ulighed i sundhed både geografisk og socialt. Her mener vi, at det er oplagt at inddrage apotekerne, som jo er jævnt fordelt over hele Danmark, og derved kan være med til at mindske den geografiske ulighed i sundhed, hvis deres medicinfaglige kompetencer indtænkes i det nære sundhedsvæsen. Det kunne f.eks. være gennem nye sundhedsydelser på eller udgående fra apoteket eller via øget samarbejde med almen praksis, bosteder og plejehjem.

Danmarks Apotekerforening har foreslået en 7. tværgående anbefaling: Bedre brug af alle faggrupper og funktioner samt effektiv opgavefordeling. Vi er helt enige i, at fokus bør rettes mod at sikre optimal brug af alle samfundets sundhedsfaglige eksperter i sundhedsvæsenet – farmaceuter, farmakonomer, tandlæger, tandplejere, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer mv.

Almen praksis er med rette tiltænkt en kerneopgave i fremtidens sundhedsvæsen, hvor særligt ældre og multisyge udgør en større del af patientpopulationen. Det understøtter ligeledes Sundhedsstyrelsens anbefalinger for polyfarmaci ved multisygdom. Her anbefales det, at relevante personer med polyfarmaci og multisygdom får tilbudt en medicingennemgang, der som udgangspunkt foregår i almen praksis eller som minimum foregår i tæt samarbejde med almen praksis, der kender patienten i stabil fase. Det anbefales ligeledes, at læger i almen praksis inddrager andre sundhedsprofessionelle til det forberedende og eventuelt opfølgende arbejde i forbindelse med medicingennemgang og prioritering, f.eks. kliniske farmakologer, farmaceuter eller farmakonomer⁴.

Til trods for at der er fokus på inddragelse af kompetencer på tværs i primærsektoren, sker det indtil nu hovedsageligt i projektregi og ofte iværksættes projekter parallelt flere steder i landet. Det kalder på, at der skabes varige nationale rammer for øget brug af medicinfaglige kompetencer i primærsektoren.

Vi mener, at det mest optimale og rationelle brug af kompetencer er at inddrage samfundets lægemiddeleksperter, farmaceuterne. Der er allerede gode eksempler på brug af farmaceuternes medicinfaglige kompetencer i almen praksis, f.eks. projektet "Vi piller ved pillerne" i Region Nordjylland, hvor to regionalt ansatte farmaceuter i en projektperiode foretog medicingennemgang af 232 polyfarmaci-patienter tilknyttet almen praksis. Resultatet var, at lægerne i høj grad fandt farmaceuternes interventionsforslag brugbare og var trygge ved at uddelegere behandlingsplanen og medicinsamtalerne til farmaceuterne.⁵ Projektet er nu overgået til drift. Der er imidlertid ingen almen praksis, der endnu har ansat eller fast tilknyttet farmaceuter. Dette til trods for, at der på f.eks. sygehusene er god erfaring med at inddrage de kliniske farmaceuter i teamet omkring patienten. På 10 år er antallet af farmakonomer og farmaceuter beskæftiget med klinisk farmaci således steget med 50%, og væksten har været støt stigende. På sygehusene interagerer de med både patienter og det øvrige sundhedsfaglige personale. Andelen af tid brugt på patientnære ydelser er ligeledes vokset og fylder nu 45 %. F.eks. rådgiver farmaceuter om medicin ved udskrivelsessamtaler, udfører IV-behandling, laver medicingennemgang samt dispenserer og administrerer patientens medicin.⁶

⁴ https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Polyfarmaci/Polyfarmaci-ved-multisygdom---Viden_fokusomraader-og-anbefalinger-til-videre-arbejde.ashx

⁵ https://www.sundhed.dk/content/cms/29/137629_rapport_-vi-piller-ved-pillerne---final.pdf

⁶ Klinisk Farmaci 2023: https://amgros.dk/media/3865/klinisk-farmaci-2023-rapport_final.pdf

Vi mener, at de to væsentligste barrierer for at gøre brug af farmaceuternes medicinfaglige kompetencer i almen praksis er manglende rammer for deres ansættelse og autorisation. Vi anbefaler derfor, at der i den kommende økonomimodel for almen praksis skabes mulighed for, at almen praksis kan ansætte eller fast tilknytte farmaceuter – eksempelvis ved at indgå samarbejde med det lokale apotek, sygehusapotek eller en kommunalt/regionalt ansat farmaceut. Kommissionen foreslår, at der udvikles en dansk model for og arbejdes for øget udbredelse af netværksorganisering, som kan skabe grundlag for, at opgaverne i højere grad kan løses tværfagligt mellem læger og andre faggrupper samt sikre en bedre og mere hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det primære sundhedsvæsen. Vi bakker fuldt op om dette, idet nye praksisformer netop kan være med til at understøtte øget tværfaglighed samt bidrage til at fokusere lægens opgaver, så lægens tid bruges mere hensigtsmæssigt. Desuden kan øget fokus på medicinsikkerhed være med til at forebygge medicinrelaterede indlæggelser og genindlæggelser.

Den anden barriere er, at farmaceuter ikke er autoriserede sundhedspersoner. Årsagen er, at farmaceuter historisk har været beskæftiget med lægemiddelproduktion. Udviklingen har imidlertid gjort, at farmaceuter på sygehusapotek, apotek, i regioner og kommuner nu arbejder patientnært med medicingennemgang, rådgivning og patientsamtaler. Den manglende autorisation er imidlertid et problem for patientsikkerheden, skaber tvivl om, hvilke opgaver de må løse, hindrer adgang til data samt hæmmer for et effektivt og ligeværdigt samarbejde med andre faggrupper til gavn for borgere og samfund. Pharmadanmarck samarbejder derfor med Farmakonomforeningen om autorisation af farmaceuter og farmakonomer. Vedlagt er uddybende argumentation om, hvorfor vi mener de to faggrupper bør autoriseres som sundhedspersoner. I det vedlagte materiale rettes fokus derudover på, hvordan farmaceuter og farmakonomer kan bidrage i den kommunale plejesektor. En sektor, hvor der til stadighed sker mange utilsigtede hændelser med og gøres fund relateret til medicin og medicinhåndtering ved tilsyn. En del kommuner har derfor valgt at ansætte farmaceuter og farmakonomer til at øge medicinsikkerheden.

Pharmadanmarck mener således, at en ny struktur bør understøtte:

- Øget fokus på den medicinske behandling, da der til stadighed sker for mange UTH på dette område.
- Bedre brug af alle sundhedsfaglige kompetencer og i særlig grad farmaceuter og farmakonoms medicinfaglige viden.
- Bedre sammenhæng ved sektorovergange, herunder øget arbejde og bedre datadeling på tværs.
- Styrke almen praksis, bl.a. at der skabes rammer for at inddrage flere faggrupper i almen praksis samt øget samarbejde mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Vi håber, at I vil se positivt på vores input i dette hørings svar og står naturligvis til rådighed, hvis der er noget, der kræver uddybning, eller I ønsker yderligere materiale fremsendt.

Med venlig hilsen



Stine Hasling Mogensen, formand

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens Rapport

Patientinddragelsesudvalget i Region Sjælland (PIU) skal hermed tillade sig at komme med enkelte kommentarer til ovennævnte rapport:

1. PIU's største bekymring er den manglende omtale og det manglende forslag til den fremtidige inddragelse af patienter og pårørende i det fremtidige sundhedsvæsen. Denne inddragelse har man forsøgt at tilgodese i etableringen af Sundhedsklynger, men den er ikke optimal, sådan som rapporten også beskriver – dette er dog ingen undskyldning for at det slettes helt og holdent i fremtiden. Patient- og pårørende indflydelse bør medtænkes!
2. PIU er enig med forslaget (-ene) om at der skal være én instans som er ansvarlig for hele sygdomsforløbet vedr. diagnostisering, behandling, opfølgning, evt. genoptræning m.v. Det gælder OGSÅ, når et ungt menneske med en kronisk sygdom og/eller handicap, somatisk som psykisk, går fra at være barn til voksen. Det er erfaringen, at ved 18-års fødselsdagen falder al varetagelse af den unges udfordringer væk, og alt skal "ny-tænkes", genforhandles, re-etableres.
3. PIU mener i den sammenhæng, at den nye, kommende ældrelov skal erstatte og omfatte både serviceloven og sundhedsloven.
4. PIU mener, at varetagelse af tandbehandling bør være en del af det fremtidige sundhedsvæsen. Manglende varetagelse af tænders sygdomme er alt for ofte årsag til infektioner, også alvorlige, for svækkede borgere. (Det er noteret, at der lige nu (forgangne uge) er lovgivet om at patienter med kræft kan få tilskud til tangbehandling). Forebyggelse og behandling af tandlidelser bør være alment tilgængeligt for alle i det fremtidige sundhedsvæsen.
5. PIU har noteret sig, at rapporten alene beskæftiger sig med det professionelle ansvar for det kommende sundhedsvæsen. Patientinddragelsesudvalgene rekrutterer frivillige medlemmer fra Danske Patienter, Dansk Handicap Organisation samt Ældre Rådene og Ældre Sagen og vi vil fortsat stille vores frivillige indsats til rådighed. Og det tjener til rapportens ære, at der intetsteds er en forventning om, at varetagelsen af sundhedsopgaver kan eller skal pålægges frivillige/pårørende, sådan som det kan læses i Politiken, 22. juli d.å., hvor der refereres til en rundspørge til 98 kommunale ældrechefer, som 37 har svaret på. De giver udtryk for at forventningerne fra det offentlige skal sænkes og at de nærmeste (pårørende) "i højere grad skal stå for huslige pligter, indkøb samt *monitorering af sundhedstilstanden hos familie-medlemmet*". Dette vil ikke være sundhedsmæssigt forsvarligt!

Venlig hilsen


Formand for PIU, Region Sjælland

PLO's høringsvar over Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024.

Et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen.

PLO takker for muligheden for at kommentere Sundhedsstrukturkommissionens (kommissionens) rapport fra juni 2024.

Høringsvaret er – udover et kort resumé med nogle overordnede, indledende betragtninger – opdelt i tre dele:

- Del I: Bemærkninger til kommissionens generelle anbefalinger, herunder bl.a. kapacitetsudvidelsen af almen praksis, myndighedsansvaret for almen praksis og det samarbejdende sundhedsvæsen.
- Del II: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om organiseringen og styringen af almen praksis.
- Del III: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om forskning, uddannelse, organisering af IT og datadeling m.v.

Resumé

Kommissionens anbefalinger vedrørende almen praksis er overordnet fornuftige, begrundede og peger ind i en fremtid, hvor markant flere borgere kan blive hjulpet i deres eget nærmiljø i det nære sundhedsvæsen.

PLO finder det især positivt,

- at kommissionen anerkender såvel styrker som svagheder ved den nuværende organisering af almen praksis – herunder at denne praksisform er mest effektiv og sikrer størst kontinuitet og kvalitet for patienterne – og derfor tager udgangspunkt i en forventning om, at denne organisering fortsat vil være den dominerende,
- at kommissionen vil øge antallet af praktiserende læger markant og styrke kapaciteten i det almenmedicinske tilbud,
- at kommissionen anbefaler, at en større andel af sundhedsudgifterne fremover skal bruges på almen praksis,
- at kommissionen anbefaler at bevare et nationalt aftalesystem, hvor PLO indgår aftaler på vegne af de praktiserende læger,
- at kommissionen forudsætter, at omstillingen af opgavevaretagelsen i almen praksis skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencen i det almenmedicinske tilbud udvides, og at den nødvendige faglige og diagnostiske støtte fra det sekundære sundhedsvæsen er tilgængelig,
- at kommissionen anbefaler, at en læge højst må eje to ydernumre, og
- at kommissionen anbefaler større indhold af almen medicin på universiteternes lægeuddannelser.

Det er overordnet set de rigtige anbefalinger til at håndtere en fremtid, hvor vi bliver flere ældre, og flere vil leve med kroniske sygdomme og multisygdom.

PLO bemærker hertil, at det ifølge FYAM's seneste undersøgelse fortsat er langt de fleste nyuddannede speciallæger i almen medicin, der efter 5 år ønsker at eje egen klinik. Det er derfor væsentligt at bevare en struktur, der understøtter ejerlægen som den dominerende organisationsform.

PLO er endelig enig i kommissionens overvejelser og målsætning om at imødegå ulighed i sundhed, herunder anbefalingerne om, at det skal gøres mere attraktivt at være læge i områder med stor sygdomstængde, og at der skal etableres en national styring af ydernumre. PLO advarer dog imod, at praktiserende læger i andre dele af landet mod deres vilje skal tvinges til at have et højere normtal, eftersom det risikerer at føre til øget afgang fra faget og dermed forværre problemerne med lægemangel i almen praksis.

PLO har derudover en række forbehold, hvoraf følgende skal fremhæves:

- PLO mener ikke, at den nødvendige udbygning af kapaciteten i det almenmedicinske tilbud skal understøttes af en struktur, hvor myndighedsansvaret for det almenmedicinske tilbud placeres samme sted som ansvaret for sygehusene. Kompetent faglig administration af almen praksis og andre aktører i det primære sundhedsvæsen kræver et solidt indblik heri, som ikke skal sammenblandes med sygehusenes driftsansvar og interesser.
- For PLO er det afgørende, at en reform anerkender, at et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen, og sundhedsvæsenet derfor fortsat bygges op om et velfunderet, beslutningsdygtigt og handlingsorienteret samarbejde.
- En konkurrenceudsættelse forudsætter, at der sikres lige og fri konkurrence på markedet, herunder ikke mindst i relation til de offentliges egne klinikker.
- Opgavebeskrivelsen bør ud over de kerneværdier som kontinuitet og generalistkompetence, der fremhæves af kommissionen, tillige beskrive det brede, almenmedicinske tilbud som en kerneværdi.
- Der er ikke i de store byer en sådan ledig kapacitet, at en tvangsmæssig forøgelse af normtallet for de praktiserende læger er mulig.
- En forenkling af honorarstrukturen skal fortsat skabe incitamenter til et effektivt system og sikre, at ressourcerne anvendes på patienterne og ikke på øget administration og kontrol.
- Den nuværende forvaltning af økonomirammen skal ændres, så det bliver muligt at udvikle de almenmedicinske tilbud.
- En faglig ledelse skal være stærkt forankret i læger med uddannelse i det almenmedicinske speciale og fortsat tilknytning til hverdagen i almen praksis. Den faglige ledelse skal ses i sammenhæng med på den nuværende faglige ledelse og dels adskilles fra det offentliges kontrol, dels afgrænses præcist over for klinikejernes ledelsesret.
- Deling af data bør ske med respekt for patientens rettigheder og ud fra en analyse af, hvilke data der skaber værdi for patienterne og sundhedsvæsenet.
- PLO finder ikke, at en fælles service- og leveranceorganisation på IT-området er en del af løsningen, idet centralisering af driften vil være på bekostning af løsninger, der er baserede på lokale behov og muligheder.

Det ligger i øvrigt til grund for PLO's hørings svar, at det er den nationale regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et evt. nyt system for tvistløsninger, der falder ud af overenskomsten, mens overenskomstens øvrige elementer fortsat skal indeholdes i en national rammeaftale.

Del I: Bemærkninger til kommissionens generelle anbefalinger, herunder bl.a. kapacitetsudvidelsen af almen praksis, myndighedsansvaret for almen praksis og det samarbejdende sundhedsvæsen.

Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud

PLO er enig i kommissionens anbefalinger om en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud, herunder at det demografisk afledte løft på det regionale sundhedsområde på 750 mio. kr. årligt frem mod 2030 målrettes det primære sundhedsvæsen og dermed også almen praksis.

Kommissionen forudsætter, at omstillingen af opgavevaretagelsen i almen praksis skal ske i takt med, at kapaciteten og kompetencen i det almenmedicinske tilbud udvides, og at den nødvendige faglige og diagnostiske støtte fra det sekundære sundhedsvæsen er tilgængelig. PLO har i høringssvaret lagt til grund, at denne forudsætning vil blive opfyldt.

For at indfri målet om 5.000 praktiserende læger i 2035 har PLO beregnet, at der som minimum er brug for en 6-årig periode med 400 uddannelsespladser inden for almen medicin og yderligere indsats for, at pladserne bliver besat særligt i de dele af landet, hvor der i dag er lægemangel. Med den nuværende dimensionering vil der mangle ca. 250 praktiserende læger i 2035, og målet vil først blive nået i 2037/2038.

Det er derfor afgørende, at det hurtigst muligt besluttes at øge dimensioneringen af uddannelsesstillinger inden for almen medicin, hvilket kan rummes inden for den nuværende dimensioneringsplan. Det er endvidere afgørende, at der – som anbefalet af kommissionen – inden for rammerne af en national sundhedsplan indføres en stærkere styring af den lægelige videreuddannelse m.v.

I lyset af kommissionens anbefaling om en betydelig udvidelse af opgaver og øvrige funktioner for almen praksis er der i forbindelse med fastsættelsen af kapaciteten i øvrigt brug for en analyse af, om 5.000 praktiserende læger er tilstrækkeligt til at imødekomme de fremtidige krav til de almenmedicinske tilbud. Det må antages, at efterspørgslen efter læger med almenmedicinsk speciale vil blive øget også uden for almen praksis, herunder til kommuner, akutmodtagelser, misbrugscentre og vagtlægeordninger m.fl.

Ifølge kommissionens figur 7.13 var der i 2020 0,8 alment praktiserende læger pr. 1.000 indbyggere. Tallene hidrører fra WHO og dermed formentlig fra Danmarks Statistik, der medregner almene medicinere, som kun arbejder på deltid som fx vikarer eller vagtlæger. Ser man på "fuldtids" beskæftigede i almen praksis i dagtiden, er tallet ifølge PLO's egne beregninger tættere på 0,6. Det understreger behovet for en grundigere analyse af hvor stor en kapacitet, der skal tilvejebringes i de kommende år.

PLO bemærker endelig, at den nuværende fastsættelse og forvaltning af økonomirammen i overenskomst om almen praksis i alt væsentligt gør det umuligt at udvikle de almenmedicinske tilbud. Det er ikke tilstrækkeligt at løfte kapaciteten, hvis der ikke samtidig sker en tilsvarende forøgelse af den økonomiske ramme. Der bør derfor findes en ny model for økonomisk rammestyring af almen praksis, der sikrer, at den økonomiske ramme automatisk tilpasses den samlede opgavemængde og tilførslen af yderligere kapacitet.

Organiseringen af det samarbejdende sundhedsvæsen

PLO læser kommissionens overordnede anbefalinger således, at der lægges op til, at sundhedsvæsenet skal ændres fra et system, der fx i form af sundhedsklyngerne og en række andre samarbejdsfora lægger stor vægt på et forpligtende samarbejde mellem flere aktører, til en konstruktion, hvor der i højere grad er én beslutningstager (aktør) og en række leverandører af sundhedsydelser. Kædeansvaret bliver dermed så vidt ses udmøntet i en form for enstretet ledelse, hvor det samarbejdende sundhedsvæsen træder i baggrunden til fordel for et topstyret sundhedsvæsen.

En sådan udvikling anser PLO for at være bekymrende ud fra den betragtning, at et sammenhængende sundhedsvæsen er et samarbejdende sundhedsvæsen.

I dag udgør sundhedsklyngerne med sundhedssamarbejdsudvalget og de faglige og politiske klynger et forpligtende samarbejde mellem region, kommuner og almen praksis, der har et stort potentiale, hvis det fremadrettet tilføres de nødvendige ressourcer og beslutningskraft. De rigtige incitamentter til at agere korrekt, til fælles bedste og med henblik på sikre lavest mulige omkostningsniveau kan kun opnås, når alle aktører har et fælles ansvar for det samlede sundhedsvæsen, og ikke blot er leverandører, hvis eneste opgave er at optimere egen virksomhed. Det gælder også for de overgange mellem sektorer og snitflader, der ikke kan undgåes uanset valg af model for organiseringen af sundhedsvæsenet.

En ændring af almen praksis' rolle fra aktør til leverandør risikerer derfor at udvande det ansvar, som almen praksis tager for hele sundhedsvæsenet, idet almen praksis alene vil have et incitament til at være en leverandør, som den ansvarlige myndighed foretrækker at bruge. Det giver mere konkurrence, men mindre fælles ansvarsfølelse. Den øgede forretningsmæssige risiko, der følger af at være leverandør i stedet for aktør, kan også indebære, at prisen for almenmedicinske ydelser bliver højere, hvis leverandørerne vil ønske at få afdækket risikoen i form af en økonomisk kompensation.

PLO anbefaler derfor, at sundhedsvæsenet fortsat bygger på, at den nødvendige omstilling skal ske ved et samarbejde mellem sektorer.

Placeringen af myndighedsansvaret for det almenmedicinske tilbud

Kommissionen anbefaler, at myndighedsansvaret for det almenmedicinske tilbud placeres samme sted som ansvaret for sygehusene for at give bedre redskaber til opgaveomstilling, styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb.

PLO er af en række grunde betænkelig ved kommissionens anbefalinger:

- For det første er der en risiko for, at en fortsat samling af det primære og sekundære sundhedsvæsen vil være medvirkende til, at den strategiske inert, der har ført til en utilsigtet nedprioritering af udviklingen af det nære sundhedsvæsen, vil fortsætte fremover.

Kommissionen konstaterer, at regionerne har givet sygehusene "langt mere politisk og ledelsesmæssig opmærksomhed end det nære sundhedsvæsen, at dette bl.a. kan skyldes "størrelsesforholdet" mellem de to sektorer, og at konsekvensen uanset årsagen har været, at det almenmedicinske tilbud ikke har fået tilstrækkelig politisk og ledelsesmæssig opmærksomhed. Der er desværre intet, der tilsiger, at kommissionens anbefalinger om en markant styrkelse af det nære sundhedsvæsen vil ændre herpå, eftersom også reformen fra 2007, der indførte regionerne,

understregede vigtigheden af at styrke almen praksis som en central del af sundhedsvæsenet – bl.a. for at reducere presset på sygehusene.

- Selv om det for det andet anerkendes, at der er et behov for styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, skal hensynet hertil afvejes over for alle de patienter, som i alt væsentligt alene har kontakt med almen praksis.

PLO anbefaler derfor, at samarbejdet i det nære sundhedsvæsen styrkes med to patientgrupper in mente: Den lille gruppe, der har stort behov for koordinerede forløb, og den store gruppe, der i alt væsentligt kun har behov for at gå til egen læge og evt. også benytter kommunale tilbud.

Der er derfor brug for tiltag, som isoleret set styrker de nære almene tilbud i almen praksis og kommunerne samtidig med en styrket koordination og mere sammenhængende patientforløb.

- Ansvar for styring af nære, almene sundhedstilbud er for det tredje og sidste en anden opgave end at drive et højt specialiseret sygehusvæsen. Det bemærkes i den forbindelse, at der er et stort potentiale i et tættere og mere velreguleret samarbejde mellem almen praksis og kommunerne, forudsat kommunerne får bedre økonomiske, strukturelle og regulatoriske forudsætninger for at løfte de opgaver, de er pålagt.

Del II: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om organiseringen og styringen af almen praksis.

Kompetence til at sammensætte det almenmedicinske tilbud ud fra lokale behov

Kommissionens forslag indebærer, at de lovgivningsmæssige begrænsninger for de ansvarlige sundhedsmyndigheders valg af klinikform afskaffes, og at "konkurrencen" dermed sættes fri.

PLO bemærker, at den nuværende struktur for almen praksis i Danmark er internationalt anerkendt for at være agil og levere høj kvalitet i behandlingen på et lavt omkostningsniveau. I andre lande som fx England og Australien, hvor man i de seneste årtier har valgt at indføre nye organisationsformer af almen praksis, har det desværre haft negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og befolkningen. En ændring af den nuværende struktur skal derfor ske med stor omtanke og med inddragelse af erfaringer fra udlandet.

Af den samtidig offentliggjort patienttilfredshedsundersøgelse, som kommissionen kun omtaler kursorisk, fremgår tydeligt, at patienttilfredsheden er markant og signifikant højere målt på alle parametre i klinikker drevet efter overenskomsten med PLO, end i regionsklinikker, udbudsklinikker og partnerskabsklinikker. En øget konkurrenceudsættelse bør derfor kombineres med handleplaner for at øge patienttilfredsheden i disse alternative klinikformer, således at konkurrenceudsættelsen bliver til gavn for patienterne. Tilstedeværelsen af en fast læge bør fx være et krav til alle klinikformer.

PLO har i øvrigt følgende forbehold til forslaget:

- I forbindelse med yderligere konkurrenceudsættelse bør myndighederne for det første være opmærksomme på, at sammenhængskraften i de almenmedicinske tilbud vil komme under pres, efterhånden som andre klinikformer vinder indpas. Det er derfor som anført nedenfor væsentligt, at den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse omfatter alle klinikformer og at en række af de faglige funktioner som fx kvalitetsklyngerne (KiAP) fortsat er fælles for alle uanset organisationsform.
- For det andet anbefaler PLO, at der ved valg af leverandør også arbejdes med modeller, hvor eksisterende klinikker drevet efter overenskomsten med PLO kan understøttes ved fx hjælp til drift og rekruttering af personale m.v. eller ved at gøre det mere attraktivt at drive licensklinikker. De eksisterende muligheder er, som kommissionen konstaterer, ikke udnyttet i nævneværdig grad.
- PLO bemærker for det tredje, at kommissionen har undersøgt, om det er en mulighed at afskaffe ydernumrene, men at det såvel af økonomiske grunde som hensyn til kvalitet og kontinuitet m.v. ikke anbefales. I den forbindelse lægges til grund, at langt de fleste almene medicinere under uddannelse fortsat ønsker at eje egen praksis, hvilket bekræftes af flere undersøgelser blandt uddannelseslæger i almen medicin.
- PLO er for det fjerde enig i, at muligheden for at eje flere ydernumre skal begrænses til to og foreslår i forlængelse heraf, at der stilles krav om, at disse ydernumre skal befinde sig i en sådan geografisk nærhed af hinanden, at lægen reelt har mulighed for at tage et nært, sundhedsfagligt ansvar for patienterne i begge praksis. Ikke mindst fordi der allerede kan være knyttet flere kapaciteter til et ydernummer.

- For det femte har PLO, uanset hvad kommissionen skriver i baggrundsrapporten, ikke en "monopol lignende tilstand" på udbud af almenmedicinske ydelser. Et monopol ville forudsætte, at PLO som organisation var leverandør af tjenesteydelserne og dermed kunne kontrollere både pris og udbud. Det er ikke tilfældet og det er allerede i dag muligt for det offentlige at benytte sig af udbudsklinikker, regionsklinikker og partnerskabsklinikker.
- I forbindelse med konkurrenceudsættelsen bemærkes for det sjette og sidste, at de ansvarlige sundhedsmyndigheder reelt har et købermonopol på erhvervelse af almenmedicinske ydelser.

Det er derfor som anført af kommissionen afgørende, at det ved lovgivning, transparens og kontrol sikres, at en konkurrenceudsættelse ikke udnyttes af de ansvarlige sundhedsmyndigheder til at skaffe sig selv uretmæssige fordele til skade for private aktører og/eller på et usagligt grundlag forskelsbehandler private aktører. Der er desværre allerede i dag tilfælde, hvor regionerne er villige til at betale langt mere for egne klinikker eller udbudsklinikker (fx fordi de ikke er underlagt maksimale honorarsatser/lønninger), end de er villige til at betale for klinikker, der drives efter overenskomsten med PLO.

Det er i den forbindelse ikke tilstrækkeligt, at kommissionen henholder sig til "øvrige lovgivning" for så vidt angår konkurrencen, eftersom der i dag ikke findes eller håndhæves en lovgivning, der sikrer private klinikker mod konkurrenceforvridende tiltag fra de ansvarlige sundhedsmyndigheder.

Nationalt fastsat opgavebeskrivelse

PLO er enig med kommissionen i, at det vil være en styrkelse af det almenmedicinske tilbud, hvis opgavebeskrivelsen løbende fremover fastlægges af nationale myndigheder. Dette bør selvfølgelig koordineres med diverse kompetenceopbyggende tiltag.

PLO bakker endvidere op om, at opgavebeskrivelsen samtidig skal beskrive, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud, fx med tydelig beskrivelse af, hvad sygehusene tilbyder almen praksis, en definition af de opgaver, der skal færdiggøres på sygehusene, samt retningslinjer for rådgivning og konference, overleveringsforløb, håndtering af patienter med komplicerede problemstillinger, rehabilitering og adgang til diagnostiske undersøgelser.

Det er i forbindelse med alle beskrivelser væsentligt, at der tages udtrykkeligt stilling til, hvilke rettigheder patienter og læger har, hvis almen praksis, sygehuse og øvrige sundhedstilbud m.fl. ikke lever op til sine forpligtelser i relation til opgavebeskrivelsen. Det kan derfor overvejes at definere dele af opgavebeskrivelsen som egentlige patientrettigheder.

For PLO er de overordnede målsætninger med at definere sygehusenes rolle dels, at den omfattende, accelererende og ikke aftalte opgaveglidning, der i stor skala har fundet sted de seneste år, bringes til ophør, dels at patienterne kun undtagelsesvis afvises, når de henvises til sygehuset fra almen praksis.

Opgavebeskrivelsen kan med fordel også adressere udvikling, indførelse og anvendelse af ny sundhedsteknologi, sådan at basisfunktionen i samspil med den centrale rammeaftale er med til at udvikle anvendelsen heraf i almen praksis.

I forbindelse med opgavebeskrivelsen skal den relevante myndighed være forpligtet til at sikre, at der er de nødvendige kompetencer og ressourcer – personelle og økonomiske – til stede i almen praksis til at varetage opgaverne, eller at der laves en plan for, hvorledes de tilvejebringes. Det gælder ikke mindst, når almen praksis tillægges nye opgaver.

Det må samtidig være en forudsætning, at den relevante myndighed tager højde for, at den praktiserende læge ofte befinder sig i et krydspres mellem på den ene side patientens ønsker og på den anden side forventninger og krav fra myndighederne. Basisfunktionen skal derfor være så veldefineret, at den kan danne grundlag for en eksakt forventningsafstemning med patienterne og myndighederne.

I opgavebeskrivelsen bør der også tages højde for, hvilke opgaver andre aktører i sundhedsvæsenet kan overtage fra almen praksis.

Opgavebeskrivelsen bør ud over de kerneværdier som kontinuitet og generalistkompetence, der fremhæves af kommissionen, tillige holde fast i det brede, almenmedicinske tilbud som kerneværdi. Det er for PLO væsentligt, at de praktiserende læger fortsat har en bredde i opgaveporteføljen, der sikrer kontinuitet, sammenhæng og opmærksomhed på såvel individet som den hele familie fra fødsel til død. Kommissionen nævner en passant forskellige steder en række øvrige egenskaber ved almen praksis, der med fordel også kan indgå i definitionen af kerneværdier, herunder:

- generalistkompetencen,
- rollen som gatekeeper og tovholder,
- tillid og tryghed i forholdet mellem læge og patient og
- fagets personcentrerede tilgang til opgaven.

Opgavebeskrivelsen bør endvidere have øje for volumen, herunder ikke mindst ved overflytning af opgaver fra sygehus til almen praksis. En patientgruppe kan blive så lille, at det vil kompromittere patientsikkerhed, faglig kvalitet og vedligeholdelse af kompetencer at flytte den til almen praksis.

Det er væsentligt for PLO, at kompetencen til at fastlægge opgavebeskrivelsen som anbefalet af kommissionen henlægges til en national myndighed som fx Sundhedsstyrelsen med inddragelse af den relevante fagvidenskabelige kompetence, herunder DSAM og de almen medicinske forskningsmiljøer. Endelig bør PLO inviteres til at bidrage til arbejdet med at fastlægge og vedligeholde en national opgavebeskrivelse for at sikre, at opgavebeskrivelsen ikke kun er fagligt retvisende, men også svarer til den kapacitet og de ressourcer, der er til rådighed i almen praksis.

PLO bemærker, at kommissionen skriver følgende om opgavebeskrivelsen: "Som et led i opgavebeskrivelsen fastlægges en basisfunktion, som omfatter en faglig beskrivelse af de funktioner, opgaver, kompetencer og kerneværdier, fx kontinuitet, generalistkompetence, lokal forankring, tovholderfunktion og basal tilgængelighed og samarbejde, som alle klinikker uanset leverandørform i udgangspunktet skal leve op til."

Kommissionen kommer ikke nærmere ind på, hvad der forstås ved de opregnede begreber, herunder hvorledes de skal defineres. Dette bør afklares i den proces, der skal omsætte kommissionens anbefalinger til fremtidig styring og regulering.

For så vidt angår tilgængeligheden vil PLO dog gøre opmærksom på, at tilgængelighed for solopraktiserende læger er lig med arbejdstiden. PLO antager derfor, at myndighederne – også i lyset af, at konkurrencen skal være lige – ikke ved fastlæggelse af den basale tilgængelighed går ud over det allerede aftalte i gældende overenskomst. I modsat fald vil der være tale om et indgreb af så væsentlig betydning i aftalesystemet, at det vil få betydelige, negative konsekvenser for lægernes trivsel.

Derudover må det ved fastlæggelse af den basale tilgængelighed tages i betragtning, at øget tilgængelighed lægger beslag på flere læger og derfor er i konkurrence med ønsket om bedre lægedækning. Dette er navnlig en udfordring, fordi den øgede tilgængelighed som oftest kommer de ressourcestærke til gode og derfor kan skabe mere ulighed i sundhed.

I øvrigt antager PLO, at kommissionens anbefalinger om en nationalt fastsat opgavebeskrivelse vil ske med respekt for, at det er den nationale regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsninger, der falder ud af overenskomsten, mens de øvrige elementer, herunder fx økonomi, kvalitetsklynger, organisationsformer for klinikker, der arbejder efter overenskomsten, finansiering af forskningsenheder m.v., fortsat skal aftales i national rammeaftale. Alt andet vil være kontraproduktivt for ønsket om at styrke det almenmedicinske tilbud, fordi det kan føre til øget mistro, hvis de praktiserende læger ikke har indflydelse på deres egne arbejdsvilkår.

PLO antager endelig, at basisfunktionen skal være gældende for alle typer af klinikker, herunder klinikker drevet efter overenskomsten, klinikker drevet af sundhedsmyndigheden selv (i dag kaldet regionsklinikker), udbudsklinikker, partnerskabsklinikker og 'alternative' klinikformer m.fl. Dels fordi forskellige krav til disse klinikformer i sig selv kan være konkurrenceforvridende, dels fordi det er afgørende for patienterne og sammenhængen i sundhedsvæsenet, at alle klinikker har samme kerneværdier og leverer samme opgavevaretagelse og kvalitet m.v. uanset organisationsform, jf. også Honorarstrukturrådets rapport pkt. 3.1.

Differentierede patientnormer

PLO har noteret, at kommissionen stiller forslag om, at der indføres differentierede patientnormer i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en national model, og at honorarstrukturen tilpasses i overensstemmelse hermed.

Det er PLO's anbefaling, at en differentiering indføres gradvist over en årrække med fuldstændig og ubetinget sikring af økonomien i klinikkerne.

PLO har også noteret, at kommissionen foreslår, at fordeling af patienttypen må ske ud fra et estimat af behandlingsbehovene i den enkelte klinik. Kommissionen anerkender således, at der på trods af geografiske forskelle ikke er noget sagligt grundlag for at sondre generelt mellem på den ene side klinikker i de store byer og på den anden side klinikker i udkantsområder. Hver klinik kan have særlige udfordringer og en generalisering af by og land vil gøre mere skade end gavn.

Det er væsentligt for PLO at advare mod, at kommissionens forslag fører til, at praktiserende læger i de større byer mod deres vilje bliver pålagt at håndtere et større antal patienter:

- For det første er mange praktiserende læger ifølge den seneste undersøgelse fra 2023 udbrændte i et omfang, der er kritisk højt. Det gælder såvel læger på landet som i de fleste af de store byer. Et dekret om, at nogle læger skal øges i normtal og dermed påtage sig en endnu større arbejdsbyrde, kan derfor øge mistroen. Det vil være kontraproduktivt for ønsket om at øge lægedækningen i Danmark.
- For det andet er der også i de store byer betydelig varians i patienttyngden. Der er i de store byer såvel områder med en stor andel af velhavende og/eller unge patienter, med generelt få eller ingen sygdomme, som områder, hvor patienterne er socialt belastede og i høj grad har mange, komplekse

sygdomme. Hertil kommer, at der i alle klinikker er patienter, som bliver alvorligt syge, og som lægen derfor skal have tid til at udrede.

- For det tredje stiger patientantallet i de store byer fortsat. I Region Hovedstaden er der fx over de seneste 10 år kommet i gennemsnit 15.000 ekstra patienter pr. år. Der er ikke fuldt ud kompenseret herfor i form af flere praktiserende læger, og mange læger har derfor allerede i dag frivilligt påtaget sig at passe ekstra patienter.
- For det fjerde og sidste kan en række klinikker i de store byer ikke vækste yderligere med fx personale,
 - fordi de har til huse i mindre, ældre lejemål,
 - ikke har økonomi til at flytte klinikken til bedre fysiske forhold og/eller
 - ofte har svært ved at finde lejemål i nærheden af eksisterende klinik, der lever op til de nye standarder og krav til den fysiske indretning af almen praksis.

Det er derfor ikke givet, at de fysiske forhold giver mulighed for at håndtere et højere patientantal.

PLO anbefaler derfor:

- at differentieringen indføres sideløbende med, at der uddannes flere speciallæger i almen medicin, og at almen praksis tilføres flere ressourcer, hvorved det bliver muligt løbende at reducere normtallet for læger med mange syge patienter, uden at andre læger skal have forhøjet deres normtal,
- at en forøgelse af patienttallet beror på frivillighed, incitament og samt overgangsordninger for allerede nedsatte læger,
- at basisfunktionen tager højde for, hvilke opgaver der skal falde bort, når en læge tager flere patienter,
- at modellen tilrettelægges på baggrund af en omhyggelig analyse af fordele og ulemper ved at inddrage forskellige parametre, herunder at det overvejes at gøre modellen enkel og overskuelig ved alene at tage udgangspunkt i patienternes alder (indtil der evt. udvikles andre, gennemsigtige modeller med inddragelse af fx sygdomsbillede og socioøkonomiske vilkår),
- at der etableres en særlig pulje, der kan bistå læger, som frivilligt tager imod flere patienter, med at opskalere deres virksomhed, og
- at det løbende monitoreres, at modellen ikke fører til, at problemerne med lægedækning flyttes fra nogle steder af landet til andre.

National styring af lægekapaciteter

Kommissionens anbefaling om en central, national styring af lægekapaciteter tages til efterretning.

Det er PLO's opfattelse, at den centrale nationale styring af lægekapaciteter skal ske i et tæt samarbejde med lokale aktører for at udnytte lokalkendskab og stærke samarbejdsstrukturer. Modellen bør endvidere tilrettelægges således, at kapaciteten sideløbende udbygges i alle lægedækningstruede områder i landet, og at ingen områder stilles dårligere i forbindelse med udbygningen af lægedækningen.

PLO skal endvidere gøre opmærksom på, at en national styring af de praktiserende lægers fordeling ikke kan stå alene. Forudsætningen for at kunne virke som praktiserende læge er, at andre sundhedstilbud i det primære og sekundære sundhedsvæsen også er velfungerende og ikke mangler de nødvendige, faglige ressourcer. Det er derfor afgørende, at kommissionens anbefalinger om en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder en tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen, koordineres.

PLO er derfor enig i kommissionens anbefalinger om,

- at sygehusene skal påtage sig en stærkere rolle med at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen,
- at sygehusene i højere grad skal stille deres specialistviden og -kompetencer til rådighed for det primære sundhedsvæsen og
- at der skal sikres en bedre geografisk fordeling af læger og en bedre fordeling af læger på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Faglig ledelse

PLO er med respekt for de nedenfor beskrevne forbehold positive over for, at den ansvarlige myndigheds politiske og ledelsesmæssige opmærksomhed i højere grad end i dag skal rettes mod det almenmedicinske tilbud og mod prioritering og udvikling af tilbuddet i samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen:

- For PLO er det for det første afgørende, at ledelsen af samarbejdet og den faglige udvikling, har mere end en grundlæggende forståelse for arbejdet i de almenmedicinske tilbud. Der skal være pligt til at ansætte personer med almenmedicinsk specialuddannelse og anerkendt erfaring fra praksis. Derudover bør det stilles som krav, at lederne er forankret på deltid som klinikejer i almen praksis for at sikre løbende indsigt i fagets hverdag.
- Det er for det andet væsentligt, at den almenmedicinske ledelse får en autonomi og placering i hierarkiet, der ligestiller ledelsen med lederne af sygehusene, således at der er en ligestilling i den ledelsesmæssige kraft og bevågenhed, der tildeles det primære og sekundære sundhedsvæsen.
- Den faglige ledelse skal for det tredje fungere i tæt samarbejde med den ledelse og selvledelse af den faglige udvikling, der allerede findes i almen praksis, herunder fx
 - DSAM, der udfærdiger vejledninger, deltager i tværsektorielle arbejdsgrupper, har et kvalitetsudvalg og udsender nyhedsbreve og afholder seminarer,
 - PLO-Efteruddannelse, der står for selvvalgt og systematisk efteruddannelse samt afholder kurser, Lægedage og gruppebaseret efteruddannelse m.v.,
 - Forskningsenhederne for almen praksis, der efterprøver og udvikler fagets metoder og indgår i netværk med lægeklinikker,
 - KAP-enhederne, der bidrager med faglig udvikling specielt med fokus på samarbejdsrelationerne til den sekundære sektor og kommunerne samt med ledelsesforløb, efteruddannelse af praksispersonale og rationel farmakoterapi m.v., og
 - Kvalitetsklyngerne, der står for kvalitetsudviklingen af klinikker i samarbejde med KiAP.

- For det fjerde må den faglige ledelse som anført af kommissionen ikke sætte sig ud over, at den enkelte klinikejer har ret til at lede og fordele arbejdet i sin egen klinik. Det er derfor ved indførelsen af den faglige ledelse vigtigt at få beskrevet, hvor grænserne for ledelsen går, herunder sammenhæng mellem opgaveløsning og klinikens ressourcer, og hvorledes der skal forholdes, hvis den faglige ledelse disponerer på en måde, der indirekte griber ind i ledelsen af klinikken, og dermed påvirker patientbehandling, økonomi og trivsel m.v.
- Den faglige ledelse skal for det femte have øje for relevante og fagligt velbegrundede forskelle i, hvorledes de almenmedicinske tilbud løses i den enkelte klinik, herunder personalets faglighed og kompetencer. Det er herunder vigtigt, at ledelsen ikke fører til mere administration og bliver unødigt ressourcekrævende på bekostning af tid til patienterne.
- Indførelsen af en faglig ledelse er for det sjette et stort arbejde, som vil kræve betydelige ressourcer, forståelse og opbakning, ligesom enhver anden form for ledelse. PLO forudsætter derfor, at der bliver tale om en decentral og tilstedeværende ledelse, der er i løbende dialog med klinikejerne, og ikke en central enhed, der forsøger at lede på distancen via dekretter.
- For at skabe den nødvendige legitimitet er det for det syvende nødvendigt, at kontrolfunktionen og ledelsen af den faglige udvikling og kvalitet skilles ad. Der kan ikke skabes den nødvendige tillid og fortrolighed i et rum, hvor lederen er såvel kontrollant som leder, eftersom der løbende vil opstå tvivl om, hvorvidt det er kontrollanten eller lederen, der udøver sin funktion i relation til klinikken. PLO foreslår derfor, at kontrolfunktionen flyttes til en national enhed, som ud fra ensartede standarder kan udøve den nødvendige kontrol med lægernes afregninger.
- For det ottende og sidste bør det beskrives, hvorledes en klinikejer kan klage over mangelfuld, grænseoverskridende og/eller skadevoldende ledelse.

PLO medvirker gerne til at udvikle en model for, hvordan den faglige ledelse kan udmøntes og forankres, således, at den får størst mulig legitimitet og bliver til gavn for udviklingen af almen praksis og dermed også patienterne.

Specifikation af samarbejdsrelationen

PLO bemærker, at kommissionen ønsker, at den ansvarlige myndighed skal have mulighed for at "specificere" krav til samarbejdsrelationen med leverandørerne med "udgangspunkt" i opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale.

Det er uklart, hvad kommissionen forstår ved begrebet "specificere", men hvis det indebærer, at myndigheden kan fastsætte krav, som den enkelte klinik skal leve op til, kan det ikke være med "udgangspunkt" i lovgivning og aftaler. Den enkelte klinik må have en berettiget forventning om, at myndigheden respekterer såvel den nationalt fastsatte basisfunktion som den indgåede nationale aftale, medmindre den er fraveget ved lokale aftaler. Den ansvarlige myndighed må derfor have pligt til at agere "inden for rammerne af" opgavebeskrivelsen og den centralt forhandlede rammeaftale.

Det paritetiske system

Kommissionen foreslår, at det paritetiske system for håndtering af tvister mellem den enkelte praktiserende læge og den offentlige myndighed skal nedlægges, og at der i stedet skal oprettes en uvildig instans, som sagerne kan indbringes for.

PLO bemærker indledningsvis, at det af hensyn til retssikkerheden og procesomkostninger er afgørende,

- at der i så fald som foreslået af kommissionen oprettes en uvildig instans som erstatning for det paritetiske system,
- at instansen bliver fuldstændig uvildig, således at der hverken direkte eller indirekte optræder repræsentanter for nogen af parterne i instansen, og
- at sagsbehandlingen som hidtil sker uden omkostninger for den enkelte læge.

Det bemærkes endvidere, at en sådan uvildig instans vil indebære,

- at parterne i mindre omfang vil have lejlighed til at konstatere fortolkningsproblemer i den centrale aftale og løse mindre problemstillinger lokalt,
- at afgørelser i mindre grad vil blive udtryk for et kompromis for at få samarbejdet til at fungere,
- og at parterne vil skulle respektere en uafhængig instans' afgørelser, selv om de måtte være enige om, at et andet resultat havde været det rigtige, og dermed i fællesskab mister retten til at fortolke den centrale rammeaftale.

Der er endelig en risiko for, at afskaffelsen af det paritetiske system vil føre til mere langvarige og omkostningskrævende processer end det nuværende system.

Hvis det paritetiske system afskaffes, anbefaler PLO derfor, at der etableres et forum, hvor parterne kan mødes for at drøfte instansens afgørelser med henblik på evt. tilretninger af den centrale aftale og vejledning af lægerne. Dette forum bør endvidere kunne bruges til at drøfte sager, som ikke vedrører sanktionering af den enkelte læge, herunder fx frsigelser, serviceklager, delepraksis, øget patientantal i en delepraksis, nedsat patientantal grundet sygdom eller sårbarhed, dispensation for flytning af klinik grundet lokaleudfordringer m.v.

Godkendelse ved salg af ydernumre

Kommissionen anfører, at det kan overvejes, om der skal indføres krav om, at en køber af et ydernummer skal forhåndsgodkendes af myndighederne.

Et sådant indgreb vil have karakter af en delvis ekspropriation, idet værdien af et ydernummer bliver mindre, når der lægges begrænsninger på muligheden for at finde en køber. Der vil derfor skulle udbetales delvis erstatning til alle de nuværende ejere af ydernumre, hvis forslaget gennemføres. En gennemførelse af forslaget vil endvidere kræve,

- at kriterierne for godkendelse er offentligt kendte,
- at de forvaltes og prøves på et sagligt og transparent grundlag,
- at de administreres ens i hele landet, så der er lighed i forvaltningen, og
- at en afgørelse kan indbringes og efterprøves af en uvildig instans.

PLO mener derfor ikke, at det bør overvejes at indføre et krav om godkendelse af købere af ydernumre.

Ny aftalemodel for alment praktiserende læger

PLO har noteret, at kommissionen foreslår, at "økonomi, vilkår og honorarstruktur" som hidtil skal fastlægges via en centralt forhandlet rammeaftale.

PLO er enig i forslaget, forudsat det som nævnt af kommissionen alene er den nationale fastlæggelse og regulering af basisfunktioner, omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov og et nyt system for tvistløsninger, der falder ud af overenskomsten, mens alle øvrige elementer som hidtil skal fastlægges ved en central rammeaftale. Det er afgørende for PLO, at praktiserende læger som selvstændigt erhvervsdrivende fortsat har omfattende og væsentlig indflydelse på deres egen virksomhed og dens arbejdsvilkår.

I den forbindelse bemærkes, at den nuværende aftale med RLTN indeholder en række elementer, som ikke vedrører basisfunktionen, ressourcefordelingen eller det paritetiske system, herunder fx om vilkår for praksisdrift (nedsættelse og selskabskonstruktioner), tilmelding og frasigelse af patienter, ophør, ansættelse af læger, diverse udvalg og fonde (Fonden for Almen Praksis, KiAP, kommunalt-lægelige udvalg), efteruddannelse, forskningsenheder m.v. Ud fra det af kommissionen anførte lægger PLO til grund, at disse dele fortsat skal indeholdes i en central rammeaftale.

Når kommissionen anfører, at omfordelingen af ressourcer efter sundhedsbehov tages ud af overenskomsten, antager PLO i øvrigt, at kommissionen refererer til det foreslåede system for differentieret normtal og honorering. For selve fordelingen af ydernumre har siden 2014 udelukkende været regionernes kompetence og dermed ikke en del af aftalesystemet.

PLO kan tilslutte sig, at det bliver muligt at indgå aftaler om opgaver, der ligger ud over basisfunktionen, og at der fortsat skal være mulighed for lokalaftaler. Erfaringen tilsiger dog, at det formentlig er en mulighed, der kun vil blive brugt i begrænset omfang, jf. også kommissionens betragtninger om, hvorfor det nuværende aftalesystem ikke har været tilstrækkeligt til at udvikle almen praksis. Kommissionens forslag om en central koordinering af lokale aftaler af hensyn til økonomien vil ikke forbedre disse muligheder, og det heraf følgende ensidige fokus på økonomien savner desværre såvel et patient- som udviklingsperspektiv.

PLO anbefaler derfor, at man ikke indskrænker de lokale muligheder for at udvikle den centrale rammeaftale. For patienterne vil det være en klar fordel, at klinikkerne fx har mulighed for efter aftale med de ansvarlige myndigheder at vælge opgaver til, der ligger ud over basisfunktionen, men som myndighederne vurderer, at der lokalt er behov for at få varetaget. På den måde kan man også bevare en væsentlig del af det lærende sundhedsvæsen, hvor en række gode initiativer som fx plejhjemslæger er opstået som lokale aftaler, der senere er blevet landsdækkende.

Det bør i øvrigt klargøres, hvem der har kompetencen til at indgå lokale aftaler på vegne af de almenmedicinske tilbud og den ansvarlige myndighed, og hvad en lokal aftale kan omfatte ud over basisfunktionen.

PLO kan endelig støtte op om kommissionens anbefaling om, at der ved uenighed mellem parterne om den centrale rammeaftale bliver mulighed for at opnå forlig via en mæglinginstitution, under forudsætning af, at forligsinstitutionen fungerer på en måde, der er sammenlignelig med den eksisterende forligsinstitution.

Ny honorarstruktur for alment praktiserende læger

PLO tilslutter sig forslaget om en ny honorarstruktur for alment praktiserende læger, forudsat en ny honorarstruktur ikke behøver at være præcis den samme som den, Honorarstrukturrådet har foreslået.

PLO er enig med kommissionen i, at honorarstrukturen skal understøtte sammenhæng mellem patienttyngde og differentiering, understøtte tværfagligt samarbejde samt være enkel og overskuelig. Det bør tilføjes, at modellen også skal fastholde en rimelig sammenhæng mellem arbejdsmængde og honorering, og at den bør give incitamenter, der understøtter udvikling og ibrugtagning af ny sundhedsteknologi.

Kommissionen nævner produktivetsgevinster som et mål med en forenklet honorarstruktur. PLO er ikke enig i, at produktivetsgevinster skal være en del af en forud fastsat honorarstruktur. Vurderingen af, om sådanne gevinster er realiseret, og håndteringen af en given gevinst, er et økonomiske mellemværende mellem parterne, der løbende skal forhandles. Det anbefales i øvrigt, at evt. produktivetsgevinster holdes i sektoren og anvendes til at skabe et incitament til at investere i egen klinik, fx i sundhedsteknologiske løsninger, herunder kunstig intelligens.

En forenkling af honorarstrukturen må i øvrigt ikke komplicere forståelsen af samme. Hvis honorarstrukturen bliver sværere at fortolke, kan det medføre øget kontrol og dokumentation og risiko for flere sager. Det er tidskrævende og medfører mere bureaukrati og mindre sundhed for pengene.

Det bemærkes endelig, at honorarstrukturen ikke kan forenkles, førend almen praksis' opgaveportefølje er fastlagt som led i basisfunktionen, idet honorarerne skal modsvare opgaverne.

Udbredelse af netværksorganisering

PLO anser kommissionens forslag om udbredelse af netværksorganisering for at være interessant og er enig i, at det kan være en metode til at møde nye opgaver og krav. PLO bidrager derfor gerne aktivt til, at tankerne bag en netværksdannelse udbredes i almen praksis og understøtter tillige gerne medlemmerne i en sådan ændring af organiseringen.

Det bemærkes dog, at forslaget ikke må føre til, at klinikkerne hver især kommer til at indeholde særligt specialiserede områder, dels fordi det vil være betænkeligt, at der i almen praksis opbygges et parallelområde til det specialiserede sundhedsvæsen, dels fordi en subspecialisering i de enkelte klinikker kan føre til, at de praktiserende læger mister deres generalistkompetencer. Begge dele vil skævvride adgangen til sundhedsydelse og være en suboptimal udnyttelse af sundhedsvæsenets samlede ressourcer.

Kvalitetsudvikling og læring

PLO er enig i potentialet for at styrke fokus på databaseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen og tilslutter sig kommissionens bemærkninger om, at det kan ske i regi af KiAP med bistand fra Sundhedsdatastyrelsen. Det bemærkes, at der i de nuværende strukturer også er andre organisationer, som har relevante data, der kan bruges til at styrke kvalitetsudviklingen.

Det bemærkes endvidere, at kommissionen er enig i, at datadrevet og struktureret arbejde i smågrupper med fagfæller er en meget effektiv model, hvilket PLO læser som en støtte til KiAP og den konstruktion med kvalitetsklynger, som parterne har aftalt. Denne struktur bør derfor udbygges.

Deling af data bør ske med respekt for patientens rettigheder og ud fra en analyse af, hvilke data der skaber værdi for patienterne og sundhedsvæsenet. I den forbindelse er det nødvendigt at være opmærksom på, om datadeling medfører øget dokumentationskrav og øget tidsforbrug til registrering med mindre tid til patienten til følge. Gevinsten skal derfor altid holdes op mod et evt. produktionstab.

Del III: Bemærkninger til kommissionens konkrete anbefalinger om forskning, uddannelse, organisering af IT og datadeling m.v.

Uddannelse af læger og forskning i det primære sundhedsvæsen

Som anført indledningsvis er PLO enig i kommissionens forslag om, at styring af den lægelige videreuddannelse skal styrkes, og medicinuddannelsen skal tilpasses, herunder:

- at den grundlæggende lægeuddannelse skal tilrettelægges med henblik på et større fokus på de almene sundhedsindsatser og et bedre grundlag for bredde generalistkompetencer,
- at medicinstuderende skal have mere klinik i almen medicinske tilbud for at understøtte øget kendskab til og interesse for det nære sundhedsvæsen.
- at dimensioneringen af den lægelige videreuddannelse skal ske på baggrund af stærkere viden om det fremtidige behov for speciallæger,
- at målbeskrivelser for lægespecialer skal have et større fokus på faglig bredde og generalistkompetencer, og
- at uddannelseslæger skal bruge en større del af deres uddannelsesforløb uden for universitetshospitalerne i de større byer, samt at der skal laves tiltag for at understøtte denne udvikling.

Derudover anbefaler PLO, at der i forbindelse med en udvidelse af uddannelseskapaciteten sikres et sådan løft af den kollektive økonomiramme, at uddannelseslægenes bidrag til øget omsætning kan håndteres inden for rammen; alternativt at uddannelseslægers bidrag til omsætningen holdes uden for økonomirammen.

PLO har tidligere i samarbejde med universiteterne henvendt sig til såvel Indenrigs- og Sundhedsministeriet som Forsknings- og Uddannelsesministeriet med anbefaling om

- at finansiere længere tids kliniske ophold i almen praksis på medicinstudiet og
- at dække de studerendes udgifter til transport og overnatning ved klinikophold i almen praksis uden for universitetsbyerne.

Aktuelt tilbyder de danske universiteter som hovedregel kun 8-20 dages klinikophold i almen praksis i løbet af den 6-årige lægeuddannelse. Vurderingen er, at det ideelt set vil være relevant med minimum fire ugers klinisk ophold i almen praksis, hvilket samlet vil indebære en substantiel udvidelse af kliniktiden i almen praksis. Et længere klinikophold i almen praksis vil medføre at den lægestuderende lærer relationsdannelse, betydning af kontinuitet og ser effekterne af sin rådgivning og behandling. Alle disse kompetencer er vigtige for fremtidens læge, ikke kun i et virke som praktiserende læge, men også som sygehuslæge.

For så vidt angår forskningen, bemærker PLO, at overenskomstens parter i dag finansierer fire almen medicinske forskningsenheder, herunder to satellitenheder, der alle driver forskning på højeste internationale niveau og på en lang række områder er førende i verden. PLO bakker op om kommissionens forslag om, at forskningen i det primære sundhedsvæsen styrkes og anbefaler, at satsningen tager udgangspunkt i en videreudbygning af de fire forskningsmiljøer, som parterne finansierer, evt. inden for en anden organisatorisk ramme, hvor de får fælles, overordnet ledelse.

Generelt om data og digitalisering

PLO er enig i det generelle udfordringsbillede, som kommissionen ser på området for digitalisering. Det er PLO's opfattelse, at en række fælles og tværsektorielle IT-projekter har vist sig svære at realisere de seneste år. Blandt andet fordi projekterne ofte er i konkurrence med lokale og sektorspecifikke projekter eller med parallelle, nationale projekter, som igangsættes sideløbende med hinanden. PLO oplever desuden finansieringsmæssige udfordringer for projekterne, da gevinsterne af en udvikling et sted i sektoren ofte høstes i en anden del af sundhedsvæsenet. Dette øger behovet for koordinering, nye finansieringsmodeller og governance.

PLO foreslår, at man i en kommende organisering af Digital Sundhed Danmark (DSD) fokuserer på de områder, som er ægte tværgående og fælles i forhold til borgernes adgang til sundhedsvæsenet, dvs. infrastrukturer, standarder og fælles løsninger, som fx understøtter datadeling, videoområdet og telemedicinske løsninger.

Den nye organisering bør også sikre større fokus på stabil økonomi til udvikling i det nære sundhedsvæsen og fælles løsninger de kommende år, som ikke udspringer af sygehus-IT.

Afslutningsvist bemærkes det, at PLO bakker op om forpligtelsen til datadeling via national infrastruktur. Almen praksis er tæt på at være i mål med delingen af alle strukturerede oplysninger via infrastrukturen på baggrund af nationalt fastsatte standarder, men savner en dedikation fra resten af sundhedsvæsenet, særligt sygehusene, til også at dele alle strukturerede data via samme infrastruktur, så de kan anvendes lokalt i arbejdsgangene, herunder i almen praksis.

Kommissionens beskrivelser af digitaliseringsområdet fokuserer på udfordringerne, men gør for lidt ud af at fremhæve de succeser, som er blevet realiseret de sidste 10 år, herunder fx Fælles Medicinkort, MedCom-kommunikation, sundhed.dk, den nationale serviceplatform, Min Læge-appen, videokonsultationer osv. Det er løsninger som disse, der bør danne afsæt for mange af fremtidens løsninger.

En forpligtende og fælles digitaliseringsstrategi

PLO er enig i, at der er behov for en forpligtende digitaliseringsstrategi, der favner hele sundhedsvæsenet – fra praksissektor over plejesektoren og den kommunale forebyggelse til sygehusene og private hospitalstilbud. Det bør også være en strategi, der står alene og ikke befinder sig i konkurrence med lokale IT-strategier i fx kommunerne eller regionerne.

PLO forventer, at den omtalte digitale infrastruktur er en videreudbygning og videreudvikling af den eksisterende nationale delings-infrastruktur, som er opbygget i regi af Sundhedsdatastyrelsen.

Kommissionen anbefaler endvidere, at der etableres en national dataplatform. En sådan kan kun give mening, hvis den ikke skal opfylde for mange og for modstridende formål. At nyttiggøre data for patientbehandling, ledelse, kvalitetsudvikling, forskning og statistik kræver, at data let kan bevæge sig både ind og ud, og derfor er der i én fælles løsning en overhængende fare for, at det bliver uklart for de sundhedsprofessionelle – der sammen med patienterne producerer data – hvad deres registreringer bliver brugt til. Ligesom der er en risiko for en ophobning af data med patientfølsomme oplysninger, hvilket er i strid med princippet om dataminimering i GDPR.

National planlægningskompetence

PLO bemærker, at der skal tildeles staten en national planlægningskompetence, der skal fastlægge, hvad der udvikles nationalt (centralt) og fælles, og hvad der skal forblive lokale løsninger. Så vidt PLO er bekendt, findes denne kompetence allerede i dag, idet Sundhedsdatastyrelsen via bekendtgørelser kan fastlægge fx, hvilke IT-standarder der skal benyttes til tværgående kommunikation. Da Sundhedsdatastyrelsen både er myndighed på dette område og driftsherre på en række centrale IT-løsninger, som er forudsætning for brugen af de selv samme IT-standarder, er styrelsens forvaltning af denne beslutningskompetence dilemmfyldt. Det virker derfor fornuftigt at anbefale, at det skal afklares, hvordan den konkrete organisering omkring den nationale planlægningskompetence skal være fremover.

I den forbindelse bemærker PLO, at det systemlandskab, kommissionen omtaler, er mangelfuldt. EPJ-løsninger i regionerne, EOJ-løsninger i kommunerne og LPS-løsninger på praksisområdet er væsentlige kernesystemer for registreringen af patientbehandlingen i de forskellige sektorer, men er langtfra de eneste IT-systemer, som de sundhedsprofessionelle arbejder med til dagligt.

Det er endelig uklart for PLO, hvor dybt og bredt den nationale planlægningskompetence skal gå, når det fx kommer til lokale og fællesregionale løsninger.

Etablering af en ny organisation (Digital Sundhed Danmark) ("DSD")

PLO er enig i behovet for at understøtte styringen af en række af de fælles, nationale IT-løsninger, som drives i dag, og som forhåbentlig skal videreudvikles fremover, for at bidrage til den digitale transformation af sundhedsvæsenet.

PLO ser dog med stor bekymring på de mange, store opgaver, som kommissionen tiltænker DSD at skulle løse. Selv med den faseopdelte organisationsopbygning, som kommissionen lægger op til, virker opgaven uoverskuelig. Hertil kommer, at fortidens eksempler med det nu lukkede SDSD (Sammenhængende digital sundhed i Danmark) ikke virker tiltalende.

Kommissionen lægger op til, at man i første omgang ledelsesmæssigt sammenlægger organisationer såsom MedCom og sundhed.dk, sundhedsjournalen og FUT-organiseringen. Det kan være fornuftigt at reducere i de styringsorganer og fora, der i dag forvalter disse organisationer og løsninger, men det er vigtigt, at man ikke mister fokus fra den konkrete opgavevaretagelse, som er det primære formål for disse organisationer.

Samling af ansvar for digital understøttelse af det primære sundhedsvæsen

Kommissionen foreslår, at digitaliseringen i primærsektoren og herunder praksissektoren samles i en enhed som en del af DSD. Forslaget går så langt, at der lægges op til, at DSD overtager systemforvaltningen og driften af de lægepraksissystemer, som anvendes af bl.a. de praktiserende læger.

PLO antager dog, at dette er et tilbud til praksissektoren, eftersom kommissionen andet sted fastholder, at praksissektoren, herunder almen praksis, fortsat skal bestå af selvstændige erhvervsdrivende.

Det er for PLO at se ikke formålstjenstligt, at staten driver og forvalter klinikernes IT-systemer – uanset om dette også omfatter finansieringen af driften eller ej – samtidig med, at klinikkerne fortsat selv står for al øvrig klinikdrift.

PLO bemærker det hensigtsmæssige i, at DSD får til opgave at hjælpe praksissektorens forskellige kliniktyper og forhandlingsorganisationer med diverse digitaliseringsopgaver og sætte skub i en positiv udvikling. Men det er samtidig PLO's opfattelse, at vejen til yderligere digitalisering i hele praksissektoren ikke er en fuldbyrdet nationalisering af opgaven til DSD.

Ny finansieringsmodel for digitaliseringsområdet

Kommissionen lægger op til, at den nuværende finansieringsmodel for det fællesoffentlige samarbejde på digitaliseringsområdet – som bl.a. omfatter en tredelt finansiering mellem stat, regioner og kommuner af IT-løsninger såsom Fælles Medicinkort og den nationale infrastruktur – fremover udbygges til også at omfatte driftsfinansiering af den nye organisation DSD.

PLO har umiddelbart ingen holdninger til, hvordan de offentlige parter driftsfinansierer den kommende DSD-organisation. PLO ser dog en klar fordel i, at der i forhold til de fælles IT-løsninger og den strategiske retning for disse og kommende løsninger skabes klarhed og stabilitet i finansieringen.

Der lægges også op til, at lokale ressourcer og medarbejdere kan øremærkes og finansieres via målrettede midler til konkrete opgaver. PLO henleder opmærksomheden på de mange gode erfaringer som MedCom, som har skabt vellykkede resultater ved at hjælpe og bistå de personer, som i sidste ende skal bruge de konkrete løsninger.

Sikring af datakvalitet

Kommissionen anfører, at konsulentfirmaet PA Consulting Group anbefaler, at det afsøges, om algoritmer eller lignende løsninger med kunstig intelligens kan lette byrden for sundhedspersonalet og "oversætte" lokale registreringer til et fælles dataformat.

PLO anerkender udfordringen med at sikre datakvalitet, men PLO råder til at handle varsomt med automatisk "oversættelse" af data. Erfaringerne fra den nu lukkede DAMD-database, hvor en central organisation, via algoritmer, rettede op på "dårlige registreringer" for at gøre data mere brugbare, er desværre ringe. Arbejdet dannede grobund for misforståelser, fordi klinikerne ikke kunne genkende egne data eller egen behandlingspraksis. Dermed opstod der mistillid til oplysninger og et direkte fald i motivationen til at arbejde med disse data. Skal der benyttes algoritmer til at sikre datakvalitet, bør de i stedet for bringes i spil helt ude ved behandleren selv, og hjælpe denne i forbindelse med registreringen – og her fx gøre opmærksom på fejl eller mangler. På den måde sikres kvaliteten ved kilden.

Tid til at samarbejde om sundhedsvæsenet

PLO ser frem til den videre proces og deltager gerne i møder og dialog om kommissionens forslag og udmøntningen heraf. En åben og inddragende dialog er afgørende for at finde de løsninger, der kan sikre et bæredygtigt og effektivt sundhedsvæsen med høj kvalitet for alle borgere, hvor patienterne fortsat er i fokus og de praktiserende læger trives med deres arbejde.

Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Psykiatrifonden takker regeringen for muligheden for at afgive høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Vi vil også gerne rose regeringen for at have nedsat kommissionen og for at tage den nødvendige beslutning at forandre strukturerne for vores sundhedsvæsen.

Med strukturreformen i 2007 lykkedes man med at skabe strukturer, der højnede behandlingskvaliteten for særligt kræft- og hjerteområdet. Men imens man lykkedes med den nødvendige specialisering af behandlingen for de store somatiske sygdomme, er der ikke sket samme kvalitetsløft for behandling af psykisk sygdom. Den organisatoriske og ledelsesmæssige adskillelse kan have været en medvirkende årsag hertil.

Et centralt eksempel herpå kan findes ved udviklingen af den akutte indsats. I forbindelse med strukturreformen i 2007 tilrettelagde Sundhedsstyrelsen det akutte beredskab med udgangspunkt i principperne for specialeplanlægning, hvilket udmøntede sig i en række anbefalinger for den akutte sundhedsindsats til somatiske patienter. Anbefalingerne fik en omfattende og strukturel betydning for udviklingen af det somatiske sygehusvæsen og førte til øget specialisering, en reduktion i antallet af sygehuse og en samling af behandlinger på færre steder med det formål at øge kvaliteten. Desuden kom speciallægerne i front i den akutte modtagelse på sygehuset. Anbefalingerne omfattede desværre ikke psykiatrien, hvilket førte til, at indsatserne på dette centrale tidspunkt ikke blev sammentænkt. Selvstændige anbefalinger for psykiatrien blev udgivet 2 år senere i 2009, men fik ikke en tilsvarende opmærksomhed og betydning for organisering og udvikling af området ¹.

Hvis regeringens ambition om at sidestille psykisk og fysisk sygdom skal lykkes, så kræver det et opgør med at tænke sundhedsvæsenet som to parallelle sundhedssystemer: et psykiatrisk og et somatisk.

Derfor har Psykiatrifonden budt ind med vores forslag om at integrere psykiatri og somatik, og værdsætter, at dette er afspejlet i rapporten som en af de seks tværgående anbefalinger.

Læsevejledning:

I det følgende vil vi uddybe og understøtte anbefalingen om at integrere psykiatrien og somatikken, samt fremhæve nogle af de udfordringer, som vi mener er afgørende at have for øje i udviklingen af sundhedsvæsenet. Derudover vil vi argumentere for, at socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien knyttes tættere sammen, blandt andet ved fælles lovgrundlag. Vi vil endvidere kommentere forslaget om nationale kvalitetsstandarder. Slutteligt vil vi kort forholde os til forvaltningsmodellerne, hvor vi peger på at samle ansvaret for særligt de mest sårbare borgere og patienter.

Kommentarer til tværgående anbefaling 4: Ændringer af organiseringen på psykiatriområdet

Som en naturlig forlængelse af såvel det faglige oplæg som regeringens prioritering af psykiatrien har Sundhedsstrukturkommissionen taget psykiatriens udfordringer alvorligt og overvejet løsninger på disse på lige fod med sundhedsvæsenet i det hele taget. Psykiatrifonden støtter fuldt og helt op om kommissionens anbefaling 4 og præsenterer her en række centrale grunde til, at en integration vil være gavnlig for patienterne såvel som den langsigtede udvikling af psykiatrien og implementeringen af 10-årsplanen.

Ulighed i sundhed – mænd med skizofreni fylder ikke 66 år

En del af Sundhedsstrukturkommissionens opdrag var, at deres forslag skulle skabe et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt. Vi vil i den forbindelse bemærke, at dér hvor den geografiske forskel i middellevetid er størst – mellem Lolland kommune og Gentofte Kommune – er forskellen i middellevetid på 5,3 årⁱⁱ. Hvis vi løfter blikket fra det geografiske og i stedet ser på mennesker med psykiske sygdomme, er uligheden langt højere. For depression, som 587.930 danskere lever medⁱⁱⁱ, er den forventede levealder hhv. 7,9 år kortere for mænd og 6,2 år kortere for kvinder^{iv}, og depression tegner sig for hele 36 procent af alle tilkendte førtidspensioner^v. Mennesker med svær psykisk sygdom som skizofreni kan se frem til et ca. 14 år kortere liv end baggrundsbefolkningens. Det vil sige, at hvor en gennemsnitlig dansk mand bliver 79 år gammel, så bliver den almindelige mandlige patient med skizofreni blot 65 år gammel^{vi}.

Et år efter diagnosticering af somatisk sygdom har patienter med samtidig psykisk lidelse (uanset psykiatrisk diagnose), når der sammenlignes med somatiske patienter uden samtidig psykisk lidelse, generelt en højere risiko for død. Det hænger bl.a. sammen med, at patienter med psykisk lidelse modtager en mindre optimal behandling i det somatiske sundhedsvæsen^{vii} samt at den somatiske sygdom ofte vil være mere fremskreden hos mennesker med samtidig psykisk sygdom, fordi symptomerne fra den psykiske sygdom skygger for den uopdagede somatiske sygdom^{viii}. Dette problem benævnes i forskningslitteraturen 'diagnostic overshadowing' og er en tendens til at tilskrive symptomer på potentielt livstruende uopdagede somatiske sygdom, den allerede kendte psykiske sygdom. Denne stigmatisering bliver forstærket af, at psykiatri og somatik er strukturelt adskilt. En integration af somatik og psykiatri vil sandsynligvis reducere 'diagnostic overshadowing' betragteligt, da de lægelige specialer i langt højere grad vil kunne drage nytte af hinanden og samarbejde om patienterne.

Når vi har en patientgruppe, der systematisk modtager for sen og for dårlig behandling i sundhedsvæsenet, med overdødelighed til følge, så er vi nødt til at indrette sundhedsvæsenet efter det. Her spiller sundhedsstruktur en vigtig rolle, og man har politisk en mulighed for at skabe en struktur, der forstærker stigmatisering, eller som nedbryder den.

Somatisk og psykisk sygdom hænger sammen

En dansk analyse^{ix} fra 2023 baseret på 1.304.993 patienter viste, at ikke nok med, at der blandt psykiatriske patienter er en stor andel, der har et somatisk behandlingsbehov, så går sammenhængen også den anden vej. Som illustreret i tabel 1 var det blandt patienter med lungekræft 10 procent, der havde en samtidig psykisk sygdom, og blandt patienter med leversygdomme var der tale om knap 25 procent, der havde en samtidig psykisk sygdom. Også når det kommer til selvmordsforsøg er integrationen af psykiatri og somatik særdeles væsentlig, da det ofte hænder, at mennesker, der kommer ind i somatikken efter et selvmordsforsøg, bliver hjemsendt, efter de fysiske skader er behandlet uden at være tilset psykiatrisk. Dette er særligt et problem, man finder i områder, hvor der er langt mellem de akutte psykiatriske tilbud. Der er dermed en gruppe, der er i ekstremt høj risiko for at forsøge at tage deres eget liv, som allerede er kendt af sundhedssystemet, men som pga. manglende samarbejde ikke bliver ordentligt tilset, og hvor den nødvendige selvmordsforebyggelse udebliver.

Fysisk og mental sundhed hænger sammen, og psykiatrien og somatikken har ikke alene mange snitflader, men er ligefrem indbyrdes afhængige, når målet er den bedste behandling af danskerne. Dette bør afspejles i indretningen af sundhedsvæsenet.

Tabel 1: Andel af patienter med psykisk lidelse blandt den samlede gruppe med en pågældende somatisk sygdom^x

Sygdomme	Andel med samtidig psykisk lidelse (%)
Akut koronarart syndrom	9.6 %
Stroke	12.2 %
Lungekræft	10.2 %
Brystkræft	8.7 %
Lungebetændelse	15.6 %
Leversygdom	24.5 %
Kronisk obstruktiv lungesygdom	15.5 %
Diabetes type 2	12.8 %

Medarbejderfastholdelse

Allerede i 2005, forud for implementeringen af strukturreformen, kunne man i Ugeskrift for Læger læse følgende profetiske analyse:

"Psykiatrien har som arbejdsområde vanskeligt ved at rekruttere sundhedsfaglig arbejdskraft. Både sygeplejersker og læger finder arbejdsopgaverne belastende og specialet perifert, fordi de psykiatriske sygehuse ofte er bygningsmæssigt og ledelsesmæssigt adskilt fra de øvrige specialer. Sker der en yderligere adskillelse af ansvaret for psykiatrien fra det øvrige sundhedsvæsen, vil rekrutteringsproblemerne blive uoverskuelige.^{xii}"

Psykiatrien har i dag store udfordringer med at fastholde og rekruttere personale med de rette uddannelser og kompetencer, og den yderligere adskillelse af psykiatrien fra resten af sundhedsvæsenet har bidraget hertil. For at løse problemet bør man se på de årsager, som medarbejderne begrunder deres ønske om at forlade den offentlige psykiatri med. Her svarer næsten halvdelen af alle psykiatere i såvel børne- og ungdomspsykiatrien som voksenpsykiatrien, at problemer med "ledelse og samarbejde"^{xii} er blandt hovedårsagerne til, at de vil forlade den offentlige psykiatri til fordel for den private.

Det er Psykiatrifondens vurdering, at en genforening af somatik og psykiatri vil styrke samarbejdet mellem specialerne betragteligt og dermed hæve behandlingskvaliteten og fagligheden i begge sektorer. Med en fælles organisering vil det være lettere at organisere fælles

procedurer for udredning, implementering af retningslinjer og behandling af fysiske sygdomme blandt psykiatriske patienter, og det vil være lettere at organisere samarbejde om psykiatriske sygdomme blandt patienter i somatikken.

Ved at fjerne barrierer for samarbejde og udveksling af information bidrager man til et fælles fagligt miljø, der giver bedre forudsætninger for forskning og udvikling. Dette vil yderligere bidrage til rekruttering og fastholdelse af det sundhedsfaglige personale i både somatikken og psykiatrien.

Flere muskler til at implementere 10-årsplanen

Regeringen har taget et vigtigt skridt for at forbedre psykiatrien, da man har aftalt at afsætte 3,2 mia. yderligere til området. Det fortjener stor ros. Vi ser dog alligevel grund til at bemærke, at man også tidligere har præsenteret langsigtede planer for psykiatrien, uden af disse er blevet succesfuldt implementeret. Dette var for eksempel tilfældet med planen "Vi løfter i fællesskab – en samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025^{xiii}" fra 2018. Selvom man afsatte midler til implementering af enkelte anbefalinger, blev de fleste af anbefalingerne aldrig realiseret, og et samlet strategisk og vedvarende løft udeblev. Dette må ikke gentage sig.

Psykiatrifonden ser integrationen af somatik og psykiatri som en af forudsætningerne for, at det denne gang lykkes med implementering af psykiatriplanen. Det skyldes, foruden de allerede beskrevne forhold (medarbejderfastholdelse, overdødelighed, bedre forudsætning for forskning og udvikling), at man ved en integration kan få de store sygehuse til at byde ind og bidrage til at få de mange initiativer i planen virkeliggjort. På samme måde som det er lykkedes netop de store sygehuse at løfte kræft- og hjerteområdet.

Psykiatrifonden ser således ingen modsætning mellem sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 4 og det arbejde, der lige nu pågår i regi af 10-årsplanen. Tværtimod vil netop en integration af somatik og psykiatri bidrage væsentligt til de organisatoriske muskler, som kræves for at implementere planen, og hvis fravær kan have bidraget til, at tidligere planer ikke blev implementeret.

Det er dog væsentligt at holde en streng styring med de midler, regeringen har afsat til at gennemføre 10-årsplanen. Dette berøres kort i kommissionens kapitel 16 om 'Ledelse af bedre sammenhæng og kvalitet i psykiatrien'. For at mindske risikoen for, at nogle af de midler, som regeringen har afsat i det historiske løft af psykiatrien på

3,2 mia., ikke bliver anvendt efter hensigten, opfordrer Psykiatrifonden til, at man i regi af det nationale psykiatriråd definerer en række parametre, der gør det muligt at følge udmøntningen af midlerne.

Disse parametre bør bl.a. inkludere:

- Udviklingen i antallet af sengepladser i psykiatrien, herunder i retspsykiatrien
- Udgiftsniveauet på psykiatriområdet
- Udviklingen i anvendelsen af tvang i psykiatrien
- Antal sundhedsfagligt personale ansat i psykiatrien
- Caseload, opgjort som patienter pr. læge
- Antal normerede sengepladser i psykiatrien

Bedre sammenhæng mellem socialpsykiatri og behandlingspsykiatri

En dansk studie undersøgte i 2018 den somatiske komorbiditet hos beboere på 4 psykiatriske bosteder under daværende Psykiatrisk Center Hvidovre^{xiv}. I det studie fandt man somatisk komorbiditet hos 92 procent af de patienter, der ville lade sig undersøge. Hos 40 procent af patienterne fandt man væsentligt forhøjet dødsrisiko på grund af for eksempel nydiagnosticeret eller underbehandlet type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) eller mangelfuld medicinsk forebyggelse af blodpropper hos patienter med tidligere blodprop i hjerte eller hjerne. Hos 15 procent af patienterne fandtes der tegn på akut livstruende sygdom eller indikation for udløsning af kræftpakkeforløb.

Psykiatrifonden mener, at løsningen på den dårlige sundhedstilstand blandt beboerne på de socialpsykiatriske bosteder er at sikre et samlet ansvar for den specialiserede socialpsykiatri, herunder borgere visiteret på servicelovens § 107 og § 108, og den regionale behandlingspsykiatri. Vi mener derfor, at det er en fejltagelse, når Sundhedsstrukturkommissionen i alle tre forvaltningsmodeller placerer socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien i hver sin myndighed.

Psykiatrifonden mener i stedet, at det store overlap mellem borgerne i socialpsykiatrien og patienterne i behandlingspsykiatrien bør føre til at samle ansvaret for borgeren under én myndighed. Dette har en række fordele.

For det første vil det føre til bedre sammenhæng for borgeren lige fra indlæggelse til udskrivelse til opfølgning efter indlæggelse. At løse dette problem bør være en særlig stor prioritet med tanke på, at

Rigsrevisionen i juni 2023 udtalte kritik over, at Social-, Bolig- og Ældreministeriet, regionerne og kommunerne ikke havde sikret, at borgere med indlæggelser i psykiatrien og efterfølgende ophold i sociale botilbud har modtaget det lovpligtige sammenhængende forløb i forbindelse med deres udskrivelse. Regionerne havde i 73 procent af de over 4.000 undersøgte sager ikke overholdt psykiatrilovens krav om, at borgere skal udskrives fra indlæggelse med en udskrivelsesaftale, og kommunerne visiterede ikke i tilstrækkeligt omfang udskrevne borgere til tilbud, som var godkendt til at dække borgernes behov. For eksempel blev borgere med dobbeltdiagnose i over 50 procent af tilfældene visiteret til et botilbud, som ikke var godkendt til at håndtere både psykiske lidelser og misbrug.

For det andet vil der skabes et større incitament til at udvikle de forebyggende og udgående indsatser og sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede. Dette gælder fx botilbudsteams, hvor sundhedsfagligt personale fra psykiatrien jævnligt følger op på borgere, der bor på psykiatrisk botilbud og udgående akutindsatser, der kan handle umiddelbart ved borgerens behov for hjælp. En bedre forebyggende indsats hos de mest syge psykiatriske patienter vil også nedbringe antallet af patienter, der bliver indlagt med tvang. Dette vil igen reducere antallet af risikodøgn i den regionale behandlingspsykiatri, hvilket vil bidrage til øget tryghed, sikkerhed og behandlingskvalitet, som igen forbedrer arbejdsmiljøet i psykiatrien og øger muligheden for rekruttering og fastholdelse.

Kvalitetsudvikling i socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien.

I sundhedsstrukturkommissionens anbefaling 3 om en national sundhedsplan er et af forslagene, at "kvalitetsstandarder skal udvikles mod at gå på tværs af sektorer, stille krav til samarbejde i det primære sundhedsvæsen og styrke monitorering og eventuelt kombinere kravene med økonomiske incitament". Psykiatrifonden støtter denne anbefaling og opfordrer til, at man ved implementeringen af anbefaling 3 også inddrager psykiatrien. Men hensyn til forslaget om kvalitetsstandarder mener Psykiatrifonden, at dette arbejde ydermere bør samtænkes med udviklingen af socialpsykiatrien. I regi af det nationale psykiatriråd er det blevet foreslået, at man i løbet af 2025 fokuserer på opbygning og omlægning af kapaciteten og løft af kvaliteten i socialpsykiatrien, med fokus på at skabe tilstrækkelige og dokumenteret virksomme tilbud

gennem en national udviklingsstrategi. Psykiatrifonden finder det nærliggende, at dette arbejde samtænkes med en eventuel kvalitetsplan for sundhedsvæsenet. På den måde vil man sikre, at udviklingen af psykiatrien bredt set følger udviklingen af somatikken.

Øget kvalitet og tilgængelighed i tilbud nærmest borgerne

Psykiatrifonden vil opfordre til, at man i en kommende sundhedsreform har et dedikeret fokus på at løfte kvaliteten af de psykiatriske tilbud, der er nærmest borgeren. Dette gælder foruden socialpsykiatrien også de lettere og forebyggende tiltag og almen praksis.

Mindst 500.000 danskere henvender sig årligt hos almen praksis med psykiske problemer, og danske såvel som internationale undersøgelser viser, at 20-30 procent af de patienter, der henvender sig i almen praksis, lider af en eller flere psykiske lidelser, hvor depression og angst er blandt de hyppigste. Men til trods for, at antallet af mennesker med affektive lidelser er steget markant de seneste år, ligger antallet af voksne i samtalerterapi i almen praksis på samme niveau som i 2009^{xv}. Det tyder dermed på, at der er et misforhold mellem ressourcerne, viden og kompetencerne i almen praksis på den ene side og den stigende sygdomsbyrde, som psykisk sygdom udgør på den anden.

For den kommunale socialpsykiatri er der en særlig udfordring med medarbejdernes kompetenceniveau. En nyere undersøgelse af de kommunale socialpsykiatriske tilbud har vist, at det kun er 55 procent af medarbejdere på døgntilbud for voksne og 48 procent af anbringelsessteder til børn og unge, der har en uddannelse inden for social- eller sundhedsområdet^{xvi}.

For de lette og forebyggende tiltag på voksenområdet er udfordringerne særligt uklare rammer for visitationen, stor variation i hvilke indsatser de forskellige kommuner tilbyder, samt mangel på klare aftaler om samarbejde og kommunikation mellem såvel almen praksis og kommuner som internt mellem forvaltninger i kommunerne. Ifølge Sundhedsstyrelsens faglige oplæg er det " en udfordring, at der ikke er etableret et tilstrækkeligt overblik over de tilgængelige tilbud i kommunerne eller viden om, hvem der kan henvises, samt hvilke visitationskriterier der er til de forskellige kommunale tilbud^{xviii}". Endeligt er en stor del af udfordringen, at der mange steder ikke er et tilstrækkeligt udbud af tidlige og forebyggende indsatser.

Samlet myndighedsansvar for behandling

Baseret på ovenstående punkter opfordrer Psykiatrifonden til, at man i en kommende ændring af sundhedsstrukturen skaber et samlet og entydigt ansvar for behandlingen af borgere med psykisk sygdom under samme myndighed. Psykiatrifonden mener, at en sådan struktur vil skabe forudsætningerne for at give patienter sammenhængende behandling og ensartet kvalitet – samt for optimal brug af faglige kompetencer og økonomiske ressourcer.

Det delte myndighedsansvar er som allerede beskrevet i dag en hindring for dette. For eksempel har det taget flere år for kommuner og regioner at blive enige om fordelingen af ansvaret for dobbeltdiagnosepatienter, fordi man ikke kunne blive enige om målgruppens størrelse, hvem der skulle betale, og hvem der skulle have ansvaret for behandlingen.

Det opdeltede myndighedsansvar er en central årsag til manglende sammenhæng i sundhedssystemet, som særligt rammer mennesker med psykisk sygdom.

Sundhedsstrukturkommissionen er kommet med gode tværgående anbefalinger, som bør indføres uanset forvaltningsmodel. Men hvis man virkelig vil ulighed i sundhed til livs, kan disse ikke stå alene. Det vil kræve et fælles myndighedsansvar, så borgerne ikke bliver reduceret til udgifter, der skubbes mellem opdeltede, trængte budgetter.

Psykiatrifonden ser som supplement hertil et behov for at udvikle integrationsmodeller i psykiatrien for at forhindre, at mindre psykiske sygdomme udvikler sig til alvorlige tilstande. Angst og depression står for ca. halvdelen af alle tilkendte førtidspensioner, svarende til 5.414 førtidspensioner årligt. En stor del af dem ender på pension uden at have modtaget et sammenhængende behandlingsforløb, hvilket understreger behovet for en mere helhedsorienteret tilgang til behandling af psykiske sygdomme.

Psykiatrifonden foreslår derfor etableringen af videnscentre, der kan fungere som ekspertisecentre for både forskning og klinisk behandling af almindelige psykiske sygdomme som depression og angst. Disse centre kan tilbyde specialiserede behandlingstilbud baseret på den nyeste forskning og sikre, at flere får adgang til kvalificeret hjælp i tide.

Depression og angst er blandt de mest udbredte psykiske sygdomme og har stor indvirkning på livskvaliteten. Dette medfører også, at de to

sygdomme tilsammen tegner sig for 4 millioner sygedage årligt og et årligt produktionstab på knap 36 milliarder. Det er derfor vigtigt at fokusere på tidlig og effektiv behandling, som kan reducere risikoen for, at disse tilstande udvikler sig til kroniske forløb. Videnscentre kan bidrage til at udvikle individuelt tilpassede behandlingsforløb, der tager højde for den enkeltes behov.

Retspsykiatrien

Psykiatrifonden finder det mangelfuldt, at kommissionen slet ikke forholder sig til de udfordringer, sundhedsvæsnets har ift. at håndtere de mange behandlingsdømte mennesker med psykiske lidelser.

Over 80 procent af alle påbegyndte indlæggelser og 60 procent af alle sengedagene for retspsykiatriske patienter sker på almene psykiatriske afdelinger^{xviii}. Dette er problematisk af flere grunde. For det første presser det kapaciteten i den almene psykiatri, der i forvejen mangler både hænder og senge. For det andet skaber det en urimelig og unødigt risiko for de øvrige patienter, der er indlagt med potentielt meget farlige mennesker. For det tredje har personalet på de almene afdelinger hverken de nødvendige kompetencer eller beføjelser, som man har på en retspsykiatrisk specialafdeling, som for eksempel Sikringen.

Psykiatriloven (Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien) er ikke blevet tilstrækkeligt moderniseret, siden den blev vedtaget i 1989. I mellemtiden af antallet af retspsykiatriske patienter vokset eksponentielt og er i runde tal steget fra ca. 400 i 1980 til 900 i 1995 til 1.600 i 2005 og til 4.000 i dag^{xix}.

I og med, at denne markante udfordring for såvel den almene psykiatriske del af sundhedsnævnet som for retspsykiatriske patienters behandlingskvalitet helt udestår fra kommissionens beretning, opfordrer Psykiatrifonden til, at man opretter en kommission med det formål at granske det retspsykiatriske område og bedre sikkerheden for såvel patienterne som alt personale.

Opsummering

Overordnet opretholder og understøtter en adskilt struktur forskelsbehandling mellem patienter med psykisk og somatisk sygdom. Dette ses blandt andet afspejlet ved gentagne brud på patientrettighederne, manglende sammenhæng i patientforløb samt fraværende og mangelfuld behandling for somatisk sygdom hos patienter med psykisk sygdom. Det har medført en markant ulighed i

sundhed, der målt på antallet af tabte leveår langt overstiger uligheden mellem Gentofte og Guldborgsund.

Med den kommende sundhedsstrukturereform står vi med en unik mulighed for at reducere ulighed i sundhed. Samtidig kan vi med strukturelle greb få endnu mere ud af regeringens investering i psykiatrien, forhindre medarbejderflugten og omsider ligestille somatisk og psykisk sundhed til stor gavn for patienterne.

Ved at styrke samarbejdet mellem hhv. somatikken og psykiatrien og socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien skaber man incitament til at samarbejde om patienten. Det giver mere sammenhængende patientforløb, reducerer ulighed i sundhed og forlænger livet for nogen af dem, der dør for tidligt.

I er velkomne til at kontakte os for uddybning af høringssvar.

De venligste hilsner
Psykiatrifonden

REFERENCER

ⁱ Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, s. 46. prioriterede indsats"

ⁱⁱ Ugeskrift for Læger, Overdødelighed på Lolland-Falster er forbundet med tilflytning
Elsebeth Lyngé & Therese L.F. Holmager, 2021

ⁱⁱⁱ Sundhedsstyrelsen, Sygdomsbyrderapporten, 2023

^{iv} A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study, Plana-Ripoll et al. - The Lancet - 2019 I: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32316-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32316-5)

^v Sundhedsstyrelsen, Sygdomsbyrderapporten, 2023

^{vi} Psykiatrifonden, Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark, marts 2024

^{vii} Behandlingsrådet, "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser", jan. 2023

^{viii} Bueter, A. Diagnostic Overshadowing in Psychiatric-Somatic Comorbidity: A Case for Structural Testimonial Injustice. *Erkenn* 88, 1135–1155 (2023).: <https://doi.org/10.1007/s10670-021-00396-8>

^{ix} Behandlingsrådet, "Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser", jan. 2023

^x Psykiatrifonden, Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark, marts 2024:

https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Tal_og_fakta_om_psykisk_sygdom_i_Danmark_2023.pdf

^{xi} Jesper Poulsen, Ugeskrift for Læger: "Psykiatrien er en del af et sammenhængende sundhedsvæsen", 1. nov. 2005

-
- ^{xii} Overlægeföreningen og Foreningen af Yngre Læger: Afvandring fra den offentlige psykiatri, 2024
- ^{xiii} VLAK Regeringen, "Vi løfter i fællesskab En samlet handlingsplan for psykiatrien frem mod 2025", 2018
- ^{xiv} Rokkjær N, Sølund S. Nine deaths among 29 patients with severe mental illness identified with high mortality using SSEPP. Nord J Psychiatry. 2018 Nov;72(8):543-548. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30261795.: <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1489893>
- ^{xv} Sundhedsstyrelsen, Bilagsrapport, Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, jan. 2022
- ^{xvi} Social- og Ældreministeriet, Kort fortal - Uddannelse blandt medarbejdere på døgntilbud og anbringelsessteder til forskellige målgrupper, sep. 2021
- ^{xvii} Sundhedsstyrelsen, "Fagligt oplæg til en 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, s. 123."
- ^{xviii} Sundhedsstyrelsen, Bilagsrapport, Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, jan. 2022
- ^{xix} Se Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Justitsministeriet og Socialministeriet: PSYKISK SYGDOM OG KRIMINALITET, 2006 samt Dansk Psykiatrisk Selskabs 'Hvidbog', 2021

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

Kampmannsgade 4
1790 København V
rus@3f.dk
3frus.dk

sum@sum.dk

15. juli 2024
/nbl

Høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har den 11. juni 2024 sendt Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger i høring.

Reddernes Udviklingssekretariat i 3F synes, at det er en god og grundig analyse, der er gennemført af udfordringerne i det danske sundhedsvæsen. Vi er grundlæggende enige i det billede af udfordringerne, som Sundhedsstrukturkommissionen tegner. Det er ligeledes positivt, at der nu er kommet en række forslag, der kan være med til at fremtidssikre sundhedsvæsenet i forhold til sammenhæng, demografiske udfordringer, ændret medarbejdersammensætning, teknologi og patienternes stigende forventninger.

Reddernes Udviklingssekretariat i 3F bakker op om de seks tværgående anbefalinger og er enige i vurderingen af, at de bør gennemføres uanset, hvilken forvaltningsmodel, der arbejdes videre med i den kommende reform af sundhedsvæsenet. Vi forholder os i vores høringssvar ikke til, hvilken af de tre modeller for fremtidens struktur, der skal implementeres eller hvilke fordele og ulemper, der er ved hver enkelt.

Vi fokuserer i vores høringssvar på den akutte indsats og det præhospitale beredskab, og deres rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud

Reddernes Udviklingssekretariat støtter anbefalingen om at udvide kapaciteten og om, at der skal være en national opgavebeskrivelse af almen praksis. Men Reddernes Udviklingssekretariat mener, at den præhospitale sektor med fordel kan tænkes ind som en aktør i forbindelse med en kapacitetsudvidelse af almenmedicinske tilbud.

Sundhedspersonalet i ambulancer, akutbiler m.v. møder ofte patienter, der har kontakttet 112, fordi det er den hurtigste vej ind i sundhedsvæsenet. Det sker bl.a., hvis der er lange telefonventetider hos almen praktiserende læger eller vagtlægeordninger. Derfor kan man med fordel øge samspillet mellem de præhospitale aktører og de almenmedicinske tilbud døgnet rundt.

Der er allerede igangsat projekter i flere af landets regioner, hvor paramedicinere og ambulancebehandlere fungerer som udekørende visitatorer, når patienter vurderes at være på grænsen til at skulle indlægges. Det er patienter, som tidligere er blevet henvist til det sekundære sundhedsvæsen til indlæggelse gennem en akutmodtagelse. Patienterne bliver fortsat henvist af en almen praktiserende læge eller vagtlæge, men en paramediciner eller ambulancebehandler kører ud og opstarter målinger af vitalparametre m.v. I samspil med en læge på akutsygehuset vurderes det, om der er behov for indlæggelse, eller om behandlingen kan opstartes og fortsætte i eget hjem. Dette bør være et af værktøjerne i den ønskede kapacitetsudvidelse af almen praksis.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Reddernes Udviklingssekretariat støtter anbefalingen om, at der bliver udarbejdet en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, som dækker hele sundhedsvæsenet. Vi vil i den forbindelse gøre opmærksom på, at der er en række tiltag, der kan gennemføres allerede nu, som ikke behøver at afvente en stor reform.

Det fremgår i beskrivelsen af udfordringer med elektroniske patientjournaler på side 73, at den elektroniske præhospitale patientjournal (PPJ) blev udrullet i ambulancer og akutlægebiler i 2015. Selvom alle fem regioner i dag bruger PPJ, så er det ikke alt præhospitalt personale, der har adgang til PPJ. Således er det kun i tre ud af fem regioner, at redderne i den liggende sygetransport har adgang til at læse i PPJ, når de kommer ud til patienter. I Region Nordjylland har redderne i den liggende sygetransport ikke adgang til nogen form for elektronisk patientjournal, mens redderne i den liggende sygetransport i Region Hovedstaden bruger et andet system.

Ambulancepersonalet har i dag ikke adgang til Det Fælles Medicinkort (FMK). Sundhedspersoners adgang til relevant tidstro data er afgørende for patientsikkerheden, når behandling sættes i gang. I dag har ambulancebehandlere og paramedicinere ikke adgang til en række relevante og kritiske patientoplysninger. Det vil sige, når ambulancen kommer ud til akut syge patienter, så har de ikke den nødvendige viden om medicin, når de skal påbegynde behandlingen.

Ambulancebehandlere og paramedicinere er i dag autoriserede sundhedspersoner, der arbejder efter bestemmelser i sundhedsloven, autorisationsloven samt klage- og erstatningsloven. De bør således have den samme adgang til relevante og kritiske patientoplysninger, som andre autoriserede sundhedspersoner har.

Derfor opfordrer Reddernes Udviklingssekretariat til, at lovgivningen ændres, så det bedre understøtter patientsikkerheden præhospitalt. Helt konkret bør sundhedsloven ændres, så ambulancebehandlere og paramedicinere, der aktuelt har en patient i behandling, får adgang til de oplysninger, der er registeret om en patient, når det er nødvendigt for behandlingen. Jf. Sundhedsloven § 157 stk. 3 (LBK nr. 247 af 12/03/2024).

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Reddernes Udviklingssekretariat støtter også Sundhedsstrukturkommissionens tredje anbefaling om, at der udarbejdes en national sundhedsplan.

Vi hæfter os i den forbindelse ved punkt 5 om, at sundhedsfaglig forskning i højere grad skal målrettes sundhedstjenesteforskning med udgangspunkt i det primære sundhedsvæsen og i mindre grad specialiserede indsatser i det sekundære sundhedsvæsen.

Det er vigtigt at få igangsat forskning, der kan undersøge unødvendige patientovergange mellem primær sektor og sekundær sektor. Alt for mange borgere bliver i dag unødvendigt kørt med ambulance eller liggende sygetransport til en akutmodtagelse, hvor de modtager nogle få undersøgelser såsom blodprøvetagning, måling af vitalparametre og hjertekardiogram for så efterfølgende at blive sendt hjem igen.

Der er behov for mere forskning i at få identificeret, hvilke symptomer og sygdomstilstande, der oftest medfører til disse unødvendige kontakter med akutmodtagelserne. Det er også afgørende at kunne afdække, hvis indsatserne præhospitalt ikke har den ønskede effekt, fordi borgerne bliver mere syge eller får en forværring i deres tilstand.

Anbefaling 4: Psykiatrien integreres organisatorisk i det samlede sundhedsvæsen

Reddernes Udviklingssekretariat støtter også Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet.

Ambulancepersonalet møder mange borgere med psykiske lidelser og ofte i en akut fase, hvor der er en forværring i deres psykiske lidelse, eller den er nyopstået. Det sker ofte i sammenhæng med en fysisk tilskadekomst, hvor borgeren har foretaget selvskade eller forsøgt at begå selvmord. Her havner borgeren i et vakuum mellem psykiatrien og de somatiske sygehuse.

Oftest vil borgeren have et behov for at komme i kontakt med psykiatrien, men grundet en selvskade eller et selvmordsforsøg skal første kontakt ske til en akutmodtagelse med somatisk funktion. Visiteringen af borgeren opleves til tider vanskelig, fordi det netop er en borger med et stærkt behov for psykiatrisk behandling, som kan være svært at tilbyde på en akutmodtagelse. Alt for ofte opleves det i den præhospitalt sektor, at borgere med psykiatriske lidelser bliver "kastebold" mellem forskellige sygehuse, hhv. de somatiske akutmodtagelser og de psykiatriske akutmodtagelser.

Derfor er der i høj grad behov for at se psykiatrien som en samlet del af vores sygehusvæsen. Vi vil opfordre til, at man også sikrer en bedre fælles opgaveløsning for borgeren i den akutte fase.

Anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

Reddernes Udviklingssekretariat støtter Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses med henblik på at understøtte en mere effektiv brug af de samlede speciallægeressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

Sundhedsstrukturkommissionen beskæftiger sig kun i begrænset omfang med brug af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder. Reddernes Udviklingssekretariat vil derfor gøre opmærksom på, at man med fordel kan kigge på de områder, hvor der med succes anvendes private aktører, når det handler om offentligt og privat samarbejde. På det præhospitalt område har der i mange år været mulighed for at

inddrage private aktører. I dag sker det i et samspil mellem regionernes egen ambulance-tjeneste. Det bør indtænkes, hvordan det danske sundhedsvæsen i langt højere grad kan udvikle partnerskaber med private aktører til en fælles opgaveløsning.

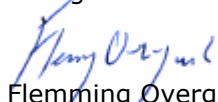
Øvrige bemærkninger

Reddernes Udviklingssekretariat har derudover en række kommentarer til både hovedrapporten og baggrundsrapporten:

- Den liggende sygetransport er en vigtig del af den præhospitale opgaveløsning, men er desværre kun nævnt et sted. I baggrundsrapporten står der på side 24 øverst står, at "Regionerne brugte ca. 2,2 mia. kr. på ambulancekørsel og liggende syge-transport i 2023".
- Ambulancer bemannes i stigende grad af ambulancebehandlere og paramedicinere. I baggrundsrapporten er det på side 25 beskrevet som om, at paramedicinere kun er på akutbilerne.
- Sundhedsstrukturkommissionen har hjælpemiddelområdet med som et eksempel på uklart myndighedsansvar. Vi vil gøre opmærksom på, at hele patientbefordringsområdet er et andet område, hvor der er behov for et grundigt eftersyn. Vi har bemærket, at ministeren i et svar til Folketingets Sundhedsudvalg har skrevet, at der i regi af Samarbejdsprogrammet er aftalt at sætte et arbejde i gang, der skal se på at justere regler og uhensigtsmæssigheder på befordringsområdet i lyset af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Reglerne for patientfordring er uigennemskuelige og forældede og skaber ulige adgang til sundhed. Vi mener derfor, at der bør ske en gennemgribende revision af befordringsreglerne, således at patienter, der ikke selv kan transportere sig, får samme adgang til sundhedsydelse som andre, samt at der skal etableres et tydeligt regelsæt i sundhedsloven, der sikrer transport og ledsagelse af svækkede patienter (jf. Sundhedsudvalget Samling 2023-24 Alm.del spørgsmål 374). Vi vil opfordre til at dette arbejde sættes i gang, og vi bidrager meget gerne til arbejdet.
- En af sundhedsstrukturkommissionens opgaver har været at overveje, hvordan det præhospitale beredskab bedst spiller sammen med det øvrige sundhedsvæsen. Reddernes Udviklingssekretariat vil derfor opfordre til, at der bliver udarbejdet nationale rammer for det præhospitale beredskab, frem for at hver region fastsætter egne servicemål og rammer. Det vil også gøre samarbejde på tværs af regionsgrænser lettere.

Reddernes Udviklingssekretariat bidrager gerne med input i det videre arbejde med at udvikle det præhospitale beredskab, så det spiller bedst muligt sammen med det øvrige sundhedsvæsen.

Venlig hilsen



Flemming Overgaard

Formand for Reddernes Udviklingssekretariat i 3F

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Regionsrådet i Region Hovedstaden hilser Sundhedsstrukturkommissionens rapport og den debat, den allerede har afstedkommet, velkommen. Vi noterer os en bred enighed om, at vi har et godt og velfungerende sundhedsvæsen, som vi kan være stolte af. Men vi tilslutter os også opfattelsen af, at der er behov for forandringer og udvikling af det nære sundhedsvæsen, hvis sundhedsvæsnets fremtidssikres.

Region Hovedstaden er ét, fagligt sammenhængende sundhedsvæsen

Hospitalsvæsnets har oplevet et stort kvalitetsløft siden regionernes tilblivelse i 2007. De ambitioner, man dengang havde om, at fem stærke regioner skulle sikre høj behandlingskvalitet, effektivitet og kort ventetid, er indfriet – og de gode resultater må ikke sættes over styr.

Den regionale hospitalsplanlægning og struktur skabte og skaber mulighed for en sammenhængende klinisk grundstruktur, hvor hvert enkelt akuthospital og Rigshospitalet har særlige speciale-mæssige profiler og faglige styrkepositioner. Ofte fremhæves det, at regionernes kvalitetsløft har ført til markant reduceret dødelighed inden for kræft- og hjerteområdet, men også mange andre specialer som f.eks. urinvejskirurgi, brystkirurgi, karkirurgi, blodsygdomme og gigt-, bindevævs- og rygsygdomme er samlet på et eller få hospitaler med en høj faglighed, specialisering og kvalitet til følge.

Den samme høje faglighed, stordriftsfordele og tværgående planlægning går igen i de understøttende og tværgående funktioner. Et eksempel er det præhospitale område med hurtig responstid og god regional dækning af ambulancer og lægebi-ler – understøttet af et forenet regional- og kommunalpolitisk fokus på de tyndest befolkede områder – og et tæt samarbejde mellem Akuttelefonen 1813 og akutmodtagelserne. Andre eksempler er Apotekets medicinbehandling og koncerntre-nes professionalisering af IT, økonomi, energioptimering, renovering, hospitalsplanlægning, HR osv. Et tredje eksempel er det systematiske politiske og administrative arbejde med at nedbringe ventetid ved at omlægge behandlinger og udnytte kapaciteten på tværs. Det er afgørende for, at det samlede sundhedsvæsen fungerer hensigtsmæssigt og kosteffektivt. Der er tale om store og solide organisationer, hvor kerneopgaven er udviklet og forfinet over år.

Region Hovedstaden er således i dag ét sammenhængende sundhedsvæsen, hvor regionens hospitaler, virksomheder og koncerntre først og fremmest har et tæt samarbejde om at levere en samlet sundhedsydelse i høj kvalitet til gavn for den brede befolkning i og udenfor regionen. Men den stærke struktur er også forudsætningen for at håndtere andre samfundskritiske omstillinger som f.eks. en pandemi eller arbejdet frem mod klimaneutral hospitalsdrift.

Opsplitning i mindre sundheds- og omsorgsregioner er ikke løsningen

På den baggrund finder Region Hovedstaden model 1 i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, som vi forestiller os, fører til opsplitning af hovedstadsområdet i tre eller flere sundheds- og omsorgsregioner, bekymrende. Ud over at 17 års opbygning af en stærk og effektiv organisation vil være tabt på gulvet, mener vi også, at modellen i sig selv indeholder svagheder, når man ser på selve hospitalsdriften, uagtet at den har fordele, når man ser på den samlede kæde af sundheds- og omsorgsydelser på tværs af de nuværende kommuner, praktiserende læger og regioner.

Det er for eksempel en svaghed i modellen, at fire akuthospitaler, et Rigshospital og et ø-hospital vil skulle samarbejde om at dække hovedstadsborgerne inkl. bornholmernes behov for sygehusdækning uden at have en fællesadministration eller politikere valgt i forskellige dele af regionen i ryggen. De vil skulle operere i et i forvejen ophedet arbejdsmarked, hvor der let kan opstå konkurrence om arbejdskraften og ikke er et incitament til at se på den bedste samlede anvendelse af medarbejderkræfter og lønmidler. Samme uhensigtsmæssige konkurrence kan opstå i forsøget på at tiltrække de mest interessante specialer, og erfaringen fra amterne og H:S' tid peger på stor risiko for tab af behandlingskvalitet og effektivitet.

Modellen fører heller ikke til de sømløse overgange for borgerne, som den kan give indtryk af. Det er godt, at snitfladerne mellem regionale og kommunale funktioner udviskes. Men den enkelte borger vil ofte skulle behandles uden for egen sundheds- og omsorgsregion. Det er således Sundhedsstrukturkommissionens egen forventning, at op til 40 pct. af hospitalsbehandlinger vil foregå i en anden sundheds- og omsorgsregion end den, borgeren tilhører. Derfor vil modellen også betyde væsentligt behov for afregning mellem sundheds- og omsorgsregionerne, som vil give øgede administrationsudgifter.

Det vil i det hele taget være uhensigtsmæssigt og dyrt at erstatte en stærk administration med tre eller fire nye, der skal opbygges fra bunden i en tid med personalemangel, ønske om lavere administrationsomkostninger og nye opgaver, der stadig kræver tæt koordinering med 29 kommuner af meget varierende størrelse fra landets største med over 650.000 borgere til en af de mindste med under 15.000 borgere.

Vi deler Danske Regioners holdninger

Region Hovedstaden har valgt at udforme sit eget hørings svar. Ovenstående vil i større eller mindre grad gælde for alle regioner, men i særdeleshed i hovedstaden, hvor hospitalerne ligger tæt, og integrationen mellem dem er stor.

Samtidig bakker Region Hovedstaden fuldt ud op om Danske Regioners hørings-svar og ønsket om at samle ansvaret og økonomien for sundhedsindsatserne i én lovgivning og under én myndighed med direkte folkevalgt ledelse af en størrelse, der modsvarer befolkningsgrundlaget. Denne myndighed bør være regional, da nogle kommuner er for små og staten for langt væk til at levere lokalt tilpassede løsninger. Dog bør de mest borgernære omsorgsydelser, f.eks. plejehjem og hjem-mepleje, forblive kommunale. Servicen ud mod borgerne kan styrkes af kvalitets-standarder, have forskellig karakter afhængig af kommunestørrelse og koordineres med regionerne via nærudvalg, som vil få en nøglerolle uanset hvor meget eller lidt, der flyttes mellem de to myndigheder.

Vi deler også Danske Regioners holdning om, at der ikke bør træffes beslutninger om det specialiserede socialområde, miljø, klima, transport og uddannelse på baggrund af en strukturkommission med entydigt fokus på sundhed.

Socialområdet har siden sidste strukturreform været udfordret af tab af specialist-kompetencer og -tilbud. I de regionale tilbud på det specialiserede socialområde er der dog skabt faglige synergier og specialiseret viden på tværs af kommunerne til gavn for de borgere, som er afhængige af tilbuddene. Vi er derfor dybt bekymrede for konsekvenserne for mennesker med svære psykiske lidelser eller handicap, hvis tilbud på det specialiserede socialområde flyttes fra regionerne. Samtidig be-mærker vi, at det taler imod ambitionerne om en specialeplan på området.

Regionerne varetager vigtige miljø- og klimaopgaver som indsatsen mod jordforu-
rening, beskyttelse af grundvandet, råstofplanlægning og klimatilpasning. Vi har
veletablerede faglige miljøer og erfarne medarbejdere, der i dag driver udviklingen
af ny teknologi og viden, som kvalificerer og effektiviserer opgaveløsningen. Regi-
onerne har samtidig den rette geografi både til miljø- og klimaopgaver og til opga-
verne inden for transport og uddannelse, som alle har en tværgående karakter
kombineret med et behov for lokalkendskab og dialog.

Den seneste tids hændelser omtalt i medierne – fra Den sorte svane til afdækning-
en af Nordic Waste – taler i vores øjne for større, frem for mindre regional indfly-
delse på såvel social- som miljøområdet.

Vi ønsker også at fremhæve Danske Regioners holdning om, at der er behov for
en ændret organisering af det almen medicinske tilbud for at sikre bl.a. en faglige
ledelse, varetagelse af flere opgaver og en geografisk bedre dækning og social dif-
ferentiering. Vi respekterer også, at den økonomiske vækst i de kommende år pri-
mært skal ligge i det nære sundhedsvæsen, men gør samtidig opmærksom på, at
sygehusaktiviteten formodentlig ikke vil falde, før f.eks. forebyggelse og håndtering
af kroniske sygdomme er styrket markant. Derfor bør der ikke reduceres i hospita-
lernes budgetter eller nødvendige midler til at følge det demografiske træk. Og slet
ikke allerede fra 2026.

På samme måde bakker vi Danske Regioner op i, at den foreslåede nationale
sundhedsplan og den netop vedtagne 10-årsplan for psykiatrien og mental sund-
hed er en god ramme for at udvikle både somatik og psykiatri, og at der i højere
grad skal ske læring fra somatikken i psykiatrien, men at dette ikke forudsætter en

samling af hverken ledelse eller fysisk placering. De sværeste snitflader ligger desuden mellem behandler- og socialpsykiatri og ikke mellem somatik og psykiatri. For Region Hovedstadens vedkommende vil en fysisk samling desuden kræve meget store investeringer i nye bygninger, hvis den ikke ligefrem vil være geografisk umulig at gennemføre.

Sidst men ikke mindst er vi enige med Danske Regioner i, at det kan være relevant med et tættere strategisk samarbejde om den digitale udvikling, men at den konkrete understøttelse af hospitalernes drift og udviklingsønsker skal håndteres af medarbejdere med stærk IT-faglighed i tæt samarbejde med klinikere. Vi ønsker desuden at fremhæve, at organisering og udbygning af IT-området bør ske med fokus på understøttelse af samlede patientforløb, både af hensyn til udgifter og i forhold til fastholdelse af stabil IT-drift for patienter og medarbejdere.

Afsluttende vil vi konstatere, at det øgede fokus på hhv. fagligt og økonomisk kædeansvar, sammenhæng i patientforløb og geografisk lighed og lægedækning er en spændende og bunden opgave, som kan og skal løses, uanset hvilken overordnet strukturel model, man vælger.

Her er partnerskaber mellem hospitaler i og på tværs af regioner og langt mere udadvendte hospitaler en del af svaret. Allerede i dag samarbejder Bispebjerg og Frederiksberg Hospital tæt med Bornholms Hospital om både bemanning og behandling. Hovedstadens hospitaler vil også gerne samarbejde tæt med hospitaler udenfor regionen, der er geografisk udfordrede, ligesom vi i dag tager imod patienter fra hele Danmark, Færøerne og Grønland.

Etableringen af en lægeuddannelse i Nordjylland har gavnet lægedækning dér i langt højere grad, end en ændring af regionsgrænser ville kunne. Det samme har vi stor forhåbning til vil ske, når Københavns Universitet snart åbner dørene for de første studerende, der skal modtage klinisk uddannelse, have kliniske ophold og forhåbentlig etablere sig i Region Sjælland.

En sammenlægning af regioner, fx Hovedstaden og Sjælland, vil ikke i sig selv løse udfordringerne. Til gengæld vil det øge ubalancen mellem regionerne, hvis der etableres en samlet sjællandsk region, som vil omfatte ca. halvdelen af landets befolkning. Vi mener transaktionsomkostningerne ved en meget stor reform – uanset om den fører til flere eller færre administrative enheder – vil udfordre muligheden for at arbejde med de meget relevante udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen med rette har sat fokus på.

Med venlig hilsen


Lars Gaardhøj
Regionsrådsformand

Supplerende høringssvar fra Region Nordjylland til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Regionsrådet i Region Nordjylland har læst rapporten fra Sundhedsstrukturkommissionen med anbefalinger og forvaltningsmodeller i relation til fremtidens sundhedsvæsen. Som regionsråd og dermed en af hovedaktørerne i det danske sundhedsvæsen er læsningen selvsagt sket med både forventning og interesse, og vi takker for en grundig og gennemarbejdet rapport. Vi genkender det udfordringsbillede, rapporten tegner, og vi finder, at rapportens overvejelser, analyser, anbefalinger og modeller tilsammen udgør et solidt grundlag for at træffe vigtige beslutninger med betydning for det samlede danske sundhedsvæsen – og dermed for alle danskernes sundhed.

I begyndelsen af juli 2024 afgav Danske Regioner sit høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport, hvori der bl.a. indgår et forslag om en forvaltningsmodel, hvor regionerne bevares i den nuværende form og gives en større del af ansvaret for den samlede sundhedsopgave. Region Nordjylland tilslutter sig høringssvaret fra Danske Regioner, og opmærksomhedspunkterne i det følgende er et supplement hertil med en uddybning eller betoning af særlige nordjyske vinkler.

Region Nordjylland – en region med gode relationer og kort vej til handling

I Region Nordjylland har vi fra begyndelsen været afhængig af vores evne til at tænke nyt og finde og udnytte de fordele, vores størrelse og placering giver os – frem for at se det som barrierer. Vores beliggenhed kræver, at vi tænker i nye baner for at finde løsninger på vores udfordringer.

Sådan har vi arbejdet, siden vi blev dannet i 2007 – og det er vi lykkedes med i mange, vigtige henseender.

Som eksempler kan vi nævne vores målopfyldelse på kræftpakkerne og vores arbejde med det nære sundhedsvæsen og digitalisering. Vedrørende rekruttering af sundhedsfaglige medarbejdere har vi i et tæt samarbejde med ikke mindst de nordjyske uddannelsesinstitutioner - arbejdet målrettet på

at vende situationen, så vi nu står et betydeligt bedre sted end før, særligt med hensyn til nyuddannede sundhedsfaglige medarbejdere. Vi ligger i toppen, når det kommer til opfyldelse på kræftpakkerne. Og vi indgik som den første region en aftale med kommunerne om IV-behandling i eget hjem, og har opnået et velimplementeret 72-timers behandlingsansvar og samarbejde med kommunerne om telemedicinske løsninger blot for at nævne nogle af de tiltag, som Region Nordjylland arbejder med på dette område, og som efterspørges af Strukturkommissionen

Når vi lykkes, hænger det frem for alt sammen med den stærke sammenhængskraft i Nordjylland. Vi har et tæt samarbejde mellem region, kommuner, uddannelsesinstitutioner, faglige organisationer, civilsamfund og erhvervsliv i Nordjylland. Baseret på kort vej mellem parterne, tætte relationer, et stort, lokalt kendskab, et fælles udfordringsbillede samt store ambitioner for de nordjyske patienter og borgere. Det får ting til at ske hurtigt og nemt.

Sammen med de nordjyske kommuner, uddannelsesinstitutioner og erhvervsliv er vi enige om, at enhver reform af sundhedsvæsenet skal sikre en solid demokratisk forankring og respekt for regionale forskelle og behov. I den sammenhæng er det for os at se vigtigt, at Region Nordjylland bevares.

Som regionsråd er det derfor vores klare anbefaling, at Region Nordjylland bør bevares i sin nuværende form. Det er vigtigt for de nordjyske borgere og patienter – og det er gavnligt for landet som helhed.

Det nære, nordjyske sundhedsvæsen – kædeansvar i Region Nordjylland

I Region Nordjylland er vi enige med både Sundhedsstrukturkommissionen og Danske Regioner i, at det kræver reformer, hvis det skal lykkes at styrke det samlede sundhedsvæsen. Vi ønsker en fremtidig struktur, som støtter et nært, sammenhængende og forebyggende sundhedssystem, som er præget af lighed, nærhed og af en bæredygtig organisering.

I Region Nordjylland ønsker vi, at indsatserne i det nære sundhedsvæsen skal styrkes, og vi er klar til at påtage os et væsentligt større ansvar end i dag, så vi kan skabe en ubrudt ansvarskæde for sundheden i Nordjylland. Alt hvad der handler om sundhed i Nordjylland, er vi parate til at tage ansvaret for, herunder patientrettet forebyggelse, genoptræning og midlertidige pladser, mens plejehjem og praktisk hjælp, jf. også Danske Regioners bestyrelses svar, fortsat bør være en kommunal opgave.

I relationen mellem det nære og det specialiserede nordjyske sundhedsvæsen udgør det præhospitale område et vigtigt bindeled, og selvom det ikke er særligt omtalt i kommissionens rapport, vil vi gøre opmærksom på vigtigheden af dette område, og den nuværende placering af den opgave.

Psykiatri – fokus på 10-årsplanen

I Region Nordjylland er vi ligesom Danske Regioner enige i, at der er behov for et løft af psykiatrien, og vi ser også perspektiver i, at en organisatorisk integration med somatikken evt. kan være en del af løsningen på længere sigt. Som Danske Regioner også fremfører, er det imidlertid vigtigt, at

kræfterne her og nu bliver brugt på implementeringen af den længe ventede 10-årsplan fra 2022, og på den fortsatte udbygning af samarbejdet med kommuner og civilsamfund.

Balance i lægedækningen

I forhold til Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling nummer 3 om ”Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet”, bakker vi ligesom Danske Regioner op om en national sundhedsplan, der understøtter en fordeling af ressourcerne (både økonomisk og sundhedsfagligt), som afspejler befolkningens behov på tværs af sektorer og geografi – herunder også om de bemærkninger, Danske Regioner i øvrigt giver i den sammenhæng.

Derudover ligger det Region Nordjylland på sinde tydeligt at udtrykke væsentligheden af, at der sker en tilpasning af især lægers fordeling geografisk og på tværs af sygehuse og det primære sundhedsvæsen på en måde, så flere læger søger mod almen praksis og sygehusene udenfor de store byer fremfor mod Universitetshospitalerne. En sådan tilpasning ser vi som både fordelagtig og nødvendig i Region Nordjylland, hvor de udfordringer, vi oplever, netop angår almen praksis og de små sygehusematrikler i fx Thisted, Farsø, Hobro og Frederikshavn, mens vores Universitetshospital i Aalborg – med undtagelse af enkelte specialer – generelt er kommet sine rekrutteringsudfordringer i relation til læger til livs.

Regional Udvikling og Specialektoren – essentielle dele af Region Nordjylland

Ligesom Danske Regioner finder vi det også i Region Nordjylland problematisk, at Sundhedsstrukturkommissionen vil fjerne opgaverne indenfor Regional Udvikling og det specialiserede socialområde fra regionerne. Vi deler i den grad bekymringen for disse to områder og tabet af enten nødvendig nærhed eller specialisering og bæredygtighed, såfremt ansvaret overgår til henholdsvis stat eller kommuner.

Ansvaret for Regional Udvikling og det specialiserede socialområde bør forblive i regionerne sammen med den udvidede sundhedsopgave – også fremtidigt.

Regional Udvikling

I Regional Udvikling oplever vi indenfor opgavefeltene med jordforurening, drikkevand og råstoffer, at Region Nordjylland i kraft af sin lokale nærhed, har et godt og tæt samarbejde samt et godt kendskab til de lokale aktører på områderne – herunder kommuner, borgere og særlige interessentgrupper. Samtidig har regionen en størrelse, som gør det muligt at samle en høj ekspertise på områderne, og som muliggør en prioritering af opgaver på tværs af kommuner alt efter behov og risiko i relation til rent drikkevand og et vist armslængdeprincip til naboklager og bekymringer, når det kommer til fx gravetilladelser.

Ligeledes finder vi det helt afgørende, at opgaverne indenfor bl.a. uddannelsesområdet forbliver i Region Nordjylland. Det er vigtigt i forhold til at sikre og styrke den nordjyske sammenhængskraft, der også er nævnt indledningsvist, og som er afgørende for, at vi har de rette kompetencer i

landsdelen. Derudover må vi også betone betydningen af folkevalgte med lokalt kendskab, når der skal træffes beslutning om placering af uddannelses tilbud til de unge.

Specialektoren

På det specialiserede socialområde vil vi sammen med Danske Regioner advare stærkt imod at flytte opgaver indenfor dette område væk fra det regionale niveau også i lyset af bekymringer om videns- tab fra seneste reform. I Region Nordjylland kan vi også på dette område henvise til vores gode sam- arbejde med kommunerne, hvor vi sammen – og gennem Nordjysk Socialaftale - skaber de rette til- bud for nogle af de borgere, der har mest brug for det. Og hvor vi som region ligger på et niveau, hvor vi – i modsætningen til kommunerne – har den rette volumen, det rette incitament og den rette ekspertise til at have myndighedsansvaret for disse vigtige opgaver – også gerne i større omfang end i dag, jf. Danske Regioners høringssvar.

Vi vil fra Region Nordjyllands side desuden pege på, at det siden 1. januar 2007 har stået enhver kommune frit for at hjemtage specialiserede tilbud beliggende i den pågældende kommune. Dette har kun i meget begrænset omfang været tilfældet. Derfor må vi formode, at disse tilbud i dag ligger, hvor de ligger bedst.

Med venlig hilsen

Mads Duedahl
Regionsrådsformand, Region Nordjylland

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk

Region Sjællands høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I nærværende høringssvar sendes en række supplerende bemærkninger fra Regionsrådet i Region Sjælland til Danske Regioners høringssvar, som vi tilslutter os budskaberne i.

Vi har med stor interesse læst anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen. Regionsrådet er enige i behovet for at styrke et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, så vi kan fremtidssikre vores sundhedsvæsen og sikre lighed i sundhed for borgerne i alle egne af Danmark. En helt afgørende forudsætning for at lykkes med det er, at der sker en ændret fordeling af de sundhedsfaglige ressourcer.

Region Sjælland er i den offentlige debat om Sundhedsstrukturkommissionens rapport udpeget som dét problem, en kommende sundhedsreform skal løse.

Det er et fortegnet billede, som vi gerne vil nuancere.

For på trods af den sociale og geografiske ulighed, der følger af manglen på speciallæger i regionen, er det lykkedes Region Sjælland at følge resten af landets positive udvikling på vigtige parametre som middellevetid og kræftoverlevelse. Det kan kun lade sig gøre, fordi Region Sjælland på flere områder er gået foran i omstillingen til fremtidens sundhedsvæsen.

Tværgående anbefalinger er løsningen

En kommende sundhedsreform skal løse den strukturelle udfordring, som skyldes den ulige geografiske fordeling af ressourcer og kompetencer på tværs af hele sundhedsvæsenet i Danmark.

Dato: 2. august 2024

Sags ID: EMN-2024-05667

Dokument ID: 11550448

Koncern Ledelse og Kommunikation

Alleen 15

4180 Sorø

Tlf.: 70155000

Det er afgørende for fremtidens sundhedsvæsen, at der nationalt kommer en løsning på de udfordringer, som uligheden og demografien giver os – med særligt øje for de svageste borgere. Løsningen på Region Sjællands udfordringer er en bedre fordeling af speciallæger for at kunne sikre lighed i sundhed til alle borgere i Region Sjælland uafhængigt af bopælsadresse.

I Region Sjælland har vi 15% flere ældre over 65 år end i resten af landet, og vi har 9% flere borgere med kronisk sygdom. Region Sjælland har samtidig de absolut dårligste forudsætninger for at løse den sværeste sundhedsopgave i landet. F.eks. har Region Sjælland 18% færre speciallæger pr. indbygger i forhold til landsgennemsnittet.

I det perspektiv er vi særligt tilfredse med, at kommissionen har lyttet til de synspunkter, som vi i Region Sjælland har bragt frem gennem længere tid. Her tænker vi særligt på anbefalingerne *Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet* (anbefaling 3) og *Ny organisering af det almenmedicinske tilbud* (anbefaling 1). Anbefalingerne anviser løsninger, der på flere måder sikrer, at lægefaglige ressourcer bliver fordelt til de områder, hvor borgerne er mest syge – både i praksissektoren og på sygehusene. Anbefalingerne er nøglen til at løse udfordringerne med ulighed i sundhed.

Vi har i Region Sjælland gennem flere år taget flere initiativer til at løse udfordringen med manglen på speciallæger ad frivillighedens vej. Bl.a. via en samarbejdsaftale med Region Hovedstaden i 2022, der havde som mål at styrke speciallægeressourcerne i vores region svarende til 30 årsværk gennem delestillinger inden for udvalgte specialer. Af forskellige grunde har det vist sig vanskeligt at gennemføre denne aftale i praksis.

For vores borgere i Region Sjælland er det bydende nødvendigt, at fordelingen af ressourcer i sundhedsvæsenet bliver tilpasset, som anbefalingen peger på. Det er særligt vigtigt for os i Region Sjælland, hvor uligheden er størst, befolkningen er både ældst og mest syg – men hænderne er færrest. Derfor ser vi kun én mulighed: At fordelingen af speciallæger afspejler befolkningssammensætningen og sundhedstilstanden i regionerne.

Regionsrådet er derfor også enige i, som kommissionen anbefaler, at en ny organisering af det almenmedicinske tilbud er den rigtige vej at gå. Med større frihed til at vælge lokale løsninger i almen praksis og mulighed for at vælge klinikform efter behov, kan vi sikre bedre lægedækning og mere valgfrihed for vores borgere.

Dertil vil muligheden for differentierede patienttal pr. praktiserende læge tilgodese den store del af vores borgere, der er sårbare eller multisyge og har et andet og større sundhedsbehov. Det vil bidrage til at løse den store udfordring vi oplever i Region Sjælland, at der i dag er færrest læger dér, hvor borgerne er mest syge. Det vil således også bidrage til større lighed i sundhed.

Vi er lykkedes på trods

Til trods for, at Region Sjælland er startet på et lavere udgangspunkt, er vi lykkedes med at skabe sundhedstilbud til vores borgere på niveau med resten af landet. Resultaterne i Region Sjælland skyldes et indgående kendskab til regionale forhold og politisk beslutningskraft i Regionsrådet for Region Sjælland. På en lang række afgørende sundhedsparametre er der en vedblivende positiv udvikling:

- Samme positive udvikling for 5-års kræftoverlevelse som resten af landet siden 2007
- Ventetid til behandling og kirurgi er kortere end i resten af landet i 2022 og 2023
- Middellevetiden følger samme positive udvikling som i resten af landet
- Dødeligheden på hjerteområdet er på niveau med resten af landet

Vi sidder ikke bare på hænderne og venter. De resultater er skabt ved, at vi har truffet modige og fremtidssikre beslutninger, der betyder, at borgerne kan modtage både nær og specialiseret behandling i en ensartet og høj kvalitet.

I Region Sjælland har vi reageret på udfordringerne med nye tilgange til måden at drive sundhedsvæsen på. Vores nøgle til at løse ulighed i Region Sjælland er, at borgerne har nære og sammenhængende sundhedstilbud. Derfor har vi gennemført tiltag, så lægen kommer tættere på, så kronikere får bedre levevilkår og patienterne kan blive behandlet hjemme i trygge rammer.

Vi har arbejdet målrettet med at løse vores udfordringer, og har iværksat en række initiativer:

- Tættere på patienterne med udekørende behandling
- Mere sundhed til flere med digitale værktøjer
- Fleksibel brug af faggrupper
- Differentieret behandling efter patienternes behov

Vi udnytter alle vores sundhedsfaglige ressourcer til at sikre nærhed i sundhedstilbuddene. Det gælder både vores samlede specialiserede kapacitet på akutsygehusene, specialsygehusene og på privathospitaler samt de nære sundhedstilbud herunder udviklingen af speciallægepraksis. Som beskrevet i vedlagte oversigt, har vi investeret i digitale løsninger, som E-Hospitalet, og i udekørende funktioner med vores præhospitale vurderingsenheder. Det er med til at forebygge indlæggelser, og de afslutter halvdelen af behandlingsforløbene i borgerens eget hjem.

Region Sjælland tager ansvar for alle borgere uanset, hvor de bor i Region Sjælland (populationsansvar). Konkret har vi besluttet at styrke det faglige og organisatoriske samarbejde mellem Sjællands Universitetshospital og vores akutsygehus i Nykøbing F.,

for at styrke mulighederne for at rekruttere personale til vores akutsygehus i Nykøbing F. Det gør det muligt at fordele de nødvendige kliniske ressourcer bedre, så populationsansvaret kan understøttes.

Vi har opnået et endnu mere udadvendt universitetshospital, der understøtter det nære sundhedsvæsen i kommuner og almen praksis. På den måde sikrer vi, at borgerne oplever et både nært og specialiseret sundhedsvæsen af høj kvalitet.

Vi har organiseret vores speciallægeressourcer, så vi fremadrettet sikrer bæredygtige medicinske afdelinger på regionens fire akutsygehuse.

Men der er en grænse for, hvor robuste afdelingerne kan blive, når der er en ulige fordeling af speciallæger i Danmark.

Et sigende eksempel på de afledte store udfordringer og flaskehalse, er på det diagnostiske område. Region Sjælland mangler især radiologer og patologer. Som eksempel er der 10 gange så mange radiologer i Region Hovedstaden end i Region Sjælland. Det giver flaskehalse i diagnostikken og er hovedårsagen til, at vi har vanskeligt ved at leve op til patientrettigheder og kræftpakker.

Det er Region Sjællands erfaring, at nærhed er afgørende for patienterne, da de ikke ønsker at benytte tilbud langt fra egen bopæl.

Regional udvikling og lighed i sundhed hænger sammen

Regionsrådet bakker op om Danske Regioners høringssvar i forhold til den fremtidige placering af de regionale udviklingsopgaver. Regionsrådet finder det meget problematisk, at Sundhedsstrukturkommissionen uden forudgående analyse vedr. de regionale udviklingsopgaver og uden argumentation, peger på en adskillelse af sundhedsopgaver og øvrige regionale udviklings- og miljøopgaver.

I vores perspektiv er regionale udviklingsopgaver et væsentligt middel til at forbedre sundhedstilstanden i Region Sjælland ved at skabe attraktive vilkår for at bo, leve og drive virksomhed i regionen. Gennem regional udvikling støtter vi uddannelse og arbejdspladser, forbedrer de socioøkonomiske forhold og arbejder for at øge regionens sundhedstilstand og attraktivitet i forhold til at tiltrække medarbejdere til sundhedsopgaven lokalt. På den måde er der efter vores vurdering en vigtig sammenhæng mellem sundhedsopgaver og de regionale udviklingsopgaver, og en fortsat sammenhæng vil også kunne bidrage til større lighed i sundhed.

En østdansk storregion vil udfordre det folkevalgte demokrati

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler i deres rapport alt fra 3 til 10 organisatoriske enheder i Danmark. Vi kan ikke se, at et ændret antal organisatoriske enheder kan løse udfordringerne med ulighed i sundhed. Vi er optaget af at sikre en regional balance. På vegne af vores borgere frygter vi derfor for konsekvenserne, hvis det ender med en ny struktur, der centraliserer beslutningerne i én samlet østdansk region.

Borgerne i Region Sjælland har behov for et regionsråd, der består af valgte fra deres egen region. Et samlet østdansk regionsråd med 41 medlemmer ville i dag bestå af 29%

politikere fra det nuværende Region Sjælland svarende til 12 mandater. De resterende 29 ville komme fra Region Hovedstaden. En centralisering vil resultere i et markant demokratisk underskud og give vores borgere en markant mindre stemme i fremtidens sundhedsvæsen.

For at sikre en fair og repræsentativ beslutningstagning er det afgørende, at borgerne i Region Sjælland har en stærk og ligeværdig repræsentation i regionsrådet, og at beslutninger træffes på baggrund af indsigt i regionale og lokale forhold. Det vil bidrage til at opretholde en balanceret udvikling mellem by og land og sikre, at alle borgeres behov og interesser bliver hørt og taget i betragtning.

Vi er enige i behovet for forandring med afsæt i en bedre fordeling af ressourcerne og de erfaringer vi allerede har gjort os i forhold til at fremtidssikre sundhedsvæsenet for borgerne i vores region. Med gennemførelse af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger om en tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet og en ny organisering af det almenmedicinske tilbud, har vi et styrket fundament, og kan som Regionsråd fortsat udvikle vores regionale sundhedsvæsen til gavn for vores borgere og vores lokale demokrati.

Med venlig hilsen
Formandskabet i Regionsrådet i Region Sjælland

Heino Knudsen
Regionsrådsformand (A)

Anne Møller Ronex
1. Næstformand (B)

Kirsten Devantier
2. Næstformand (V)

Afdeling: Sundhedsplanlægning
Journal nr.: 24/19218
Dato: 5. juli 2024

Udarbejdet af: Jan Hermansen
E-mail: jhe@rsyd.dk
Telefon: 3069 7992

Høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedr. rapport fra Sundhedsstrukturkommissionen

Indledning

Region Syddanmark takker Regeringen for muligheden for at afgive bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Overordnet tilslutter Region Syddanmark sig høringssvar afgivet af Danske Regioner. Nedenstående bemærkninger skal derfor ses som et supplement til høringssvar fra Danske regioner. På den baggrund fokuserer nærværende høringssvar på udvalgte områder, hvor Region Syddanmark finder behov for at tydeliggøre og eksemplificere syddanske forhold.

Region Syddanmark vil gerne kvittere for, at Regeringen har nedsat Sundhedsstrukturkommissionen, og for at invitere til en fordomsfri debat om, hvordan det samlede sundhedsvæsen styrkes bedst muligt til gavn for borgerne.

Region Syddanmark finder, at Sundhedsstrukturkommissionen med rapporten på grundig vis har beskrevet de primære udfordringer, og samtidig leverer en række anbefalinger, der tager afsæt i udfordringerne.

Primære budskaber

Region Syddanmark er enig med Sundhedsstrukturkommissionen om behovet for at styrke sammenhængen på tværs af de nuværende sektorer, og om behovet for at skabe et mere lige sundhedsvæsen. Det gælder også i Region Syddanmark, hvor alderssammensætningen trækker i retning af et sygdomsbillede med stigende behandlingsbehov. Herudover kan Region Syddanmark ifølge prognoserne lige som resten af landet se ind i stigende rekrutteringsudfordringer. Det er i øvrigt Region Syddanmarks opfattelse, at en ændret struktur ikke i sig selv vil løse sundhedsvæsenets udfordringer.

Region Syddanmark støtter op om et øget kædeansvar, der dels kan skabe bedre sammenhæng i de konkrete forløb, og dels kan bidrage til at sikre den nødvendige udvikling og de nødvendige investeringer. Dette vil sikre, at gevinster kan høstes inden for den samme sektor, som investerer og udvikler.

Det er Region Syddanmarks klare opfattelse, at en direkte folkevalgt ledelse er afgørende for at sikre borgerens stemme ind i det store og ofte tunge system, som sundhedsvæsenet udgør. Region Syddanmark noterer sig derfor med tilfredshed, at der i de to af de tre modeller er beskrevet en direkte folkevalgt ledelse.

Region Syddanmark finder det vigtigt, at der i den regionale organisering gives mulighed for at finde løsninger, der er tilpasset lokale forhold. Det omfatter et manøvrerum til at håndtere og afbalancere de til tider store udfordringer og prioriteringer, der også vil være i fremtidens sundhedsvæsen.

Region Syddanmark er enig i, at den fremtidige udvikling i højere grad skal ske i det nære sundhedsvæsen, men regionen er samtidig bekymret for, at et for énsidigt fokus på at udviklingen kun

skal ske i det nære sundhedsvæsen, vil svække sygehusenes udvikling, og derved risikere, at flere årtiers markante fremskridt inden for patientbehandling og overlevelse forsvinder. Det gælder for eksempel på hjerte- og kræftområdet. De specialiserede sygehuse har forbedret tilgangen til de multisyge patienter ved at tilbyde fokuserede indsatser mellem flere specialer med færre besøg. Borgerne vil også fremadrettet have berettigede forventninger om fortsatte forbedringer i patientbehandlingen.

På linje med Danske Regioner er Region Syddanmark bekymret over kommissionens anbefaling om, at regionerne skal overgå til at være rene sundhedsregioner. Det forekommer uforståeligt - og i modstrid med kommissionens grundige og fagligt funderede arbejde på sundhedsområdet - at sundhedseksperterne uden nærmere analyse kommer med så vidtgående forslag om organisering af såvel socialområdet, miljø, klima, mobilitet og uddannelse. Det er Region Syddanmarks erfaring, at regionens opgaver på disse områder alle er kendetegnet ved, at opgaverne går på tværs af kommunerne, og at der er behov for stærke faglige miljøer samtidig med, at opgaverne mest hensigtsmæssigt varetages med viden om de lokale forhold.

Hertil kommer, at en tydelig politisk forankring af disse opgaver, der i dag varetages af regionerne, giver gode muligheder for at finde lokalt tilpassede løsninger i et tæt samarbejde mellem politikere og borgerne, eksempelvis på borgermøder eller gennem løbende borgerinddragelse. Som eksempler herpå er der i Region Syddanmark en løbende dialog mellem regionens politikere og borgere på råstofområdet, og om regionens største forureninger, de såkaldte generationsforureninger. Dette har været gældende for generationsforureningen på Himmarn Strand på Als, og ikke mindst generationsforureningen i Grindsted. Borgerinddragelse er også sket i forbindelse med bredere samfundsudfordringer, som for eksempel under Klimafolkemødet i Middelfart, og i forhold til geografisk afgrænsede udfordringer, blandt andet i grænselandet.

Sundhedsstrukturkommissionen lægger op til at tage det specialiserede socialområde væk fra regionerne. Region Syddanmark er bekymret for dette forslag, da Region Syddanmark finder, at behovet for faglig specialisering taler for, at opgaven løses i regionerne frem for i kommunerne, der som følge af stor variation har meget forskellige vilkår for at løse disse opgaver.

Bemærkninger til udvalgte områder

Anbefalinger vedrørende det almenmedicinske tilbud

Region Syddanmark bakker på linje med Danske Regioner overordnet op om kommissionens 9 forslag til styrkelse af almen praksis, og de opmærksomhedspunkter Danske Regioner har beskrevet i forlængelse heraf.

Region Syddanmark er enig i, at det kan være hensigtsmæssigt med en fordeling af alment praktiserende læger på baggrund af patienttal, der tager højde for sygdomsbillede og dermed behandlingsbehov. Det er imidlertid Region Syddanmarks vurdering, at det vil blive svært at få udarbejdet en reelt retvisende model, der i tilstrækkelig grad tager hensyn til lokale forhold, og i tilstrækkelig grad leverer lokale redskaber til at sikre lægedækningen. Der kan således være behov for et regionalt råderum til at fordele og eventuelt skabe et mindre overudbud i tyndt befolkede områder, for at kunne tiltrække læger. Det gælder blandt andet i Sydvestjylland og dele af Sønderjylland. Region Syddanmark har i mange år haft lokale indsatser rettet mod lægedækning, hvilket har sikret en forholdsvis god lægedækning af alment praktiserende læger. Der har eksempelvis været lokale indsatser i Bylderup-Bov og Augustenborg. Det er Region Syddanmarks vurdering, at en rettidig viden om behovet for disse lokale indsatser ikke ville kunne opnås via generelle opgørelsesmetoder, men forudsætter lokalt kendskab. Det gælder ligeledes i forhold til at kunne finde lokale løsninger, indimellem med kort varsel.

Anbefalinger vedr. ny organisering af digitalisering og data

Jævnfør Danske regioners høringsvar bakker Region Syddanmark op om behovet for at der udarbejdes én fælles digital strategi for området, og om at styrke den fælles planlægningskompetence

Det vurderes langt hen ad vejen formålstjenligt at samle ansvaret for fælles løsninger og organisationer i Digital Sundhed Danmark.

På linje med hørings svar fra Danske Regioner er Region Syddanmark dog meget skeptisk over for forslaget om, at Digital Sundhed Danmark skal drive og udvikle lokale og regionale løsninger for blandt andet elektroniske patientjournaler. En sådan centraliseret model vurderes at være urealistisk på grund af størrelse, antal systemer og kompleksitet sammenholdt med behovet for stabilitet og forsyningsforpligtelse.

Det kan i den sammenhæng nævnes, at Region Syddanmark har mere end 1.000 IT-systemer, som hver løser deres del af den samlede IT-understøttelse af sygehusvæsenet. Mange af disse systemer er dybt integrerede i regionens EPJ-løsning, og det vil derfor være tilsvarende vanskeligt alene at løfte EPJ-systemet ud af regionens IT-portefølje.

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Region Syddanmark anerkender behovet for at sikre en balance i ressourcer på tværs af det specialiserede og almene sygehusområde. Set i det lys vil det være nyttigt med en national sundhedsplan, der understøtter fordeling af ressourcer, og som afspejler befolkningens behov på tværs af sektorer og geografi

Region Syddanmark deler imidlertid Danske Regioners bekymringer i relation til behovet for også fremadrettet at sikre, at de specialiserede sygehuse kan tilbyde patienterne den bedst mulige behandling.

Den betydelige og positive udvikling som sygehuse har gennemgået siden strukturreformen i 2007 skal fastholdes og gerne udbygges via fortsat fokus på kvalitet, forskning og uddannelsesaktiviteter. Der er samtidig behov for at sikre sygehuses konkrete muligheder for at være tilstede i nærmiljøet og understøttelsen af det nære sundhedsvæsen, som Region Syddanmark og andre regioner har stor erfaring med.

Endelig er der behov for, at den fremtidige budgetmodel og budgetteringsprincipper ikke kun tager afsæt i finansiering koblet til den enkelte opgave. Dette først og fremmest af hensyn til at sikre en hensigtsmæssig håndtering af den samlede økonomi. Sygehuse i Region Syddanmark arbejder systematisk med at udvikle og gennemføre lokale løsninger, der skal skabe bedre sammenhæng i overgangen mellem det specialiserede og det nære.

Det gælder både i forhold til at forebygge unødvendige indlæggelser og i forhold til at sikre gode overgange ved udskrivning fra sygehus. Eksempel herpå er projektet Kom Godt Hjem, hvor sygehuset for den ældre patient med lårbensbrud bevarer behandlingsansvaret i 14 dage efter udskrivning og dermed samarbejder tæt med kommunen om at sikre en god udskrivning. Hermed investerer sygehuset i at aflaste den nære indsats, der er forankret i kommunen. Af andre eksempler på samarbejde mellem region og kommuner kan nævnes samarbejde organiseret omkring lokale sundhedshuse, fagligt samarbejde i form af fælles skolebænk, samt plejehjemslæger. Disse typer af samarbejde forudsætter et lokalt råderum.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Region Syddanmark er enig i, at der er behov for et samlet løft af psykiatrien. Det er regionens opfattelse, at 10 årsplanen for psykiatrien sætter nogle meget gode og ambitiøse pejlemærker for den fremtidige udvikling af psykiatrien. Region Syddanmark hilser i den sammenhæng med tilfredshed, at der løbende aftales initiativer og økonomi til realisering af 10 års planen.

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der skal ske en omorganisering af psykiatrien med integrering i det somatiske sundhedsvæsen. På linje med Danske Regioners høringssvar finder Region Syddanmark, at der er en betydelig risiko for, at en omorganisering af psykiatrien vil medføre, at det politiske og ledelsesmæssige fokus på psykiatrien vil få vanskeligere vilkår, og at ressourcerne i en længere periode vil blive brugt på administrative ændringer, og ikke blive til gavn for patienterne.

Region Syddanmark har som de øvrige regioner organiseret sig med en samlet regional psykiatrisk organisation med en betydelig arbejdsdeling. Det betyder, at børne- og ungdomspsykiatrien og retspsykiatrien er samlet på få enheder. En integrering af psykiatrien i de eksisterende 4 somatiske sygehusenheder vil skabe mere komplicerede samarbejdsstrukturer inden for psykiatrien, og dermed stå i vejen for en fortsat høj grad af specialisering og arbejdsdeling. Opmærksomheden skal endvidere henledes på, at det alene er i Aabenraa og på Fyn hvor den sengebaserede psykiatri er placeret på samme matrikel som akutsygehuse. De øvrige steder i regionen er den sengebaserede psykiatri placeret på selvstændige matrikler. Hertil kommer, at psykiatrien driver 15 lokalpsykiatrier som er jævnt fordelt i regionen. Den geografiske udstrækning og den begrænsede samlokation med somatikken vil yderligere vanskeliggøre eventuelle potentialer ved organisatorisk sammenlægning af psykiatri og somatik.

Region Syddanmark anerkender behovet for øget koordination mellem psykiatri og somatik. I den sammenhæng skal opmærksomheden henledes på, at der i 10 års planen er en række anbefalinger der understøtter dette. Både i Region Syddanmark og i andre regioner er der således igangsat en række initiativer med dette formål. Hvis det viser sig at disse initiativer har den ønskede effekt, bør de i øvrigt udbredes i hele landet.

Det bemærkes, at der ikke er belæg for at overdødeligheden blandt mennesker med psykiske lidelser vil blive reduceret ved en samorganisering mellem psykiatri og somatik.

Region Syddanmark skal endvidere pege på behovet for øget sammenhæng til socialpsykiatrien. I 10 årsplanen er der en række forslag, der understøtter denne sammenhæng, men det bør overvejes om der kan gøres yderligere for at understøtte dette behov.

Vedr. private aktører og patientrettigheder

Region Syddanmark tilslutter sig anbefalinger og forslag vedrørende de praktiserende speciallægetilbud. Det står dog mindre klart, hvordan en fælles indgang og prioritering af patienter vil kunne organiseres.

Region Syddanmark efterlyser i øvrigt overvejelser om øvrige praksisområder, herunder om det er forventningen, at den paritetiske overenskomstmodel opretholdes for andre områder end almen praksis.

Vedr. forvaltningsmodeller

Region Syddanmark noterer sig, at Danske Regioner i sit høringssvar har peget på et forslag til en model 4. Region Syddanmark bakker op om Danske Regioners forslag, men har i øvrigt en række bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens tre forslag til modeller.

Helt overordnet er Region Syddanmark enig i, at der er behov for at samle budget- og opgaveansvar for sygehusene og de nære sundhedsindsatser. Kommissionen angiver tre niveauer for opgavesamling. Region Syddanmark er af den opfattelse, at alle tre niveauer vil sikre, at incitamenterne i højere grad vender rigtigt og trækker samme vej på baggrund af kædeansvaret.

Det er vurderingen, at rapportens forslag om flytning af den mindre opgavesamling vil skabe en mindre kompleks snitflade mellem regionerne og kommunerne sammenlignet med i dag. Region Syddanmark vurderer på den anden side, at en flytning af den store opgavesamling, der involverer plejeboliger mv., ikke naturligt ligger i forlængelse af de sundhedsopgaver, der ligger hos regionerne.

På linje med Danske Regioner er det Region Syddanmarks opfattelse, at der vil være en betydelig gevinst ved at samle alle sundhedsopgaver i et samlet lovkompleks. Det vil samtidig give et bedre grundlag for at dele data og for at kunne sikre samme kvalitetsstandarder.

Region Syddanmark ønsker at fremhæve betydningen af et regionalt demokratisk forankret sundhedsvæsen. Der er behov for sikre, at borgerne kan gå i dialog med demokratisk valgte politikere om dilemmaer og politiske afvejninger, som er lokalt funderede. Region Syddanmark har en langvarig tradition for involvering af borgere og patienter, og det er Region Syddanmarks opfattelse, at denne tradition vil blive vanskelig/umulig at videreføre i et statsligt ledet sundhedsvæsen. Konsekvensen heraf vil efter Region Syddanmarks vurdering være, at borgere/patienter vil mangle et "sted at gå hen" med deres synspunkter og problematikker.

Som eksempler på problemstillinger, en fremtidig organisation skal kunne håndtere i relevant dialog med borgerne, kan nævnes:

- Reorganisering og ændring af sygehusstruktur på Fyn, og herunder akutfunktion i Svendborg.
- Reorganisering af Børne -og ungdomspsykiatri. På baggrund af udtalt speciallægemangel har det været nødvendigt at ændre aldersgrænsen for børne- og ungdomspsykiatriske patienter og som følge heraf nedlæggelse af sengeafsnit i Esbjerg.
- Reorganisering af brystkræftkirurgi. Som følge af mangel på speciallæger i Aabenraa har det været nødvendigt at reorganisere brystkræftkirurgien i Aabenraa og fordele de operative indgreb på regionens øvrige sygehuse.
- Reorganisering af urologien. Som følge af mangel på urologer - særligt i Aabenraa - har det være nødvendigt at nedlægge urologisk stationære funktioner i Aabenraa, og fordele aktiviteten ud på regionens øvrige sygehuse.
- Etablering af nærhospital i lokaler på Middelfart Sygehus. Etablering af nærhospitalet inspireret af lokale interesser og i samarbejde med Middelfart Kommune indebærer blandt andet, at Sygehus Lillebælt etablerer en række ambulante funktioner, primært inden for medicin og diagnostik, tæt på lokalsamfundet til gavn for specielt de lokale sårbare patienter.

I forhold til forvaltningsmodel 1, hvor forslaget rummer etablering af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner skal Region Syddanmark henlede opmærksomheden på, at en eventuel opdeling af den nuværende region vil risikere at have negative konsekvenser for det specialiserede sundhedsvæsen og for de enkelte sygehusenheder.

Region Syddanmark har lige siden regionens etablering arbejdet på en robustgørelse af regionens sygehuse, og på at sikre høj og ensartet kvalitet på alle regionens sygehuse. Det er blandt andet sket via beslutninger, der indebærer samtænkning og samarbejde på tværs af regionens sygehuse. Som eksempel herpå kan nævnes delestillinger, fælles vagtlag, forskningssamarbejde og fælles faglige miljøer, sidstnævnte blandt andet forankret i de lægefaglige specialeråd.

Hertil kommer, at en opdeling i mindre regioner på sigt vil risikere at underminere underlaget på regionens universitetssygehus, Odense Universitetshospital, idet de andre regioner vil kunne indgå samarbejdsaftaler til flere sider eller selv søge at overtage funktioner. Et mindre underlag for OUH vil alt andet lige indebære risiko for yderligere centralisering af højt specialiseret behandling, og dermed indebære, at mange patienter vil få vanskeligere adgang til visse ydelser.

I forvaltningsmodel 1 og 3 lægges op til organisering med nærudvalg, der skal have det umiddelbare forvaltningsansvar for en geografi. Region Syddanmark anerkender behovet for at have et lokalt fokuseret organ, men finder det bekymrende, hvis nærudvalgene tildeles opgaver og ansvar i en form, der vanskeliggør tværgående prioritering i regionsrådene. Det er således vigtigt, at der findes den rette balance mellem det tværgående regionale ansvar, og ansvaret i nærudvalgene. Det gælder ikke mindst i forhold til prioritering og udvikling af det højt specialiserede sygehusvæsen.

Med en opsplittning i flere regioner og med indførelse af selvstændigt ansvar i nærudvalgene er der desuden risiko for opbygning af et øget bureaukrati.

Andre opgaver end sundhed

Region Syddanmark har noteret sig, at Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at regionerne fremover kun skal varetage opgaver på sundhedsområdet. Der ligger ikke analyser eller anden argumentation til grund for rapportens anbefalinger på disse områder. Region Syddanmark tilslutter sig bilag fra Danske Regioner med beskrivelse af det regionale ansvar uden for sundhedsområdet.

Region Syddanmark finder, at varetagelsen af de mange opgaver på områder som miljø, klima, råstoffer og jord skal løses i en tæt balance mellem inddragelse af borgere og samarbejdspartnere på den ene side, og en stor faglighed på den anden side.

Det gælder ligeledes mobilitetsområdet, og herunder den regionale kollektive trafik, der bør styres af politikere, der kan varetage interesser på tværs af kommunegrænser.

På uddannelsesområdet har en statslig tilgang til håndtering af kapacitet og elevfordeling på det gymnasiale område ikke vist sig at være vejen frem. Den geografiske placering af ungdomsuddannelser kræver kendskab til både det nære og det samlede uddannelseslandskab, særligt i en tid med faldende ungdomsårgange. Det taler for en regional opgavevaretagelse.

Region Syddanmark er enig med Sundhedsstyrelsen i, at årsager til ulighed i sundhed også findes uden for sundhedsvæsenet. En flerstrengt og helhedsorienteret indsats baseret på partnerskaber, der ud over ovenstående består af eksempelvis kulturområdet, og som bidrager til, at det er attraktivt at bo, leve og arbejde i hele landet, er derfor nødvendig. Herunder for at kunne rekruttere sundhedspersonale til alle dele af landet.

Endelig skal det nævnes, at Region Syddanmark varetager en række opgaver i forhold til det dansk-tyske samarbejde, og at regionen i kraft af sin historie, beliggenhed og sit mangeårige politiske engagement i det grænseoverskridende samarbejde har de bedste forudsætninger for at styrke og videreudvikle samarbejdet, herunder ikke mindst det velfungerende samarbejde med delstaten Slesvig-Holsten. Det bemærkes i denne sammenhæng, at Region Syddanmark også i en række øvrige internationale samarbejdsfora, herunder eksempelvis STRING-netværket, Vadehavsforum og Nordsøkommissionen, i dag fremmer specifikke syddanske interesser.

I forhold til socialområdet skal Region Syddanmark på linje med Danske Regioner fremføre, at ansvaret for det specialiserede socialområde bør placeres dér, hvor der er de bedste forudsætninger for at løse opgaverne. Mindre enheder har ikke forudsætningerne for at tilbyde højt specialiseret hjælp til alle med behov, da specialisering og vidensniveau for den enkelte borger bliver for småt.

Regionerne vil uanset forvaltningsmodel have den rette geografi og volumen til at levere specialiserede ydelser på det sociale område. Og hertil kommer, at en regional organisering indebærer bedre muligheder for at sikre samtænkningen til sundhedsvæsenet. Dette gælder for en række områder, men særligt i forhold til bl.a. socialpsykiatri og hjerneskade

Endelig skal opmærksomheden henledes på, at bredde og variation i opgaveporteføljen giver bedre forudsætninger for en politisk dynamik i regionsrådene. Det er desuden normalt, at folkevalgte organer varetager en bredere opgaveportefølje frem for alene at have ansvar for et enkelt område. Det gælder både i Folketinget og i kommunalbestyrelser.

Transaktionsomkostninger, medarbejdere og attraktive arbejdspladser

De eksisterende fem regioner er blevet opbygget siden 2007. For Region Syddanmarks vedkommende er der tale om en velfungerende og konsolideret organisation, der udnytter regionens størrelse, geografi og kompetencer til en samlet hensigtsmæssig opgavevaretagelse.

En eventuel opsplitting i mindre regioner vil medføre betydelige transaktionsomkostninger, og for en tid skabe en organisatorisk usikkerhed. En samtidig opgavesamling, der flytter medarbejdere fra kommunerne, vil bidrage til en usikkerhed i en overgangsperiode. En parallel integrering af psykiatrien i de øvrige sygehusenheder samt en meget stor og kompleks centralisering af it-området, vil trække fokus væk fra drift, kvalitetsudvikling og eksisterende samarbejdsprojekter. Og ikke mindst vil det tage opmærksomhed fra det løbende arbejde med at rekruttere og fastholde medarbejdere.

Region Syddanmark finder det derfor afgørende, at den kommende beslutningsproces og den efterfølgende implementeringsproces i størst muligt omfang søger at reducere de samlede transaktionsomkostninger, og herunder søger at tage hånd om at bevare attraktive arbejdspladser på tværs af organisationer.

Høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens rapport



Fra Rehabiliteringsforum Danmark

Vi sætter bl.a. fokus på, at der for den enkelte borger, familie og pårørende i øvrigt, er en lang række indsatser, som formelt ikke er sundhedsydelse, men i praksis har stor indflydelse på en forbedring af de pågældendes sundhed. Og her savner vi forslag til konkrete tværsektorielle tiltag, der kan løse disse udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen har lavet et enestående arbejde indenfor de rammer regeringen har givet i kommissoriet. Desværre har opgaven været bundet til primært at relatere sig til Sundhedsloven. Den har været bundet til en ikke defineret, men snæver definition af hvad sundhed er. Opgaven har primært drejet sig om sammenhæng i sundhedsvæsenet. Desværre bygger den på den grundlæggende antagelse, at regeringen forventer, at en ændret organisering kan løse sammenhængsproblemer.

I årtier har der været talt om sammenhæng i patientforløb og forløb for udsatte og sårbare borgere. Udsatte og sårbare borgere, er borgere der udsættes for hændelser, der forhindrer dem i at tage vare på sig selv, og som - når netværket ikke er tilstrækkeligt - i kortere eller længere perioder har brug for hjælp fra offentlige eller private aktører. Lad det være slået fast, at det er afgørende for funktionsevne og livskvalitet, at patientrollen skal være så kort som muligt eller fylde så lidt som muligt, og lad det være slået fast, at en lang række forhold i nærmiljøet udenfor sundhedssektoren er afgørende for dette bl.a. andet båret af lovgivninger, der løfter socialt, indenfor beskæftigelse og uddannelse og som primært varetages af kommunen.

Det store spørgsmål er om organiseringen af stat, region og kommuner skal ændres radikalt, eller om det i virkeligheden er betingelserne for relationen og samarbejdet mellem stat, region og kommuner der skal styrkes. Det vil sige relation og samarbejde mellem både embedsmænd og fagprofessionelle på tværs vandret og lodret.

Sundhed drejer sig om andet en behandling af sygdom.

Sundhed skabes og leves af mennesker i deres hverdagslivs omgivelser, hvor de lærer, arbejder, leger og elsker. Sundhed skabes, når mennesker drager omsorg for sig selv og andre, når man er i stand til at tage beslutninger og får kontrol over sine livsbetingelser og ved at sikre sig, at det samfund, man lever i, skaber betingelser, der gør opnåelse af sundhed mulig for alle (Ottawa Charter for Health promotion 1986).

Fem sundhedsindsatser er afgørende for sundheden på individ-, gruppe- og samfundsniveau: *sundhedsfremme, forebyggelse, behandling, rehabilitering og palliation*. Mange indsatser skal ske med bidrag af fagprofessionelle indenfor alle velfærdsområder – social, beskæftigelse, sundhed, uddannelse (WHO).

Selvom rapporten rummer et begrænset populationsperspektiv, er det positivt, at der er fokus på de ældre, de med mange sygdomme og de unge med psykiatriske diagnoser. Men når vi taler om sundhed retter populationsperspektivet sig også mod de mange med en sygdom eller slet ingen sygdom, hvis funktionsevne er nedsat. Tilsyneladende har kommissionen ikke haft fokus på de populationer som sygdomsbyrdeundersøgelserne i DK afdækker, og hvad ulighedundersøgelser har vist kan begrunde dette.

Sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering er kun i begrænset omfang adresseret og palliation slet ikke. Indsatser som i dag primært er kommunernes ansvar, og som forudsætter opmærksomhed i forbindelse med udskrivelse generelt, og specielt sideløbende med længerevarende behandlingsforløb.

Borgere med nedsat funktionsevne har brug for rehabilitering, der muliggør et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. For at dette skal kunne lykkes, er der brug for styrkelse af tværfaglige kompetencer og tværgående indsatser på sundheds- social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. At styrke sammenhængende forløb er derfor afgørende for at borgerne oplever, at sundhedsindsatser hænger bedre sammen. Med et veletableret tværfagligt samarbejde oplever borgerne mening i forløbet, og dermed vil mestring og livskvalitet påvirkes i positiv retning.

Enhver organisering vil skabe nye grænsedragingsproblemer, specielt for de udsatte og sårbare borgere. Derfor er det vigtigt at fokusere på en stærk relation og samstemthed mellem fagprofessionelle på tværs af sektorer og fagområder. En ny organiseringsmodel løser ikke dette med mindre, der satses kraftigt på – mono og tværfaglig kompetenceudvikling (tættere samspil mellem uddannelser og praksis, efteruddannelse, dokumentation og forskning).

Uanset organisationsmodel er det væsentligt, at der bliver etableret et fælles og ensartet dokumentationssystem på tværs af velfærdsområderne og sektorerne, som sikrer, at alle arbejder ud fra samme handleplaner/mål. Dette forudsætter styrkelse af det tværfaglige samarbejde og vil i sig selv kunne styrke dette. I sidste ende til gavn for borgerens samlede forløb.

Vi bliver nødt til at forbedre borgernes funktionsevne, og styrke det kommunale ansvar herfor, så vi reducerer og forebygger et forventet øget behandlingsbehov i det sekundære sundhedsvæsen. Forbedring af funktionsevnen vil kunne forebygge indlæggelser på hospitalerne. *Funktionsevne* skal derfor vægtes på lige fod med eksisterende indikatorer på sundhed: *sygelighed* og *dødelighed*. Det vil være samfundsmæssigt fornuftigt at arbejde på en national strategi, der fokuserer på borgernes funktionsevne som væsentligt indikator på (folke)sundheden.

Vi håber, at der er opbakning til at være ambitiøse, og at der vælges forhold, der styrker et samarbejde båret af relationer på alle niveauer mellem de siloer, som eksisterer i vores samfund i dag på tværs af sundheds- social- beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Dette vil uden tvivl være til gavn for borgere med funktionsevnebegrænsninger og for samfundet generelt.

På vegne af Rehabiliteringsforum Danmark (RFDK),

Claus Vinter Nielsen

Professor og formand for RFDK

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger– høringsvar fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

5. august 2024

Sundhedsstrukturkommissionen har haft til opdrag at opstille og belyse modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Ønsket bag strukturændring er bl.a. at sikre et sundhedsvæsen med ensartet, høj kvalitet, hvor uligheden i sundhed både geografisk og socialt bliver nedbragt, så borgerne har lige adgang til samme høje kvalitet i hele landet og på tværs af sociale skel.

Jens Winther Jensen
E: jwj@rkkp.dk
T: 2488 8428

Kommissionen fik bl.a. til opdrag at forholde sig til koordination af kvalitetsudvikling på sundhedsområdet med henblik på at indfri potentialer i øget nyttiggørelse af data om kvalitet samt øget udbredelse af god praksis, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved en styrket statslig rolle heri. Yderligere skulle kommissionens anbefalinger omhandle organisering af digitale løsninger og it-infrastruktur i sundhedsvæsenet, der understøtter udbredelsen af fælles løsninger og gnidningsfri udveksling af digitale oplysninger på tværs af sektorer, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved at styrke den nationale koordinering og samarbejde på området.

RKKP vil gerne kvittere for kommissionens store arbejde og takke for den brede inddragelse i høringsprocessen. RKKP fremgår ikke af høringslisten. Da kvalitetsprogrammet er eksplicit nævnt i kommissionens rapport, finder RKKP det relevant at kommentere netop den del.

Kommentarer

RKKP anerkender det store og omfattende arbejde, kommissionen har udført og bifalder den overordnede ambition om at sikre patienter i det danske sundhedsvæsen høj og ensartet kvalitet i hele patientforløbet.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der etableres en fælles service og leveranceorganisation for digitalisering og data, Digital Sundhed Danmark. Dette indebærer en samling af de organisationer og opgaver, der vedhører fælles digitale løsninger og datadeling. Kommissionen lægger også op til, at relevante registre samles hos Digital Sundhed Danmark for at styrke brugen af data til styring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og til udvikling af nye innovative løsninger og forskning. Det nævnes her, at det f.eks. kunne være registrene i regi af RKKP.

De kliniske kvalitetsdatabaser er ikke registre i ordets snævre forstand. De er infrastruktur for engagerede sundhedsprofessionelles praktiske arbejde med udvikling af kvaliteten tæt på borgere og patienter via fast udveksling af patientdata og kvalitetsresultater, hvor data løbende valideres og fagligt tolkes.

De kliniske kvalitetsdatabaser er således forankret både i praksis og i sundhedsvæsenets driftsorganisationer. Dette er afgørende for, at viden fra databaserne kan omsættes til konkrete handlinger til gavn for patienterne.

Effekten af arbejdet i og med de kliniske kvalitetsdatabaser er et produkt af den brede sundhedsprofessionelle forankring samt ledelsesmæssige opmærksomhed og støtte. Begge disse forhold forudsætter, at databasearbejdet er placeret indenfor sundhedsvæsenets driftsorganisationer i tæt samarbejde med de faglige miljøer.

Arbejdet med databasernes indhold og resultater udføres af faglige styregrupper med bred repræsentation af både sundhedsprofessionelle eksperter, patienter, ledelse. Styregruppernes brede sammensætning muliggør afgrænsning af klinisk relevante populationer, definition af relevante kvalitetsmål i patientforløbet, klinisk-epidemiologisk kommentering af resultater, opfølgning på resultater samt erfaringsudveksling på tværs af landet. På basis heraf sker umiddelbar implementering af nødvendige tiltag baseret på den tilvejebragte viden. Alle handlinger og beslutninger er forankret i driftsorganisationen og fører til en bedre og mere ensartet kvalitet i behandlingen.

Data i registre er ikke målet i de kliniske kvalitetsdatabaser, men et middel til at opnå formålet med det omfattende arbejde i RKKP og driften: bedre patientbehandling. De kliniske kvalitetsdatabaser er således meget mere end registre.

Erfaringer fra den intensiverede indsats med udviklingen af kliniske retningslinjer på kræftområdet har desuden vist, at det er en fordel at udvikle kliniske retningslinjer i tæt relation til arbejdet med og opfølgningen på databasernes indikatorer. Mulighederne herfor styrkes ved at placere arbejdet med kliniske retningslinjer i samme organisation.

Venlig hilsen

Koncerndirektør Erik Jylling,
Formand, RKKP's bestyrelse

Direktør Jens Winther Jensen,
RKKP

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i skrivelse af 11. juni 2024 anmodet om eventuelle bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Da nye, innovative virksomheder som vores egen ikke er på den oprindelige høringsliste, men i høj grad er leverandørerne af de nye løsninger, der lægges op til i rapporten, kommer hermed vores bemærkninger til rapporten.

Overordnet er vi enormt positive overfor de hensyn, rapporten har, og mange af de udfordringer og løsninger, der identificeres.

Vi finder det relevant at kommentere på digitaliseringen, sammenhængen i patientforløb og muligheden for innovation og inddragelse af private virksomheder.

Digitalisering

Vi ser det som positivt, at man vil skabe en stærkere digital struktur og særligt en "forpligtende, datadrevet og systematisk forebyggelsesindsats af høj og ensartet kvalitet, hvor unødigt brug af specialiserede funktioner reduceres, og hvor trækket på medarbejderressourcer på de enkelte opgaver bliver mindre bl.a. ved at potentialer i ny teknologi indfries." er et stærkt skridt i den rigtige retning.

Det vil dog kræve et meget stærkere datasamarbejde også mellem offentlige og private aktører. Vi samarbejder allerede med flere kommuner i forbindelse med fysioterapi, og hvis en indsats i den skala skal lykkes og sikre et mere sammenhængende patientforløb, kræver det, at man i højere grad kan tilgå de samme data det samme sted for at skabe datadrevne teknologier og patientforløb. Det vil derfor være oplagt at lave en samlet platform og langt bedre mulighed for at kunne samarbejde med flere kommuner og regioner på en gang, det gør det også nemmere for private aktører at bidrage med at reducere kompleksiteten og skabe bedre forløb for borgerne.

Som noteret på side 30, er passagen "4) en sammenhængende og forpligtende digital arkitektur på sundhedsområdet skal skabe rammer for udvikling og fleksibel tilpasning til den lokale opgavehåndtering; 5) styrket koordination og samarbejde om optag og udbredelse af innovative løsninger skal understøtte, at teknologiens potentiale til at frigøre arbejdskraft og løfte kvalitet kan komme flere medarbejdere og borgere til gavn." vigtig at fokusere på, når patienten skal have sin behandling tæt på, og gerne helt ind i hjemmet.

Med 217.000 genoptræningsplaner (side 67) fra sygehuse til kommuner, kræver dette en stærk infrastruktur, der særligt kan benytte sig af digitale værktøjer til at skabe sammenhæng i både forløb og løsning. Her vil det også give mening at øge de 500 millioner kroner fra 2023 til hjemmebehandling, så forløbet kan rykkes ind i patientens eget hjem i højere grad, hvilket selvsagt også kræver et endnu stærkere Nævn for Sundhedsapps.

I dette regi vil det give mening at gøre følgende udover de nævnte passager:

- Fremme af fælles standarder for telemedicin

Hvis vi skal udvikle brugen af digital sundhed og forebyggelse, skal vi have standarder og retningslinjer for telemedicin og digitale behandlingsforløb, der gør det nemmere for både virksomheder og kommuner, og som samtidigt sikrer en ensartet kvalitet på tværs af sundhedssektoren.

- Støtte til udrulning af digitale sundhedsløsninger

En sådan støtte kan enten være i form af partnerskabsprogrammer eller incitamenter, der gør det mere attraktivt for kommunerne at gå forrest i udviklingen og anvendelsen af digitale sundhedsløsninger, der kan være med til at styrke forebyggelses- og genoptræningsområdet. På den måde sikrer man både billigst mulig udvikling og udbredelse af digitale sundhedsløsninger målrettet den enkelte borgers behov.

- Uddannelse og træning af sundhedspersonale i brug af digitale værktøjer

For at kunne udbrede digital sundhed bedst muligt, og for at udnytte den eksisterende kapacitet og give mulighed for at bruge digitale løsninger, bør der afsættes tid og midler til at uddanne og træne sundhedspersonale i både regioner og kommune til at beherske de digitale løsninger, kommissionen anbefaler, samt nye løsninger, der kan inkorporeres i den eksisterende værktøjskasse.

Sammenhæng i patientforløb, innovation og inddragelse af private virksomheder

Når det kommer til at skabe sammenhæng i patientforløb, mener vi, der skal etableres konkrete rammer og retningslinjer for, hvad der skal bruges for at bidrage til patientforløb og samtidigt bliver ensrettet muligheder på tværs, samt at den nye struktur gør, at det er nemmere at henvende sig til flere kommuner. På den måde understøtter vi innovationen og sikrer, at der er rig mulighed for, at nye løsninger kan være med til at skabe sammenhæng i patientforløb – også når folk flytter.

Det er et enormt vigtigt hensyn, hvis man gerne vil sikre, at der kommer nye, innovative løsninger, og at man får diversitet i udbuddet af sundhedstilbud, at man kombinerer stærke rammer med en åbenhed overfor innovation og giver mulighed for at bruge mindre tilbud lokalt, men samtidigt giver muligheden for at kunne samarbejde på tværs.

Netop ved at gøre det nemmere for mindre virksomheder, der kan bidrage til sundhedssektoren, skaber vi dynamik og innovation og lever samtidigt op til hensynene om omkostningseffektivitet, patientnærhed og sammenhængende patientforløb, alt sammen igennem differentierede indsatser. Man undgår, at det bliver den stærkes ret, og sikrer, at der konstant kan tilvælges de rette rammer og muligheder for patienten på tværs af kommuner og regioner – eksempelvis gennem bedre datadeling, en fælles infrastruktur og bedre patientmuligheder for at kunne gennemskue og sammensætte deres sundhedsrejse.

Med venlig hilsen



Matias Søndergaard
CEO & Co-founder, Rokoko Care

HØRINGSSVAR

5. august 2024

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
sum@sum.dk



Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

I Røde Kors har vi med interesse læst Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og modeller for fremtidens sundhedsvæsen.

Vi er overordnet positivt indstillet overfor Kommissionens opgave med at sikre, at Danmark fremover får et mere sammenhængende og nært sundhedsvæsen med mere lighed. Og vi håber, at den efterfølgende politiske proces resulterer i konkrete forandringer, som kan mærkes for alle borgere i Danmark. I Røde Kors er vi særligt opmærksomme på patienter, som har få eller ingen pårørende, og patienter som er særligt sårbare. I den forbindelse har vi følgende bemærkninger:

Vi mener, at der er et stort potentiale i at styrke samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundet bredt set for bl.a. at forebygge social og strukturel ulighed i sundhed og sikre bedre patientforløb for udsatte og sårbare borgere, samtidig med at man understøtter sundhedspersonalet i deres opgaveløsning. Det kræver, at civilsamfundet tænkes mere systematisk ind som en del af fremtidens sundhedsvæsen i et gensidigt samarbejde både under indlæggelse, i overgangene og i den primære sektor.

Derfor mener vi, at civilsamfundets rolle i sundhedsvæsenet bør skrives ind i en kommende politisk aftale om en sundhedsreform fx således, at der lægges op til en mere systematiske samarbejdsstruktur i den endelige aftaletekst. For der er et stort potentiale i at samarbejde mere systematisk og udbrede gode indsatser, så værdien af civilsamfundets eksistens kan komme endnu flere patienter og pårørende til gavn. Men der er også behov for i højere grad at skabe en kontinuerlig dialog og mere formelle samarbejdsfora mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundet om behovene og udfordringen af innovative tværsektorielle løsninger. Løsninger, der kan forebygge brugen af og aflaste sundhedsvæsenet og samtidig udgøre en ressource og støtte for den enkelte patient.

Mange tusinde frivillige gør allerede i dag en stor forskel for mennesker, der har sygdom inde på livet, hvor de bidrager med psykosocial støtte, nærvær, omsorg og bisidning. Det gælder både støtte og fællesskab til mennesker, der lever med alvorlig eller kronisk sygdom og deres pårørende i hverdagen. Men også psykosocial støtte, fællesskabsaktiviteter og praktisk hjælp under indlæggelse – fx i

psykiatrien – der sikrer normalitet med en kontakt til en verden 'udenfor' sundhedsvæsenet og forebygger ensomhed¹. Samtidig spiller civilsamfundet en stor rolle i at sikre tryghed, menneskelige relationer og praktisk hjælp med stort og småt i forbindelse med de svære overgange i sundhedssystemet, særligt ved udskrivning til eget hjem. En hjælp, som dokumenterbart kan hjælpe til at forebygge sygdom og genindlæggelser – fx for syge hjemløse, hvor et randomiseret studie viser, at et 14 dages ophold på et af Røde Kors' omsorgscentre medfører en offentlig besparelse på 80.000 kr. pr. borger på et år som følge af færre akuthenvendelser og genindlæggelser². Herudover har vi i Røde Kors og i mange andre civilsamfundsorganisationer en unik mulighed for at bistå den offentlige sektor med bedre opsporing af sygdom og mistrivsel blandt befolkningen samt tidlig forebyggelse, da vi ofte møder borgerne, før de bliver patienter.

Røde Kors' indsatser styrker allerede i dag borgeres trivsel, sundhed og tryghed på sygehuse og i eget hjem. Vi har samlet et par eksempler i vedlagte bilag.

Røde Kors står til rådighed for yderligere information og dialog om, hvordan der i det fremtidige sundhedsvæsen kan sikres tættere og bedre samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører og civilsamfundet, herunder Røde Kors, til gavn for patienter og pårørende.

Med venlig hilsen



Anders Ladekarl
Generalsekretær

¹ For uddybning af civilsamfundets væsentlige rolle i forhold til at forebygge og afhjælpe ensomhed i relation til patienter i sundhedsvæsenet, kan der læses mere i den Nationale strategi og handlingsplan her [Sammen Mod Ensomhed](#). Folkebevægelsen mod Ensomhed har indgivet hørings svar om ensomhed i relation til sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger den 12. juli 2023.

² <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05358-4>

Bilag

Røde Kors har i alt 40.000 frivillige, der støtter udsatte borgere i alle regioner, og Røde Kors er også til stede på størstedelen af landets hospitaler med mange forskellige aktiviteter. De frivillige tilbyder både 1:1 – støtte og fællesskabsaktiviteter i form af korte og langvarige indsatser.

Tryghed og medmenneskelig støtte på hospitalerne

Mest kendt er Røde Kors måske for vores frivillige patientstøtter, som er til stede på størstedelen af hospitalerne, hvor vi viser vej og drager omsorg for patienter og pårørende. Som patientstøtte er man enten på én eller flere afdelinger, eller hjælper med at vise vej ved en eller flere hovedindgange. I 2023 gav 910 frivillige omsorg og viste vej på hospitalerne til patienter mere end 775.000 gange.

Nærvær og støtte til døende og pårørende

På det palliative område er Røde Kors til stede på ca. halvdelen af landets hospitaler, hvor vi våger ved døende efter anmodning fra personalet og pårørende. I 2023 havde vi 1.585 frivillige vågere, der var til stede med nærvær i de sidste timer for 1.715 døende på enten et sygehus, i eget hjem via hjemmeplejeren eller på plejehjemmet. I de kommende år ønsker Røde Kors at udbrede vågetjenesten til resten af landets hospitaler.

I Region Syddanmark har vi et samarbejde med de palliative teams, hvor frivillige støtter uhelbredeligt syge, der har et spinkelt netværk. De frivillige tilbyder samvær og aflastning af eventuelle pårørende den sidste tid. Formålet med den frivillige støtte er at højne den syge og pårørendes livskvalitet, forebygge indlæggelser og aflaste de fagprofessionelle for omsorgsopgaver, de ikke skal imødekomme. Vi ser et stort potentiale i at udbrede indsatsen til de øvrige regioner og er pt. i dialog med Region Hovedstaden.

Støtte til hjemløse og funktionelt hjemløse ved udskrivelse

Røde Kors driver tre omsorgscentre i hhv. Region Hovedstaden, Syddanmark og Midtjylland for hjemløse og funktionelt hjemløse, der bliver udskrevet fra hospitalet. Vi tilbyder 14 dages restitution med en varm seng, mad og rolige forhold, så de hjemløse kan komme sig ovenpå indlæggelsen. Et RCT-studie fra 2020 viser, at omsorgscentrene giver samfundsøkonomiske gevinster på op mod 80.000 kr. pr. hjemløs borger som følge af bl.a. færre genindlæggelser¹. Vi er ved at etablere flere omsorgscentre i resten af landets regioner.

Mennesker med psykisk sygdom

Røde Kors samarbejder i stigende grad med psykiatrien – f.eks. gennem fællesskabsaktiviteter på afdelingerne, caféer og besøgsvenner på retspsykiatrisk. Vi leverer også genbrugstøj til psykiatriske afdelinger, da tøj har vist sig at være en mangelvare for patienterne. I samarbejde med 23 kommuner, behandlingspsykiatrien og andre civilsamfundsaktører, er vi i gang med at udbrede en præventiv indsats, hvor frivillige samværsvenner laver en aktivitet med den enkelte for at afhjælpe social isolation, ensomhed og forebygge eventuel genindlæggelse.

Støtte til nybagte sårbare børnefamilier

Når nybagte familier i sårbare positioner bliver udskrevet, og sundhedsplejen tager over, kan der være brug for en frivillig supplerende støtte i hjemmet. På det helt tidlige stadie i livet støtter Røde Kors sårbare gravide og nybagte småbørnsfamilier med at få en tryk start på familielivet ved at tilbyde familierne 1:1 støtte fra en frivillig forældrestøtte. Indsatsen er koordineret i samarbejde med jordemødre på fødeafsnit, og vi har en fremskudt civilsamfundsfunktion på udvalgte fødeafsnit.

Den frivillige forældrestøtte mødes med familien ca. en gang om ugen i et forløb på et halvt år. I 2023 fik 271 børn og forældre støtte.

En evaluering af familievenner, som har samme funktion som forældre støtter viser, at en frivillig kan støtte udsatte familier i at mestre hverdagen bedre, skabe bedre trivsel og understøtte rammer og struktur i familielivet. (VIVE 2023: Familien i Fokus)

Parathjælpere kan hjælpe her-og-nu

Røde Kors Parat er et landsdækkende hjælpenetværk, der består af ca. 10.000 frivillige. De hjælper mennesker, der ikke har andre at gå til, med tidsbegrænsede her-og-nu-opgaver. Det gælder også i forbindelse med indlæggelse, udskrivelse eller konsultation på hospitalet.

De kan fx hjælpe med:

- Hverdagsopgaver man ikke selv kan varetage i en periode pga. fx sygdom, genoptræning eller lignende. Fx indkøb og afhentning af medicin eller en pakke
- Tryghedsledsagelse. Fx til lægen, hospitalet, genoptræning eller andre aftaler.
- Små praktiske opgaver i hjemmet. Fx hjælp til at montere hjælpemidler, en lampe eller lignende
- Uforudsete udfordringer. Fx gå en tur med hunden, hente mad eller lignende pga. sygdom

5. august 2024

HØRINGSSVAR VEDR. SUNDHEDSSTRUKTURKOMMISSIONENS RAPPORT

Rådets bemærkninger til den samlede rapport

Rådet ser positivt på, at sundhedsstrukturkommissionen ud over de tre forvaltningsmodeller formulerer seks tværgående anbefalinger til, hvordan Danmark i fremtiden kan organisere et sundhedsvæsen, der sikrer bedre sammenhæng og lighed i sundhed både geografisk og socialt. At skabe mere lighed i sundhed er en kompleks opgave, og det er ikke gjort alene ved at ændre forvaltningsstrukturen. De seks anbefalinger rummer vigtige potentialer for at forbedre sundhedsvilkårene for bl.a. socialt udsatte mennesker, der har et markant dårligere helbred end den øvrige befolkning, men som ikke i høj nok grad får den behandling, de har behov for i sundhedsvæsnen. Derfor bakker rådet - med nedenstående anbefalinger og bemærkninger - op om, at de seks tværgående anbefalinger gennemføres, uanset hvilken forvaltningsmodel, der besluttes.

Rådets bemærkninger til sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger

Anbefaling 1: Ny organisering af det almenmedicinske tilbud

Rådet bakker op om en organisering af det almenmedicinske tilbud, der i højere grad sikrer tilgængelighed af sundhedsydelser både geografisk og socialt. Særligt anbefalingen om, at patienttal og honorarer skal afspejle behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik, er vigtig, for at lægerne kan tilgodese socialt udsatte patienter, der har brug for mere tid og fleksibilitet i behandlingen. Rådet anbefaler derfor, at der i en kommende model tages højde for disse patienters behov for, at lægen arbejder fremskudt, hvor patienten er, at der i den enkelte konsultation kan arbejdes med flere sundhedsproblemer ad gangen, at der er tid og rammer til at hjælpe patienten i kontakten med øvrige sundhedstilbud, og at der er fleksible åbningstider. En del af indsatsen kan og bør varetages af andre fagpersoner end alment praktiserende læger, fx socialsygeplejersker, rusmiddelbehandlere, psykiatere mv., hvorfor rådet anbefaler, at der i en ny model skabes bedre rammer for tværfaglige lægeklinikker/sundhedscentre, hvor flere fagpersoner sikrer en helhedsorienteret koordinering af patientens behandling og forløb (jf. anbefaling 3 om sundhedscentre).

Rådet bemærker, at der pga. den mangelfulde behandling af socialt udsatte mennesker i sundhedsvæsnen er udviklet projektorganiserede og -finansierede sundhedsindsatser på

sociale tilbud i civilsamfundet og kommunerne, hvor frivilligt eller lønnet sundhedspersonale yder lettere behandling eller følgeskab til socialt udsatte mennesker. Disse indsatser er vigtige, men der mangler koordinering mellem indsatserne, ligesom det er tilfældigt hvilke borgere, der har adgang til indsatserne. En ny model for det almenpraktiserende tilbud og det nære sundhedsvæsen skal derfor tage højde for, hvordan sundhedsindsatserne i de projektorganiserede tilbud kan blive tilgængelige i en formaliseret og generel model. Rådet anbefaler i den sammenhæng, at de nye nationale opgavebeskrivelser indeholder en forpligtigelse til at tilknytte faste læger til sociale tilbud, hvor der bor eller opholder sig mennesker, som ikke bruger eller har tilstrækkelig adgang til egen læge. En sådan ordning kan fungere som en udvidelse af anbefaling 4 om, at der tilknyttes faste læger til psykiatriske botilbud.

Derudover anbefaler rådet, at de nationale opgavebeskrivelser fokuserer på systematiserede forløbsbeskrivelser eller forpligtende partnerskaber mellem sundhedsvæsnets forskellige dele, så ingen fx udskrives fra hospitalet, uden at der er nogen til at følge op på behandlingen.

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

En bedre digital sammenhæng i sundhedsvæsnets kan øge mulighederne for at koordinere behandlingsforløb på tværs af sektorer og specialer - også for socialt udsatte mennesker, der ofte har forløb i flere dele af sundhedsvæsnets og i flere sektorer. Derudover kan bedre datadeling give den praktiserende læge mulighed for i højere grad at blive koordinator for borgerens forløb i sundhedsvæsnets. I det omfang anbefalingerne forudsætter digitale kompetencer hos borgerne/patienterne, skal der tages højde for digitalt udsatte menneskers behov for støtte og særlige løsninger.

Anbefaling 3: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsnets

Rådet bakker op om en national sundhedsplan, der sikrer en bedre geografisk og social fordeling af sundhedstilbud, herunder sundhedscentre, der kan skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt. Jf. anbefaling 1 anbefaler rådet, at sundhedscentrene skal anvendes til at skabe mere fleksible og målrettede sundhedsindsatser. Dette kan gøres gennem fremskudte sundhedsindsatser og ved at indtænke bl.a. rusmiddelbehandling og psykiatri i sundhedscentrene, hvor det er relevant.

Samtidig bemærker rådet, at socialt udsatte mennesker ofte ikke har kontakt til egen læge, hvilket er en udfordring, der ikke løses alene ved en bedre national lægedækning, da den også vedrører bl.a. kommuneflytninger og manglende kompetencer til at navigere i sundhedsvæsnets. Det er nødvendigt med en særlig indsats, for at der skabes og fastholdes kontakt mellem socialt udsatte mennesker og egen læge. Den nationale sundhedsplan bør

derfor indeholde en model, der forpligter læger/sundhedscentre til at sikre kontakt til og opfølgning på de patienter, som de har tilknyttet.

Rådet anbefaler, at den nationale sundhedsplan sikrer relevant viden om socialt udsatte mennesker i samtlige regioner. I den forbindelse skal der være ansat socialsygeplejersker i samtlige regioner, både på hospitaler og i lægeklinikker/sundhedscentre i relevant omfang ift. patientsammensætningen. Derudover bemærker rådet, at opmærksomheden på lægedækning og sundhedscentre ikke kun bør gælde for områder uden for de store byer, men også for udsatte boligområder i byerne.

Anbefaling 4: Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

Det er positivt, at det tværsektorielle samarbejde styrkes, og at der tænkes i udgående funktioner så som faste læger på psykiatriske botilbud. En sammenlægning af somatikken og psykiatrien giver mulighed for en helhedsorienteret tilgang til borgerens sygdom. Samtidig bemærker rådet, at en sammenlægning også kan være forbundet med udfordringer. En sammenlægning må ikke føre til, at psykiatrien bliver en mindre og nedprioriteret del af det samlede sygehusvæsen, eller at socialpsykiatrien nedprioriteres til fordel for biomedicinsk behandling. Derudover skal det sikres, at de midler, der er afsat til psykiatrien som en del af 10-årsplanen, forbliver i psykiatrien og ikke tilfalder somatikken. Realiseres en sammenlægning af psykiatrien og somatikken, skal der tages højde for, at mange patienter i psykiatrien har behov for et koordineret samarbejde mellem region og kommune.

Anbefaling 5: Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger

Socialt udsatte mennesker henvises i alt for lille udstrækning til speciallæger og gennemfører i alt for lille udstrækning behandlingsforløb hos speciallæger. I den forbindelse er det vigtigt, at den udvidede konsultationstid for alment praktiserende læger, som foreslås i anbefaling 1, også bruges til at hjælpe socialt udsatte mennesker godt videre til speciallæger, og at der ses på at nedbringe den ofte lange ventetid til praktiserende speciallæger. Derudover bør anbefaling 1 også gælde praktiserende speciallæger, så der sikres en national fordeling af speciallægerne, og så de praktiserende speciallæger, der har flest sårbare og syge borgere, også er dem, der har færrest patienter tilknyttet.

Anbefaling 6: Et reformsekretariat, der følger og understøtter implementeringen

Rådet bakker op om, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsvæsenet udarbejdes en national implementeringsplan, og at der oprettes et sekretariat eller lign., som tæt følger og monitorerer implementeringen. Rådet bemærker, at

der i opfølgningen bør være et særskilt fokus på, hvorvidt socialt udsatte mennesker og andre udsatte patientgrupper opnår en bedre adgang til relevante sundhedstilbud - ikke kun geografisk, men også socialt. Derudover anbefaler rådet, at der for at sikre ejerskab og opbakning til og understøttelse af reformen nedsættes en national følgegruppe med relevante aktører på området. En sådan følgegruppe kan lade sig inspirere af allerede eksisterende følgegrupper og partnerskaber, fx Nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed, der følger 10-års plan for psykiatrien og mental sundhed, og Det Nationale Partnerskab mod Hjemløshed, der følger implementering af hjemløserenformen.

Med venlig hilsen

Kira West



Formand for Rådet for Socialt Udsatte



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

5. august 2024

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens nye anbefalinger

Kære Sophie Løhde

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens tværgående anbefalinger og forslag til modeller for fremtidens sundhedsvæsen.

Sankt Lukas Stiftelsen vil gerne kvittere for regeringens tiltag for at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen. De seneste års fokus på at styrke den sekundære sektor, ikke mindst med store, moderne og effektive hospitaler (bl.a. givende sig udslag i en bedre kræftbehandling), har givet Danmark et dygtigt specialiseret sundhedsvæsen. Derfor er det nu også vigtigt at fokusere på en styrket primærsektor og sikre både en større grad af lighed i adgangen til behandling og mere sammenhængende forløb for patienterne.

I den forbindelse ønsker vi at fremhæve palliation som et vigtigt område, som vi mener, bør prioriteres højere ikke mindst i det fremtidige nære sundhedsvæsen.

Den palliative indsats i fremtidens sundhedsvæsen

Palliation er et væsentligt område inden for sundhedsvæsenet, der yder lindring og støtte til patienter med livstruende sygdomme samt deres pårørende. Vi oplever, at palliation ofte ikke får den nødvendige opmærksomhed og de ressourcer, som området kræver, selvom behovet er stigende i takt med en aldrende befolkning, flere kroniske sygdomme og flere multisyge. Rigsrevisionen har ad flere omgange påpeget, at kapaciteten på området ikke er tilstrækkelig. Uanset hvilken organiseringsmodel og strukturelle ændringer, regeringen vælger at præsentere i sit kommende sundhedsudspil, anser vi det for relevant at prioritere en robust og effektiv palliativ indsats i det tværgående arbejde i sundhedsvæsenet. Dette både i den allersidste tid med alvorlig sygdom men også til mennesker, der er ramt af livstruende sygdom og kan have behov for lindring tidligere i et langt sygdomsforløb for blandt andet at forebygge dyrere indlæggelser på hospice eller hospital senere hen. I denne sammenhæng er de udgående teams fra hospicer og palliative enheder rundt om i landet vigtige at prioritere og udbygge, da tidligere indsats i eget hjem medfører evidensbaseret øget livskvalitet for både patienter og pårørende og er omkostningseffektive for samfundet.

Sankt Lukas Stiftelsens udviklingsplan

Sankt Lukas Stiftelsen åbnede det første hospice, etablerede det første udgående hospiceteam samt det første børne- og ungehospice i Danmark. Vi er i øjeblikket i gang med en omfattende udviklingsplan, bl.a. med etableringen af et palliationscenter, der har til formål at levere den bedste, evidensbaserede specialiserede og basale palliation til flere patienter og pårørende. Sankt Lukas Stiftelsen har netop igangsat opførelsen af et nyt byggeri, som skal huse Stiftelsens specialiserede palliative tilbud. Ligeledes er der etableret dialog om offentlig-privat samarbejde med flere relevante partnere. Sankt Lukas Stiftelsen og Gentofte Kommune har ved siden heraf indgået aftale om

opførelsen af et stort og moderne plejehjem på Stiftelsens matrikel. Palliationscenteret inkluderer således både specialiserede og basale palliative tilbud.

Dertil kommer et nyt akademi, som skal udøve klinisk forskning i palliationscenteret inden for både det specialiserede og det basale palliative område. Den kliniske forskning skal bl.a. beskæftige sig med behandlingsmetoder, medicinering, organisering og implementering i samarbejde med primærsektoren og hospitalssektoren om den tværgående indsats omkring patienterne m.m. Dette med henblik på at effektivisere samarbejdet således at indsatsen når ud til flere og bliver bedre og mere omkostningseffektiv.

Palliationscenteret vil have sin base i Hellerup, men er tænkt som et landsdækkende koordinationscenter. Det er vores ønske og ambition at etablere relationer til regionale palliationsafdelinger/hospicer for på den måde at optimere kompetencer og ressourcer i hele landet og imødekomme den ulighed, der også eksisterer på det palliative område.

Formålet med Stiftelsens udviklingsplan er således samlet set at bidrage med innovative løsninger, der også kan bruges generelt på sundhedsområdet til glæde for hele Danmark. Det drejer sig blandt andet om:

- Optimering af den specialiserede palliationskompetence i Danmark, så den kan blive løfte-stang for en styrket basal palliation gennem forskning og uddannelse – særligt med henblik på, at flere patienter behandles og dør i eget hjem.
- Udvikling af nye modeller til differentierede, individualiserede patientforløb – og fokus på en styrket visitationsnøgle, der sikrer, at flere patienter kan opspores tidligere og visiteres korrekt, således flere opnår mulighed for behandling i eget hjem.
- Implementering af digitale løsninger, der kan støtte patienter og pårørende i deres hverdag.
- Uddannelse og træning af sundhedspersonale i palliativ behandling og omsorg for at sikre høj kvalitet i både det primære og sekundære sundhedsvæsen.
- At løfte egen klinisk forskning i samarbejde med andre nationale forskningsmiljøer til internationalt niveau, der definerer og udbreder den bedste og mest effektive behandling og omsorg.

Vi står til rådighed

Skulle ovennævnte medføre spørgsmål eller ønske om yderligere drøftelser og vidensdeling, står vi selvfølgelig til rådighed. Vi tror på, at vores erfaringer og udviklingsplaner kan bidrage positivt til de overordnede sundhedsplaner, og håber, at vores forslag om øget fokus på palliation vil blive taget i betragtning.

De bedste hilsner



Administrerende direktør, Henrik Nedergaard

Sankt Lukas Stiftelsen
hene@sanktlukas.dk // 5179 7950



SCLE
ROSE
FORENINGEN

Poul Bundgaards Vej 1
DK-2500 Valby

T: +45 36 46 36 46
info@scleroseforeningen.dk
scleroseforeningen.dk

Protector
Hendes Majestæt Dronningen

Sundhedsministeriet
Holbergsgade 6
1057 København K

Via mail: sum@sum.dk

Valby, d. 5. august 2024

Kære indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde

Scleroseforeningen vil gerne på vegne af de mere end 100.000 danskere, der har sclerose helt inde på livet som patient eller pårørende, takke for muligheden for at kunne fremkomme med bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger.

Indledningsvis vil Scleroseforeningen complimentere kommissionens arbejde og forløbet forbundet hermed. Kommissionen har på fineste vis inddraget patienter og pårørende i arbejdet.

Fra Scleroseforeningens side skal vi indledningsvis understrege, at vi er enige i de grundlæggende udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger søger at løse. Udfordringer som eksempelvis fragmentering i sundhedsvæsenet, manglende sammenhæng i patientforløb, uklarhed i ansvarsforhold og behovet for styrket faglighed er blot nogle af de eksempler, der åbenlyst kalder på handling.

Sundhedsstrukturkommissionens arbejde har tydeligt beskrevet behovet for strukturelle reformer, der kan sikre bedre koordination og sammenhæng i sundhedsvæsenet, hvilket er essentielt for patienter med komplekse, fremadskridende og uhelbredelige sygdomme såsom sclerose.

Scleroseforeningen støtter derfor i særlig grad op om kommissionens anbefalingerne om at sikre en større opgavesamling. Vi mener, at dette vil være af helt afgørende betydning og en forudsætning for at sikre sammenhæng og ensartet kvalitet i det samlede sundhedsvæsen, der i dag er præget af mange forskellige aktører og deraf følgende betydelige overgangsproblematikker og forskellighed i de sundhedsfaglige tilbud og behandlinger. Scleroseforeningen opfordrer derfor regeringen og Folketingets partier til at samle ansvaret for drift og udvikling af et samlet sundhedsvæsen.

Det er Scleroseforeningens klare vurdering at anbefale, at man implementerer kommissionens foreslåede model 1, idet det er vores opfattelse, at model 1 er den af de foreslåede modeller, der bedst kan sikre en sammenhængende, ensartet faglig bæredygtighed og struktur. Samtidig finder foreningen det overordentligt vigtigt, at sundhedsvæsenet fortsat er demokratisk funderet.

Det er set fra Scleroseforeningens side helt afgørende, at signalerne fra regeringen i forbindelse med nedsættelsen af Sundhedsstrukturkommissionen, hvor det blev understreget, at der var vilje og mod til at tage de nødvendige beslutninger og gennemføre grundlæggende strukturelle forandringer af vores fælles sundhedsvæsen, nu følges helt til dørs.

Vi er fuldt ud bevidste om, at implementeringen af nødvendige reformer og strukturændringer ikke vil ske hurtigt eller nemt. Det er en proces, der vil tage år, og i den tid vil vi fra Scleroseforeningen bidrage aktivt til at sikre opbakning til ambitiøse og nødvendige beslutninger, der træffes her i 2024. For vi anerkender, at det kræver tid at gennemføre så omfattende ændringer, men det er en afgørende investering i fremtiden, som vil bære frugt på sigt.

Scleroseforeningen er også fuldt bevidst om og indstillet på, at de store udfordringer, som vores fælles sundhedsvæsen står overfor i de kommende år, er så omfattende, at det vil kræve alle involverede parter aktive medvirken, og at også civilsamfundet skal bidrage hertil.

Vi har allerede i vores hørings svar af 30. januar 2024, som forberedelse til kommissionens arbejde, udtrykt og formidlet en række sclerosespecifikke udfordringer og behov i sundhedsvæsenet. Vi vil derfor i dette hørings svar fremhæve en række vigtige pointer fra kommissionens anbefalinger, som vi mener er centrale i den videre proces, og som bør indgå som bærende elementer i en fremtidig struktur. Derudover peger vi på specifikke områder, der med fordel bør tænkes ind strukturelt som en del af en fremtidig reform, og som Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger ikke umiddelbart giver entydige svar på, herunder eksempelvis pårørendes rolle og forebyggelse som tværgående indsats.

Scleroseforeningen står naturligvis til rådighed for eventuelle spørgsmål eller behov for uddybning.

Med venlig hilsen



Klaus Høm
Adm. direktør

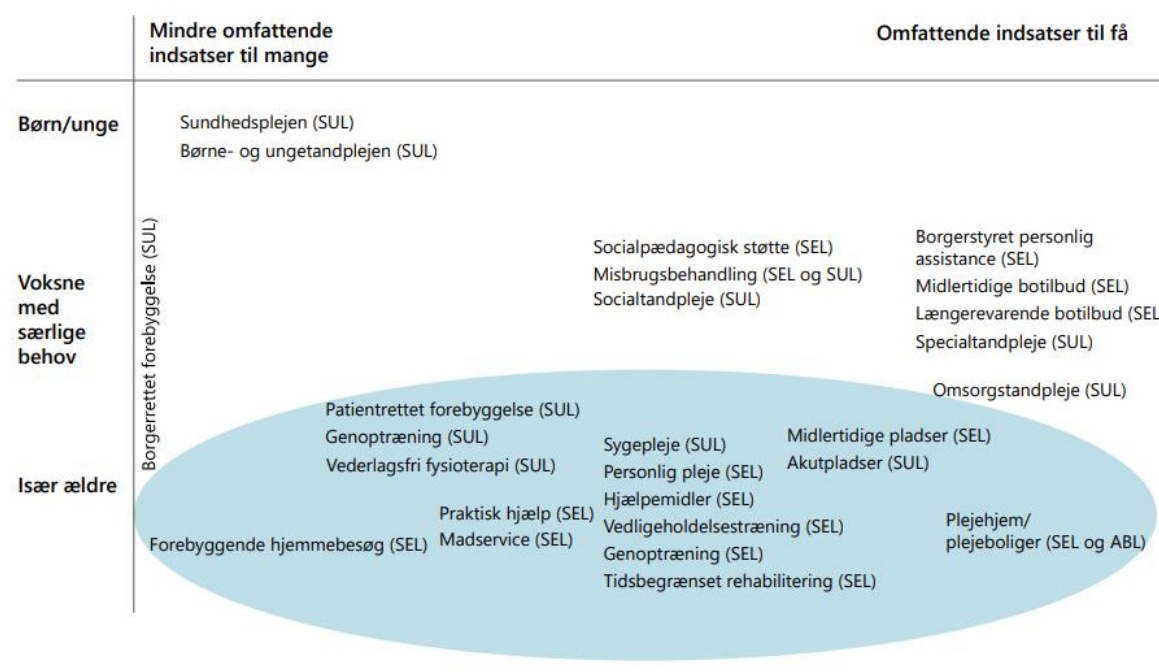
Scleroseforeningens bemærkninger til Sundhedsstrukturkommissionens beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen

Ny sundhedsstruktur fungerer bedst med ansvarsmæssig opgavesamling

Scleroseforeningen støtter entydigt kommissionens tydelige anbefaling (illustreret på side 318, figur 14.6) om at skabe en mere sammenhængende sundhedsstruktur ved at samle opgaverne i et antal sundheds- og omsorgsregioner, der har ensartede krav til kvalitet, faglighed og tilgængelighed. Dette vil sikre mere sammenhængende patientforløb og forbedre sektorovergangene, hvilket er helt essentielt for mennesker med kroniske sygdomme som eksempelvis sclerose. Ansvarsmæssig opgavesamling vil efter vores klare overbevisning bidrage til bedre koordinering, rammestyring og ensartet kvalitet i sundhedsydelserne.

Figur 14.6

Stor opgavesamling: Ældre- og træningsområdet, sygepleje og patientrettet forebyggelse samles med sygehus- og praksissektor



Øget kædeansvar er essentielt

Kædeansvar, hvor økonomien følger patienten, er en nøglekomponent for at sikre, at midlerne anvendes effektivt og målrettet. Dette skal, som kommissionen også anbefaler, tænkes ind i en fremtidig struktur, så vi ikke ser situationer, hvor den rigtige behandling, det rigtige hjælpemiddel eller den rigtige rehabilitering tilsidesættes, fordi det behandlingsmæssige og økonomiske ansvar skifter hænder undervejs i patientforløbet.

Folkevalgte repræsentanter sikrer legitimitet

Vi bakker entydigt op om kommissionens anbefalinger om direkte folkevalgte repræsentanter i nye strukturelle enheder. Dette sikrer folkelig forankring på et område, der er så væsentligt for os alle. Demokratisk kontrol og legitimitet i beslutningsprocesserne er afgørende for at sikre lige behandling i et fælles sundhedsvæsen.

Styrket faglig bæredygtighed

Det er afgørende at sikre faglig bæredygtighed i alle led i de nye strukturer. Anbefalingerne fra kommissionen inkluderer behovet for en styrkelse af det faglige niveau gennem bedre uddannelse og kompetenceudvikling. Dette må og skal sikres uanset valg af model.

Forebyggelse bør være et tværgående element i fremtidens sundhedsvæsen

Kommissionens anbefalinger lægger vægt på forebyggelse som en central del af sundhedsvæsenet. Det er vi fuldstændig enige i. Vi vil endda gå så langt som at anbefale, at forebyggelse bør tilføjes som et syvende tværgående element i fremtidens sundhedsvæsen på linje med de i rapporten øvrige seks anbefalinger.

Det er afgørende og ekstremt vigtigt, at nye strukturer tydeliggør, at det kan betale sig at investere i forebyggelse. Og at forebyggelse ikke forhindres, fordi der ikke er sammenhæng mellem der, hvor forebyggelsen finder sted, og der, hvor den sundhedsmæssige og ressourcemæssige gevinst hentes. I den forbindelse skal det bemærkes, at i forhold til en progredierende og uhelbredelig sygdom som sclerose er forebyggelse af forværring af funktionsnedsættelse ved eksempelvis specialiseret rehabilitering af helt afgørende betydning, og for ca. halvdelen af de 20.000 danske patienter med sclerose er det den eneste tilgængelige behandling, idet der til disse endnu ikke findes sygdomsmodificerende medicinsk behandling.

Forebyggelse handler ikke blot om forhindring eller reducere af sygdommes opståen men i høj grad også om forebyggelse af forværring i sygdomsforløb.

Hjælpemidler baseret på specialistviden

I fremtidens sundhedsstruktur er det afgørende, at valg af hjælpemidler altid baseres på specialiseret viden. Patienter med behov for hjælpemidler skal have adgang til den nyeste teknologi og de mest effektive løsninger, som kun kan sikres gennem ekspertvurderinger, der ikke ændres i mødet med et nært sundhedsvæsen, som ikke har den fornødne faglige ekspertise.

Ifølge Sundhedsstyrelsens egne tal har 10-20% af danskerne på et tidspunkt i deres liv brug for et hjælpemiddel, hvorfor den faktiske livskvalitet for op mod en million danskere er afhængig af dette. Ved at sikre at det er specialister, der har afgørende betydning for valget af hjælpemidler, kan det sikres, at patienterne modtager den bedst mulige støtte og behandling, tilpasset deres specifikke behov.

Øget fokus på komorbiditet

En central del af fremtidens sundhedsstruktur er håndteringen af komorbiditet. Det er essentielt, at nye strukturer understøtter, at der kan tilbydes sammenhængende og koordineret behandling med det mål at forbedre patienternes livskvalitet og reducere komplikationer. Fokus på komorbiditet kræver tæt samarbejde mellem forskellige sundhedsprofessionelle og én samlet behandlingsansvarlig, der har overblik over hele patientens sygdomsbillede og behandlingsforløb. At løse udfordringer med komorbiditet er desuden tæt forbundet med behovet for opgavesamling og kædeansvar.

Specialisering må ikke tilsidesættes på bekostning af nærhed

Det nære må ikke stå i vejen for den bedst mulige behandling. Det er derfor essentielt, at ambitioner om mere nærhed ikke sker på bekostning af styrkelse af de specialiserede områder, hvilket vi er særligt glade for, at kommissionen også understreger. En reform af sundhedsvæsenet bør derfor have fokus på, at strukturerne gør det muligt at bibeholde eller i bedste fald styrke de specialiserede tilbud for derved at sikre, at patienter altid har adgang til den bedst mulige og ensartede specialiserede behandling, uanset hvor i landet de befinder sig. Det må aldrig blive en kommunegrænse, der er afgørende for, om du som patient får den rette behandling eller ej.

Fjern ikke ansvaret for det specialiserede socialområde fra regionerne

Et af de væsentlige punkter, hvor vi ikke deler Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, er tanken om at fjerne det specialiserede socialområde fra regionerne. Det er vores klare og tydelige opfattelse, at dette vil være rigtig skidt for tusindvis af borgere med særlige behov og funktionsnedsættelser, der netop har behov for endnu tættere og bedre tværsektorielt samarbejde mellem social- og sundhedsområdet. At placere dette ansvar individuelt i 98 kommuner vil skabe øget ulighed og store geografiske forskelle i kvaliteten af behandlingen og i sidste ende koste samfundet dyrt. Erfaringerne fra kommunalreformen fra 2007 er entydigt den, at høj faglighed fordrer kritisk opgavemasse for at kunne udvikle specialiseret viden og sikre ensartede specialiserede socialindsatser.

Pårørendes rettigheder bør sikres

Pårørende spiller allerede i dag en meget afgørende rolle i sundhedsvæsenet, men betydningen heraf fylder overraskende lidt i Sundhedsstrukturkommissionens rapport til trods for, at disse har en afgørende rolle, da de som oftest er de første, der både støtter, hjælper og koordinerer kontakten til sundhedsvæsenet for deres nære familiemedlemmer. Derfor er det også helt afgørende, at fremtidens sundhedsvæsen strukturelt skaber de bedst mulige forudsætninger for at være pårørende samt sikrer pårørende bedre rettigheder, herunder lovfæstet ret til støtte og inddragelse. Netop i forhold til de pårørende har også civilsamfundet en væsentlig og værdifuld rolle at spille, der dog kun kan løses med de rigtige rammer og strukturer og ikke mindst inddragelse.

§ 79-hospitaler sikrer lighed i behandling

Kommissionen nævner ikke specifikt de foreningsdrevne, ikke-kommercielle landsdækkende specialsygehuse efter sundhedslovens § 79, stk. 2. Specialhospitalerne, heriblandt landets to sclerosehospitaler, udfører højt sygdoms-specialiseret udredning, rehabilitering og behandling, og det er afgørende for patienterne inden for de aktuelle specialer omfattet af sundhedslovens § 79, at hospitalerne er velfungerende og opererer inden for bæredygtige rammer. I et lille land som Danmark sikrer de landsdækkende specialhospitaler, at alle patienter uanset geografi har adgang til eksempelvis den specialiserede neurorehabilitering, som for sclerosepatienter er helt afgørende for at kunne leve med en alvorlig fremadskridende og uhelbredelig sygdom.

Ensartede måleparametre med fokus på borgerne

Vi mener, at det er vigtigt, at der i en ny struktur skabes ensartede måleparametre for de aktører, der har det økonomiske og udførende ansvar, herunder måling af borgernes oplevelser af eksempelvis sammenhænge i behandlingsforløb og indblik i mål for egen behandling. Dette vil sikre gennemsigtighed og mulighed for kontinuerlig forbedring af sundhedsvæsenets ydelser ud fra fælles målbilleder.

Patientforeninger som aktiv medspiller

Scleroseforeningen ser os selv og landets øvrige patientforeninger som en aktiv medspiller i opkvalificeringen af kompetencer og viden, også i det nære sundhedsvæsen. Vi står klar og kan tilbyde stærke kompetencer inden for rehabilitering, patient- og pårørendestøtte, rådgivning m.v.

Vores og andre patientforeningers erfaringer og ekspertise bør som nævnt indtænkes i det fremtidige sundhedsvæsen som en ressource, der kan bidrage til at sikre høj kvalitet i behandlingen og øget faglighed og patientstøtte, uanset hvilken sygdom et menneske rammes af.

Det er dog centralt, at dette kræver forudsigelige og klare rammer og ressourcer, da hverken vi eller andre patientforeninger kan løfte en større opgave uden en økonomi, der matcher opgavens omfang.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K
ATT. sum@sum.dk

Rektorsekretariatet

Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

4. juli 2024

Syddansk Universitet takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Syddansk Universitet vil først og fremmest kvittere for Sundhedsstrukturkommissionens grundige arbejde og relevante anbefalinger i forhold til at fremtidssikre sundhedsvæsenet, men samtidig bemærke at der er væsentlige detaljer i rapporten som bør undersøges og uddybes nærmere.

A.Frederiksen@sdu.dk
T +4565507335

Regionalt ophæng:

Det fremgår af Syddansk Universitets strategi for 2030, at "Syddansk Universitet er i dag et universitet i international klasse med dybe rødder i Region Syddanmark.", hvor der er et veludviklet og velfungerende samarbejde mellem Syddansk Universitet og de regionale sygehuse og den samlede region som administrativ og politisk enhed. Syddansk Universitet vil i løbet af få år blive bundet fysisk sammen med Odense Universitetshospital, og har derfor en særlig samarbejdsflade til dette sygehus.

Syddansk Universitet kan i den forbindelse være bekymret for, at samarbejdet med regionens sygehuse kan blive vanskeliggjort, hvis man nedbryder den eksisterende regionale struktur, da samarbejdsfladerne for SDU sammen med antallet af aktører vil blive langt mere mangfoldige.

Forskning i primær og sekundær sektor:

Efter Syddansk Universitets opfattelse fylder forskningsområdet i den sekundære sektor overraskende lidt i Strukturkommissionens rapport. Syddansk Universitet antager dog, at dette gør sig gældende, fordi dansk sundhedsforskning er en velfungerende international styrkeposition til gavn for både patienter, sundhedsvæsenet, samfundet og vores life-science erhverv.

Syddansk Universitet er enig i kommissionens anbefaling om øget fokus på udvikling af en mere evidensbaseret behandling og viden i primærsektoren og ser frem til at bidrage til denne målsætning gennem vores stærke forskningsmiljøer. Men det er samtidig meget væsentligt at fremhæve, at et større fokus på forskning i primærsektor ikke må være på bekostning af den nuværende sundhedsforskning og Danmarks internationale styrkeposition. Dette kan Syddansk Universitet ellers være bekymret for vil ske ud fra den afsluttende bemærkning på s. 35 af sammenfatningen af Sundhedsstrukturkommissionens rapport under afsnittet Økonomi og Finansiering: *"Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, forslag og modeller er fremlagt indenfor kommissoriets forudsætning om samlet udgiftsneutralitet og indebærer dermed ikke varige merudgifter samlet set for sundhedsområdet og de nærliggende opgaver (se kapitel 17)."*

Forskning i primærsektoren og forskning i den sekundære sektor må ikke være et spørgsmål om **"enten eller"** – det må og skal være **"både og"**.

Vores position er således, at forskning i de to sektorer skal ses som et supplement til hinanden, der styrker og sikrer helhed, og hvor de gode forskningsresultater understøtter behandlings- og kvalitetsudvikling for det samlede sundhedsvæsen fremfor at være hinandens modsætninger.

Et fokus i den videre proces vil naturligt være, hvordan den sekundære sundhedsforskning i højere grad understøtter den primære sundhedsforskning. Her er Syddansk Universitets stærke og forpligtende samarbejde med de regionale sygehuse en afgørende faktor i at kunne udnytte de allerede betydelige forskningsmæssige kapaciteter, kompetencer og miljøer på Syddansk Universitet og på sygehusene, som vil kunne bistå i at modne forskningsmiljøer, -kultur og -kompetencer i den primære sektor.

I forhold til anbefalingen om styrkelse af sundhedstjenesteforskning står Syddansk Universitet allerede ganske stærkt. Vi har således et Institut for Sundhedstjenesteforskning, som inkluderer Danmarks stærkeste miljøer indenfor sundhedsøkonomisk forskning, og forskning i almen praksis. SDU bidrager gerne til udmøntning af sundhedsstrukturkommissionens ambitioner indenfor disse områder. Derudover har vi på flere institutter et ekstensivt samarbejde med kommunerne.

Her er en særskilt udfordring adkomst til data for brug til forskning i primærsektoren, hvorfor sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger vedr. ny organisering af digitalisering og data hilses velkommen.

Sammenhæng til kandidatreform og sektordimensionering:

Vi vil i samme forbindelse gøre opmærksom på, at der er et **væsentligt behov for samtænkning og dialog mellem aktørerne i den politiske proces for strukturkommissionen og aktørerne for den politiske proces for kandidatreform og sektordimensionering**, da der ellers risikerer at opstå modsatrettede incitamentsstrukturer og -effekter. Syddansk Universitet er det universitet i Danmark, der har mest uddannelsesaktivitet udenfor de største byer, og det er en aktivitet, som man qua udflytningsaftalen planlægger at udbygge i de kommende år.

Nogle af de uddannelser, der udbydes decentralt, er inden for områder, hvor strukturkommissionen fremhæver behov for øget geografisk spredning blandt færdiguddannede. For eksempel har Region Syddanmark og SDU et godt og veludviklet samarbejde omkring medicinuddannelsen i Esbjerg, og SDU har ligeledes netop fået prækvalificeret en bacheloruddannelse i psykologi i Esbjerg.

Mulighederne for fortsat selv at kunne sammensætte uddannelsesporteføljen på disse campusser er afgørende for SDU's mulighed for at bidrage til indfrielsen af tankerne bag strukturkommissionens forslag om at kunne sikre større sammenhæng i sundhedssektoren.

Ph.d.-forløb:

Syddansk Universitet er uenig i kommissionens generelle fremstilling af den sundhedsvidenskabelige ph.d.-uddannelse på s. 241 af Sundhedsstrukturkommissionens rapport, hvoraf det bl.a. fremgår, at relativt få læger er forskningsaktive to år efter erhvervelsen af en sundhedsvidenskabelig ph.d.-grad.

To år efter færdiggørelsen af en ph.d. er disse læger imidlertid ofte i gang med klinisk basisuddannelse, hvorfor de på dette tidspunkt af deres karriere vil have relativt lidt tid til rådighed til forskning, hvorfor den grundlæggende præmis – at en ph.d. ikke leder til forskning – må udfordres. *”Den lægefaglige værdi af en ph.d.-uddannelse stiger med anciennitet, idet anvendelsen af (...) kompetencerne træder tydeligere frem efterhånden som lægerne får mere erfaring”* (p. 97, Ph.d.-uddannelsens kvalitet og relevans, Uddannelses- og forskningsministeriet 2017) Hvis man i stedet ser på perioden 5-9 år efter ph.d.-graden er i alt 69% aktive eller delvis aktive forskere, medens kun 31% er ikke-aktive. (<https://videnskab.dk/kultur-samfund/faar-vi-nok-forskning-ud-af-ph-d-uddannede/>)

Syddansk Universitet vil på den baggrund **på det stærkeste anbefale at man foretager en grundigere analyse af sammenhængen mellem en sundhedsvidenskabelig ph.d. og efterfølgende forskningsaktivitet**, førend man ligger dette til grund for ændringer i antallet/sammensætningen af ph.d.er i den sekundære sektor. Syddansk Universitet vil dog samtidig hilse det meget velkomment, hvis der findes yderligere midler til flere ph.d.-forløb indenfor den primære sektor og vil gerne bidrage til at andre sundhedsvidenskabelige (og ikke sundhedsvidenskabelige) faggrupper gennemfører ph.d.-forløb med specifikt fokus på den primære sektor. På det sundhedsvidenskabelige fakultet ved SDU er allerede ca. halvdelen af de ph.d.-studerende ikke-læger.

Med venlig hilsen

Anders Christian Frederiksen
Sekretariatsleder

Att. Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotsholmsgade 12
1216 København

6. august

Selveje Danmarks hørings svar til ”Sundhedsstrukturkommissionens rapport – Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen”

Selveje Danmark repræsenterer som høringspart de selvejende organisationer på velfærdsområdet. Selveje Danmarks cirka 300 medlemmer møder mennesker i udsathed eller sårbare positioner på forskellige tidspunkter og stadier af deres liv. De kan både udgøre menneskets hjem, behandling, støtte og vejledning og indgangen til et fællesskab. Tilsammen tegner de et billede af den rejse, som mange af samfundets mest udsatte borgere er på – enten hele livet eller i perioder.

De selvejende velfærdstilbud udgør plejehjem, bosteder, børne- og ungehjem, krisecentre, herberger, beskæftigelsesindsatser og behandlingstilbud. De samarbejder og/eller er på forskellig vis i kontakt med sundhedsvæsenet – både primær og sekundær sektor – og erfarer dagligt, hvordan sundhedsvæsenet ikke formår at rumme borgerne, taber dem i sektorovergange, eller stiller urealistiske forventninger til deres evne til at koordinere egne sags- og behandlingsforløb.

Med det udgangspunkt genkender og tilslutter Selveje Danmark sig udfordringsbilledet, der skitseres i kommissionens rapport. Det nuværende system er udfordret af stor geografisk og social ulighed i sundhed og usammenhængende patientforløb.

Selveje Danmark hilser derfor en sundhedsreform velkommen og bidrager meget gerne til det videre arbejde – særligt med at bygge bro til de selvejende tilbud for at sikre, at kommende løsningsforslag adresserer udfordringer i praksis hensigtsmæssigt og for at understøtte succesfuld implementering.

Bemærkninger til forvaltningsmodellerne

Selveje Danmark mener, at en kommende sundhedsreform skal sikre den nødvendige kapacitet, høj kvalitet i indsatser og sammenhæng både i og på tværs af sektorer. Den skal sikre *reel* lighed, understøtte det frie valg og menneskets selvbestemmelse.

SELVEJE DANMARK

Det gøres bedst i et tæt samarbejde mellem den offentlige og ikke-offentlige sektor, herunder de selvejende velfærdstilbud og civilsamfundet.

Selveje Danmark støtter derfor op om Sundhedsstrukturkommissionens seks sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen. Tilsammen understøtter sigtelinjerne et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed, som er mere nært og bæredygtigt.

Selveje Danmark kommer ikke på nuværende tidspunkt til at tage stilling til, hvilke af de tre foreslåede forvaltningsmodeller, der bedst imødegår sundhedsvæsenets udfordringer, men vil i det følgende udfolde dele af udfordringsbilledet og skærpe fokus på nogle af de centrale problemstillinger, som en kommende omorganisering af sundhedsvæsenet bør have fokus på.

Nedenstående fokusområder er således ikke udtømmende, men områder Selveje Danmark er særlig opmærksom på, og som med fordel også kunne have fået mere opmærksomhed i Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Uanset hvilken forvaltningsmodel Regeringen vælger at arbejde videre med, vil Selveje Danmark opfordre til, at modellen tager hensyn til de hensigter, der er i ældrelovsaftalen (2024) i forhold til frisættelse, selv- og medbestemmelse samt tillid. Ligesom Selveje Danmark forventer, at der i arbejdet vil være et tæt parløb med udmøntningen af 10-årsplanen for psykiatrien og et koordineret samarbejde med Social-, Bolig og Ældreministeriet i henhold til blandt andet den kommende specialeplanlægning, jf. rammeaftalen om en langsigtet og bæredygtig udvikling af handicapområdet (2024).

Lighed – fokus på adgang til sundhedsvæsenet

Selveje Danmark vil gerne kvittere for, at Sundhedsstrukturkommissionen har fokus på overlap og grænseflader mellem sundheds- og ældreområdet. Mange ældre har komplekse problemstillinger og stort behov for både pleje, jf. Serviceloven, og behandling/sundhedsydelse, jf. Sundhedsloven. I lyset af den demografiske udvikling, der skaber et øget behov for sundheds- og omsorgsydelser indenfor ældreområdet, er det et helt nødvendigt fokus, når der skal udvikles politiske initiativer vedrørende ældre i primærsektoren. Udfordringerne er gældende for både borgere på plejehjem og hjemmeboende borgere. For de hjemmeboende borgere er der ydermere en faktor i forhold til behovet for hjælp fra pårørende eller andet netværk.

Det er dog ikke kun den aldrende befolkning, der har stort behov for nem og smidig adgang til sundhedsvæsenet. Det gælder i høj grad også borgere i socialpsykiatrien og mennesker, der lever i udsathed. Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger kunne med fordel have haft et større fokus på de barrierer, der gør det svært for mennesker i udsathed at benytte sundhedsvæsenet.

De mest udsatte borgere kan i dag have svært ved at leve op til de krav og rammer, som sundhedsvæsenet stiller, fordi adgangen til sundhedsydelserne for eksempel kræver en henvisning, de er forbundet med ventetid eller kræver egenbetaling¹. Psykiske og sociale

¹ [Hjemløse borgeres sygdom og brug af sundhedsydelser \(vive.dk\)](https://www.vive.dk)

SELVEJE DANMARK

problemstillinger kan samtidig udfordre evnen til selv at opsøge relevante tilbud, overholde aftaler og videregive relevante oplysninger. Ligesom mennesker med psykiske lidelser kan have vanskeligheder ved at læse, forstå eller tilgå information². Alle barrierer som sundhedsvæsenet bliver nødt til at tage højde for og adressere, hvis der skal sikres reel og ikke blot formel lighed.

Sammenhæng – fokus på incitamentsstrukturer

Selveje Danmark bemærker, at flytning af myndighedsansvar ikke nødvendigvis sikrer større sammenhæng, da en ny ansvarsfordeling hurtigt kan skabe nye sektorudfordringer – både vertikalt og horisontalt – hvis sektorerne ikke forpligtes på at koordinere og samtænke deres indsatser og ydelser fra start.

Selveje Danmark finder det derfor helt afgørende, at nye incitamentsstrukturer i højere grad tilskynder til at sikre sammenhæng og levering af indsatser af høj kvalitet, ligesom de bør understøtte forebyggelse og tidlig indsats. Ellers er der en stor risiko for, at borgere bliver kastebolde mellem sektorer eller ikke modtager den rette indsats i tide, fordi gevinsten for indsatsen for eksempel ligger i en anden sektor.

Kapacitet – fokus på psykiatrien

Det faglige oplæg til 10-årsplanen³ tegner et billede af en psykiatri, der mangler systematisk samarbejde, koordination og vidensdeling på tværs af sektorer og mellem parallelle indsatser. En psykiatri der er udfordret af utallige lovgivninger og manglende understøttelse og deling af data på tværs af sektorer. Ligesom der mangler sammenhæng til beskæftigelses- og uddannelsessystemet.

Særligt socialpsykiatrien har i alt for mange år været massivt underprioriteret. Nationale midler til socialpsykiatrien har været kendetegnet af midlertidige projekt- og puljemidler og har ikke skabt de nødvendige rammer for et løft af kvaliteten. Det på trods af, at der i dag stilles stadig flere krav til den socialpsykiatriske indsats, blandt andet som konsekvens af manglende pladser i behandlingspsykiatrien, skærpede krav og tidligere udskrivninger. I dag bliver næsten én ud af fire borgere, der udskrives fra psykiatrien, genindlagt inden for en måned. Det kan indikere, at patienterne blev udskrevet for hurtigt eller ikke har gavn af behandlingen.⁴

En ny organisering af sundhedsvæsenet bør derfor sikre et langt tættere og mere forpligtende samarbejde mellem de socialpsykiatriske botilbud, psykiatrien og de almenmedicinske tilbud, så beboernes behov mødes i tide.

² Selveje Danmark: Strukturkommissionen må ikke glemme psykiatrien - Altinget: Kommunal

³ 10AARS_PSYK-PLAN_260122_LOW.ashx (sst.dk)

⁴ Psykiatrien i tal Arkiv - Bedre Psykiatri

SELVEJE DANMARK

Kvalitet – fokus på kompleksiteten

I dag er den forventede levetid for mennesker med psykisk lidelse 15-20 år kortere end for resten af befolkningen. Oversygelighed og overdødelighed blandt mennesker med psykisk lidelse kan blandt andet forklares ved fysiske sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, KOL og diabetes, men også med højere selvmordsrater, afledte effekter af for eksempel misbrug og forskelsbehandling i sundhedssystemet⁵.

Det er Selveje Danmarks erfaring, at mennesker alt for ofte bliver nødt til at tilpasse deres problemer til systemet, hvis de vil have den rette hjælp og støtte. Ofte kan systemet kun adressere én lidelse ad gangen – uden blik for sammenhænge mellem for eksempel misbrug, psykisk lidelse og somatisk sygdom.

Behandlingsrådets ulighedsanalyse fra 2023⁶ viser, at patienter med psykisk lidelse er i forøget risiko for at dø inden for et år efter deres første somatiske hospitalskontakt, sammenlignet med patienter med tilsvarende somatiske sygdom uden psykisk lidelse. Undersøgelser peger på, at det blandt andet hænger sammen med, at patienter med psykisk lidelse i nogle sammenhænge modtager en lavere kvalitet af behandlingen i det somatiske sundhedsvæsen, fordi den psykiske lidelse for eksempel overskygger de somatiske følgesygdomme.

Udviklingen i multisygdomme kalder på, at sundhedsvæsenet generelt bliver bedre til at håndtere kompleksiteten i målgruppens behov.

Frit valg – fokus på selvbestemmelse

Indenfor psykiatrien er der længe blevet arbejdet for at omlægge, udbrede og implementere en recovery-orienteret tilgang til psykiske lidelser.

Recovery-orienteret rehabilitering har fokus på at give mennesket kontrollen tilbage over eget liv. Oplevelsen af selvbestemmelse kan øge livskvaliteten og skabe rum for, at mennesket kan udvikle sig og forfølge egne ønsker, håb og drømme for fremtiden. Selvbestemmelsen styrker menneskets autonomi i deres recovery-proces ved at sikre den nødvendige fleksibilitet og tilgængelighed⁷.

Dette er ikke blot gældende for mennesker med psykiske lidelser, men generelt gældende for alle. Oplevelsen af at høre til, at bidrage og træffe egne beslutninger styrker livsglæde og –kvalitet.

Selveje Danmark mener derfor, at selvbestemmelse og frit valg bør være et centralt pejlemærke i en kommende omorganisering af sundhedsvæsenet.

⁵ Rapport Talogfakta PsykisksygdomDK_300621.pdf (psykiatrifonden.dk)

⁶ Behandlingsrådet analyserapport (behandlingsraadet-classic.azureedge.net)

⁷ Selveje Danmark: Nyt regionalt dobbeltdiagnosetilbud svækker borgernes ret til frit valg - Altinget: Sundhed

SELVEJE DANMARK

Bemærkninger til de tværgående anbefalinger

Selveje Danmark kommer ikke til at forholde sig til alle Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger og forslag, men vil skærpe fokus på de overordnede anbefalinger og en række forslag.

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering.

Kommissionen argumenterer for, at borgere, som i dag typisk modtager indsatser fra flere dele af sundhedsvæsenet, i mange tilfælde vil have størst gavn af, at behandlingen er forankret i et almenmedicinsk tilbud. På den måde kan indsatsen foregå tættere på borgerens hjem og være helhedsorienteret, fordi den almenmedicinske læge er uddannet til at tage udgangspunkt i borgerens samlede livssituation.

Kommissionen præciserer, at udvidelsen af kapaciteten skal ses i tæt sammenhæng med behovet for at sikre bedre lægedækning i dele af landet, hvor det i dag er vanskeligt at tiltrække speciallæger i almen medicin.

Selveje Danmark bakker op om, at tilpasse incitamentsstrukturerne, så de i højere grad understøtter muligheden for at rekruttere speciallæger i almen medicin til lægedækningstruede områder.

Det er generelt Selveje Danmarks erfaring, at stederne, hvor samarbejdet omkring borgere fungerer bedst, også er de steder, hvor der er nærhed og bærende relationer til sundhedsvæsenet. Nærhed betyder bedre tilslutning – særligt for borgergruppen, der har mest behov for behandling. Selveje Danmark anerkender derfor, at den almenmedicinske læge kan bidrage til styrket sammenhæng, bedre information og derfor bedre behandling.

Selveje Danmark anbefaler, at erfaringer vedrørende plejehjemslæger inddrages i et muligt kommende arbejde. Se desuden Selveje Danmarks bemærkninger til forslaget om fasttilknyttede læger på botilbud.

Selveje Danmark bemærker, at flere af de selvejende socialpsykiatriske botilbud i dag gentagende gange står i situationer, hvor beboere bliver afvist i psykiatrien, fordi der for eksempel mangler pladser, eller borgerne ikke er suicidale. Selveje Danmark finder det helt afgørende, at denne problemstilling ikke parallelforskydes til de almenmedicinske tilbud, grundet manglende kapacitet, ressourcer mv.

Selveje Danmark kan være bekymret for, at den foreslåede organisering kan medføre en afspecialisering, hvis det almenmedicinske tilbud ikke er rustet til at håndtere og/eller vurdere borgerens behov, og/fordi den sekundære sektor ikke i tilstrækkelig grad evner at understøtte det almenmedicinske tilbud med rådgivning, vejledning mv.

Selveje Danmark finder det afgørende, at organiseringen omkring borgere med særligt komplekse behov, herunder beboere på socialpsykiatriske botilbud, har blik for de

SELVEJE DANMARK

forskellige funktioner henholdsvis det almenmedicinske tilbud, botilbudsteams, tovholderfunktioner, akuttilbud mv. kan have og muliggør fleksible organisatoriske rammer, som kan tilpasses det enkelte tilbud og tilbuddets beboere.

I forlængelse heraf kan det bekymre Selveje Danmark, hvis det almenmedicinske tilbud bliver gatekeeper for det sekundære sundhedsvæsen for beboere på socialpsykiatriske tilbud, hvis botilbuddet for eksempel allerede har et tæt samarbejde med psykiatrien og samtidig er tilknyttet et botilbudsteam.

- Nationalt fastsat opgavebeskrivelse

Selveje Danmark ser grundlæggende positivt på forslaget om en nationalt fastsat opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud, og i forlængelse heraf, at fastlæggelsen af opgavebeskrivelsen i det almen medicinske tilbud adskilles fra forhandlingerne om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker efter.

Selveje Danmark mener, at den nationalt fastsatte opgavebeskrivelse bør have borgeren som omdrejningspunkt og sætte klare krav til kompetencer, kvalitet og tilgængelighed. Udover at opgavebeskrivelsen skal beskrive, hvordan sygehuse, øvrige specialister og sundhedstilbud skal understøtte de almenmedicinske tilbud, bør opgavebeskrivelsen også indeholde yderligere krav og/eller anbefalinger i forhold til for eksempel tilgængelighed i ydertidspunkter for sociale tilbud og borgere i udsathed.

Selveje Danmark bakker derfor også op om forslaget om, at der stadig skal være mulighed for at indgå lokalaftaler, så opgaveløsningen tilpasses borgernes behov, herunder borgere i udsathed og særligt sårbare borgere på botilbud eller plejehjem.

- ”Fokuserede almenmedicinske tilbud”

I forlængelse af ovenstående ser Selveje Danmark også positivt på forslaget om, at de ansvarlige myndigheder skal have kompetence til at benytte forskellige klinikformer, hvor det skønnes relevant ud fra lokale forhold og behov – såkaldte ”fokuserede almenmedicinske tilbud”.

Selveje Danmark noterer, at Sundhedsstrukturkommissionen fremhæver, at et almenmedicinsk tilbud for eksempel kan etableres i sammenhæng med øvrige sundheds- eller plejeindsatser målrettet bestemte grupper, herunder modtagere af kommunal sygepleje, borgere med ophold på midlertidige pladser eller borgere på socialpsykiatriske botilbud. Selveje Danmark ser flere fordele ved et tværfagligt samarbejde mellem eksempelvis teams af fysio- og ergoterapeuter på plejehjem eller bosteder og andre sundhedsuddannede på et sådan tilbud.

Selveje Danmark bemærker, at der bør gælde de samme muligheder for offentlige og ikke-offentlige aktører i forhold til at etablere eller indgå i et ”fokuseret almenmedicinsk tilbud”, hvorfor en takstudmåling for tilbuddet også skal overvejes.

SELVEJE DANMARK

Anbefaling 2: Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. Den nye organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet.

Selveje Danmark er enig i vurderingen af, at digitale løsninger, bedre data og nye teknologier kan være med til at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet, sikre mere lighed, bedre ressourceudnyttelse og føre til mere kvalitet i opgavevaretagelsen.

Selveje Danmark bakker op om, at den databaseret kvalitetsudvikling skal styrkes, så grundlaget for at udvikle og følge opgaveløsningen forbedres. Dataindsamlingen bør dog samtidig tage hensyn til praksis og må ikke føre til unødigt bureaukrati.

Selveje Danmark genkender de identificerede svagheder ved den nuværende organisering, hvor det fragmenterede ansvar, fordelingen af ressourcer og forskellige politiske prioriteter betyder, at de selvejende organisationer ikke har samme adgang til statslige systemer som kommunale aktører. Det vedrører for eksempel det fælles medicinkort (FMK) og Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Årsagen til den begrænsede adgang er forskellig, men det giver anledning til store udfordringer i praksis.

Det er en generel udfordring, at i de tilfælde, hvor en borger er visiteret af en kommune og tilknyttet et ikke-offentligt tilbud, kan registreringer af data vedrørende borgeren ikke deles. De selvejende tilbud har nemlig som udgangspunkt ikke adgang til borgerens data i de offentlige systemer og vice versa.

Selveje Danmark finder det afgørende, at en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data har blik for, at der sikres lige adgang for alle aktører på området.

Selveje Danmark vil samtidig opfordre til, at der etableres et langt tættere samarbejde mellem praksis og beslutningsfora vedrørende den digitale organisering, så digitaliseringen understøtter og/eller optimerer arbejdsgange, organisering eller samarbejdsformer mv. i praksis.

Digitaliseringens primære sigtelinje bør være, hvordan den bedst løser eller imødegår sundhedsvæsenets udfordringer – den må aldrig blive et mål i sig selv.

Anbefaling 3: En national sundhedsplan

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som beskriver en strategi, der sikrer tilpasning af resourcefordelingen mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Sundhedsplanen kan derudover indeholde en række principper og krav til planlægning og løsning af opgaver indenfor udvalgte områder, indsatser eller målgrupper, som vurderes særligt relevante i en omstilling af sundhedsvæsenet.

SELVEJE DANMARK

Den nationale sundhedsplan vil sætte en overordnet strategisk retning for de foreslåede decentrale, lokale sundhedsplaner. Sundhedsstrukturkommissionens eksemplificerer, at en lokal sundhedsplan for eksempel kan indeholde en beskrivelse af, hvordan der sikres behandling af beboere på plejehjem fremfor på sygehuset.

Selveje Danmark bakker op om intentionen om, at beboere på plejehjem i videst muligt omfang bliver behandlet på plejehjemmet fremfor en hospitalsindlæggelse. Selveje Danmarks erfaring fra plejehjem, hvor der er ansat mange sygeplejersker, er, at det mindsker antallet af indlæggelser betydeligt, da selv meget syge beboere kan blive behandlet på plejehjemmet. Incitamentet til den øgede udgift til mange sygeplejeressourcer er dog i dag lille, da hverken kommune eller region vil refundere eller kompensere plejehjemmet for de ekstraudgifter, de har til blandt andet ressourcer, medicin og sygeplejeartikler. Selveje Danmark har ydermere en bekymring i forhold til kommunernes nuværende udekørende sygeplejefaglige akutteams, da de i mange kommuner har endog meget svært ved at rekruttere kvalificeret arbejdskraft, og derfor ofte må afvise at hjælpe borgere på plejehjem.

Selveje Danmarks betænkelighed går således på udfordringen ved de nødvendige ressourcer og kompetencer. Selveje Danmark mener derfor med fordel, at en kommende sundhedsplan også kan have fokus på andre personalegrupper end læger, herunder sygeplejersker, jf. forslaget om tilpasset fordeling af læger geografisk og på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at Sundhedsstyrelsen udarbejder et oplæg til sundhedsplanen med inddragelse af relevante aktører. Selveje Danmark bemærker, at denne inddragelse også bør have blik for de aktører, som samarbejder med og/eller benytter sig af sundhedsvæsenet, herunder de ikke-offentlige leverandører af sundheds- og omsorgsydelser, for eksempel plejehjem og socialpsykiatriske tilbud.

Jf. forslaget om videreudvikling af kvalitetsstandarder, se desuden Selveje Danmarks bemærkninger til forslaget om nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien.

Anbefaling 4: Organisering og samarbejde på psykiatriområdet

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en række ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Kommissionen bemærker, at deres forslag skal ses i lyset af og gennemføres i sammenhæng med igangværende og kommende initiativer, blandt andet i regi af 10-årsplanen for psykiatrien og anbefalingerne i det faglige oplæg til 10-årsplanen.

Selveje Danmark anerkender og bakker op om behovet for bedre integration mellem det psykiatriske og somatiske område. I dag er mennesker med psykisk lidelse i al for stor risiko for ikke at få tilstrækkelig behandling, fordi systemet ikke evner at se og sikre sammenhæng på tværs af borgerens psykiske, somatiske og sociale problemstillinger, jf.

SELVEJE DANMARK

Selveje Danmarks indledende bemærkninger til de foreslåede forvaltningsmodeller. Selveje Danmark afholder sig dog for nuværende fra at vurdere de mulige konsekvenser ved den foreslåede organisatoriske integration i regionerne.

Selveje Danmark erfarer, at socialpsykiatriske tilbud i dag oplever at stå i situationer med borgere med alvorlige og svære psykiske lidelser, som har akut behov for psykiatrisk behandling. Alligevel kan det være vanskeligt for dem at få borgerne indskrevet i psykiatrien. Ligesom de oplever, at borgere ofte bliver udskrevet, før de er færdigbehandlede - hvilket øger risikoen for genindlæggelse.

Det kalder på et langt tættere samarbejde mellem de socialpsykiatriske tilbud og psykiatrien, hvor psykiatrien i langt højere grad inddrager tilbuddets vurdering af borgerens behov, men også tilbuddets kompetencer og ressourcer i forbindelse med ind- og udskrivning. Dialogen mellem socialpsykiatrien og den regionale psykiatri bør også række udover ind- og udskrivning og understøtte løbende faglig sparring og kompetenceudvikling, så genindlæggelser forebygges.

Selveje Danmark foreslår helt konkret, at der oprettes en fast-track ordning for de socialpsykiatriske tilbud til psykiatrien, når de vurderer, at en indskrivning i psykiatrien er nødvendig, så der sikres en let og smidig indgang.

Selveje Danmark anerkender med det bagtæppe Sundhedsstrukturkommissionens fokus på socialpsykiatrien i deres anbefalinger og bidrager meget gerne til det videre arbejde med at styrke samarbejdet mellem socialpsykiatrien og det regionale sundhedsvæsen.

- Krav om fasttilknyttede læger på botilbud

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at beboere, der bor på et botilbud, skal have tilbud om at vælge en læge, som er fasttilknyttet botilbuddet. Kravet om at tilvejebringe indsatsen skal fastlægges som en del af opgavebeskrivelsen for det almenmedicinske tilbud, hvor myndigheden, som er ansvarlig for det almenmedicinske tilbud, bliver forpligtet til at tilvejebringe tilbuddet.

Selveje Danmark finder det væsentligt at understrege, at forslaget *ikke* må stå i vejen for det frie lægevalg. Ligesom Selveje Danmark noterer sig, at flere sociale tilbud i dag allerede har lokale aftaler om fasttilknyttet læge – i de tilfælde hvor det har været meningsfuldt for praksis, og der samtidig har været mulighed for at indgå aftale med et almenmedicinsk tilbud.

Selveje Danmark er desuden bekendt med ordningen fra ældreområdet, hvor evalueringen viser, at det er svært at rekruttere læger til ordningen.

Derudover er Selveje Danmark opmærksom på, hvordan forslaget i praksis kommer til at spille sammen med de nye botilbudsteams og Sundhedsstrukturkommissionens eget forslag om, at beboere på botilbud skal tilknyttes en tovholderfunktion.

SELVEJE DANMARK

- Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats

Kommissionen foreslår, at sammenhængen og kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats til mennesker med psykiske lidelser, som også modtager indsatser på socialområdet, styrkes gennem nationale kvalitetsstandarder for opgavevaretagelsen. Konkret foreslår Sundhedsstrukturkommissionen, at der udarbejdes og implementeres kvalitetstandarder, der fastlægger anbefalinger og forpligtende krav til den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien, herunder for indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser på botilbud.

Selveje Danmark bemærker, at sociale tilbud i dag er underlagt en række forskellige tilsyn, som kontrollerer, at tilbuddene lever op til gældende lovgivning, og som kan stille krav til tilbuddenes drift. Tilsynene har dermed en central opgave i at sikre kvaliteten på tilbuddene. Socialtilsynet har for eksempel til opgave at godkende og føre et løbende driftsorienteret tilsyn med tilbud omfattet af Serviceloven, herunder socialpsykiatriske botilbud. Imens Styrelsen for Patientsikkerhed før tilsyn med patientsikkerheden og kvaliteten i behandlingen på behandlingssteder og plejeenheder.

I foråret 2023 gennemførte Selveje Danmark en undersøgelse blandt ikke-offentlige tilbud på socialområdet. Blandt de ikke-offentlige tilbud er der bred enighed om, at der skal være et tilsyn på socialområdet for at sikre kvaliteten af offentlige- og ikke-offentlige tilbuds indsatser. Der er en vilje og interesse fra de sociale tilbud i at samarbejde med de forskellige tilsyn, men de ikke-offentlige tilbud efterlyser en tilpasning af måden, der i dag føres tilsyn på, så tilsynet i højere grad målrettes tilbuddenes målgrupper og indsatser.

Selveje Danmark noterer, at regeringen i rammeaftalen om en langsigtet og bæredygtig udvikling af handicapområdet (2024), har aftalt, at der skal udarbejdes en model for ændringer af socialtilsynsreglerne, som samlet set skal medføre et lavere, meningsfuldt og kvalitetsfremmende tilsynstryk på de sociale tilbud – på tværs af de forskellige tilsyn.

Selveje Danmark finder det afgørende, at forslaget om nye kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats samstemmes med det allerede igangværende arbejde om en revision af tilsynet på de sociale tilbud, hvis det bliver et initiativ i en kommende sundhedsreform.

I arbejdet kan der med fordel være fokus på, hvordan den sundheds- og socialfaglige indsats spiller sammen og understøtter hinanden. Ligesom der bør være øje for de lovrammer tilbuddene er omfattet af, tilbuddenes forskellige målgrupper, deres behov og tilbuddenes medarbejdersammensætning.

Nye kvalitetsstandarder må ikke bidrage til yderligere bureaukrati, som dels kan være udgiftsdrivende, dels tage tid væk fra kerneopgaven.

Selveje Danmark bemærker desuden, at yderligere krav kan føre til betydelige takststigninger på de socialpsykiatriske tilbud.

SELVEJE DANMARK

- Tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at relevante myndigheder fremover vurderer behovet for særskilte fora på det psykiatriske område, hvor problemstillingerne går på tværs og involverer andre aktører og forvaltninger end dem, der normalt indgår i sundhedsklyngesamarbejdet.

Sundhedsstrukturkommissionen har blandt andet overvejet muligheden for tværfaglige fora målrettet børn og unge, hvis formål er at forbedre sundhed og trivsel og samtidig understøtte, at flere unge gennemfører en uddannelse, eller et samarbejde målrettet voksne med støtte- og plejebehov, hvor indsatser, der skal forbedre sundhed, tænkes sammen med indsatser, der skal sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.

Selveje Danmark ser meget positivt på dette forslag og de foreslåede eksempler på tværfaglige fora og vil opfordre til, at de ikke offentlige aktører, herunder de selvejende organisationer, inddrages i dette arbejde.

Selveje Danmark foreslår, at der med inddragelse af relevante interessenter udarbejdes et inspirationsoplæg til mulige aktørkonstellationer og tematikker for de nye fora.

- Udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien styrkes. Formålet er at sikre hurtigere udbredelse og bedre udnyttelse af digitale løsninger, som kan skabe bedre tilgængelighed, sammenhæng og hurtigere hjælp. Sundhedsstrukturkommissionen vurderer, at udvikling af digitale løsninger har et særligt potentiale inden for psykiatrien, hvor de kan være med til at afhjælpe, at en psykisk lidelse udvikler sig eller forværres og kræver mere specialiseret behandling.

Selveje Danmark bakker op om forslaget og ser store fordele i en fælles prioritering af udvikling og implementering af effektive og borgervenlige løsninger på tværs af landet.

Digitale løsninger skal sikre sammenhæng og understøtte borgeres recovery-proces både før, under og efter kontakt til psykiatrien. Selveje Danmark ser derfor ligesom Sundhedsstrukturkommissionen et stort potentiale i bedre datadeling mellem socialpsykiatrien og behandlingspsykiatrien, da det vil kunne understøtte et bedre samarbejde og en styrket dialog og derved sikre mere sammenhængende forløb for borgerne. Det er væsentligt for Selveje Danmark, at borgerne også indtænkes i de digitale løsninger som bidragsydere og brugere.

Anbefaling 6: Reformsekretariat under Indenrigs- og Sundhedsministeren

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der på baggrund af de politiske beslutninger om den fremtidige struktur for sundhedsområdet oprettes et reformsekretariat under Indenrigs- og Sundhedsministeren, som med afsæt i en national implementeringsplan følger implementeringen af de enkelte initiativer og understøtter den decentrale implementering.

SELVEJE DANMARK

Selveje Danmark bakker op om forslaget, som kan understøtte, at implementeringen tilrettelægges, så der, som Sundhedsstrukturkommissionen bemærker, kan drages læring undervejs og laves tilpasninger og justeringer, hvor det viser sig nødvendigt.

Selveje Danmark finder det samtidig helt afgørende, at et kommende reformsekretariat også indbefatter et forpligtende tværministerielt samarbejde – særligt i lyset af, at der i foråret er landet to store politiske aftaler på social- og ældreområdet, henholdsvis en ny ældrelov og en rammeaftale for det specialiserede socialområde.

Selveje Danmark ser behov for et tæt tværministerielt samarbejde og løbende koordinering, for eksempel i henhold til den kommende revision af socialtilsynet, samtilsyn på ældreområdet og specialplanlægningen af det specialiserede socialområde mv. Selveje Danmark forudser, at manglende koordinering vil kunne medføre unødigt bureaukrati og modstridende krav og regler, som i sidste ende vil kunne modarbejde de politiske intentioner.

I forlængelse heraf finder Selveje Danmark det afgørende, at aktører og leverandører på området løbende inddrages i udviklingen og implementeringen af de politiske initiativer, så det sikres, at initiativerne får den ønskede virkning i praksis.

Selveje Danmark mener, at ministeren med fordel kan lade sig inspirere af inddragelsesarbejdet, der pågår i regi af det nationale råd for psykiske lidelser og mental sundhed.

Selveje Danmark står naturligvis til rådighed, hvis høringsvaret giver anledning til spørgsmål.

Med venlig hilsen,



Jon Krog

Branchedirektør, Selveje Danmark

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Att. sum@sum.dk



6. august 2024

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Sex & Samfund og AIDS-Fondet har med stor interesse fulgt Sundhedsstrukturkommissionens arbejde og afrapportering. Vi har ikke kommentarer til de konkrete modeller, der bliver foreslået, men vi anbefaler, at der inden for den seksuelle sundhed i Danmark bliver udarbejdet en sammenhængende, national plan på tværs af politiske ansvarsområder, da der i dag er store udfordringer med fragmenterede indsatser på området. Konkret foreslår vi, at en national handleplan bliver inkluderet i det videre arbejde med kommissionens anbefalinger.

En national handleplan for seksuel sundhed i Danmark

Strukturen i sundhedsvæsenet har markante konsekvenser for et af de områder, vi arbejder allermost med: danskernes seksuelle sundhed. Generelt set har seksuel sundhed stor indflydelse på det enkelte menneskes velbefindende og sundhedsadfærd, og igennem hele livet bliver vores fysiske og mentale helbred samt vores sociale trivsel påvirket af vores seksuelle sundhed. Seksuel sundhed er på den måde et felt, der strækker sig på tværs af en række fag- og ansvarsområder hos myndigheder og politiske niveauer i Danmark, hvorfor netop strukturen i sundhedsvæsenet er relevant i den henseende.

For at konkretisere, hvad vi mener, når vi taler om seksuel sundhed, er en kort definition nødvendig. For Sex & Samfund og AIDS-Fondet er seksuel sundhed fraværet af sexsygdomme og infertilitet, adgang til abort samt det at have muligheden for en positiv seksuel udvikling og sexliv igennem hele livet, hvor man er fri for krænkelser, diskrimination og hadforbrydelser og hvor information og præventionsmidler er tilgængelige.

På baggrund af vores mangeårige erfaring med at fremme danskernes seksuelle sundhed ved vi, at en bedre sammentænkning og koordinering af området vil betyde et markant løft på området. Derfor foreslår vi, at der i forbindelse med arbejdet med Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger også udformes en national handleplan for seksuel sundhed i Danmark.

Inden for den seksuelle sundhed står vi i dag over for en række udfordringer, som en national handleplan vil kunne afhjælpe. Det gælder tematikker såsom sexsygdomme, (in)fertilitet, overgreb og krænkelser, lav trivsel blandt LGBT+-personer, tabuer og lavt vidensniveau vedrørende sex, seksualitet gennem hele livet og skjulte lidelser, der særligt rammer kvinder. Udover at disse problematikker går på tværs af forskellige myndigheders ansvarsområder, så er et fællestrek også, at de hver især fordeler sig over flere aldersgrupper og påvirker dem forskelligt, samt at en række forskelligartede faktorer spiller ind. Det er med andre ord en række komplekse problemstillinger, der kræver en bred, koordineret indsats, og som kun kan adresseres gennem et nationalt opdrag.

På den baggrund finder vi det nødvendigt, at man netop i denne periode, hvor strukturen i det danske sundhedsvæsen bliver revideret, også indtænker danskernes seksuelle sundhed som ét samlet felt, hvor det er nødvendigt med koordinering og samtænkning på tværs af en ny struktur. Der er med andre ord brug for at skabe sammenhæng i arbejdet med den seksuelle sundhed, så borgerne ikke oplever fragmenterede tilbud på tværs af sundhedsvæsenet.

Set fra Sex & Samfund og AIDS-Fondets side bør et betydeligt fokus i en handleplan ligge på ansvarsfordeling og samtænkning, hvilket bør inkludere undervisning, oplysning, forebyggelse og tidlig indsats generelt, ligesom ulighed, tilgængelighed og minoritetsgrupper bør prioriteres. Det samme gælder seksuel sundhed i alle livets faser, så også udfordringer, der primært opstår i en moden alder, adresseres. Som led i udarbejdelsen af handleplanen bør relevante aktører fra civilsamfundet til offentlige institutioner inddrages.

Endelig vil en national handleplan sikre en bedre sammenhæng og kvalitetssikring på tværs af kommuner og regioner for den enkelte borger, ligesom en tidlig, forebyggende indsats også vil have en positiv økonomisk effekt samt gavne folkesundheden generelt.

Sex & Samfund og AIDS-Fondet stiller sig til rådighed og uddyber gerne bemærkningerne.

Med venlig hilsen,

Majbrit Berlau og Lars Christian Østergreen,

hhv. generalsekretær i Sex & Samfund og direktør i AIDS-Fondet

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens forslag

SF Guldborgsund, SF Lolland og SF Region Sjælland har forholdt sig til Sundhedsstrukturkommissionens analyser og anbefalinger. Vores vigtigste anbefalinger og konklusioner er samlet i første afsnit, hvorefter der er følger en uddybning af de enkelte afsnit.

SF Guldborgsund, SF Lolland og SF Region Sjælland (SFGLR) er enig med Sundhedsstrukturkommissionen (SSK)

- *i en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud med en ændret organisering ved at fordele ressourcer anderledes mellem den primære og den sekundære sundhedssektor*
- *at differentierede patienttal og honorarer i en national model, som estimerer behandlings-behovet for patienterne i den enkelte klinik geografisk på tværs af landet.*
- *at der ikke må ske en yderligere liberalisering af den private almene praksis*
- *at der etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data*
- *styrket forskning i det primære sundhedsvæsen og psykiatrien*
- *at det er afgørende at skabe bedre rammer for psykiatrien*
- *at det er helt afgørende, at psykisk sygdom ligestilles med somatiske lidelser*
- *at digitale løsninger er et supplement til psykiatrisk behandlingsforløb under indlæggelse*
- *at planlægning af det praktiserende speciallægetilbud sker inden for en styrket national ramme med en ændret geografisk fordeling*
- *at hvis opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen falder, vil det skabe grundlag for en øget privatisering med øget ulighed i sundhed*

SFGLR anbefaler

- *at et nyt ydernummersystem analyseres*
- *at der sker en kraftig præcisering af, hvad et Sundhedscenter er og skal/ kan indeholde for at forhindre koncerndannelse og yderligere privatisering*
- *at kompleksiteten hos mennesker med psykiske lidelser som udviklingshæmmede mennesker og social udsathed inddrages kraftigere*
- *at erfaring, viden og praksisudvikling i patientorganisationer, peerkorps, handicaporganisationer og tværfaglige medarbejdergrupper inddrages af det kommende Psykiatriråd.*
- *en kvalificeret analyse af hvilke parametre, der kan øge rekruttering og fastholdelse af alle relevante personalegrupper i den decentrale psykiatrisektor*
- *helhedsorienterede, tværfaglige indsatser i psykiatrien med fokus på systematik og ensartethed*
- *at man allerede nu forbedrer indsatsen som beskrevet i målsætningen for lettilgængelige behandlingstilbud for børn og unge*
- *garanti for en tilstrækkelig ressource-tilgang i omstillingsperioden ud over den aftalte budgetramme for sygehusene.*
- *at medarbejdere, med relation til borgeren fortsat er tovholder i overensstemmelse med et relationelt og recovery-orienteret perspektiv*
- *at en ny model bygger på en demokratisk, folkevalgt platform og selvstændig skatteudskrivning*
- *model 3 med elementer fra model 1 i form af et samlet ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor og direkte politisk myndighedsansvar samt nogle få udvalgte kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet inden for handicap og psykiatri. Samtidig bør der afsættes ressourcer til at opkvalificere personalet i ældreplejen.*
- *at det industrielle syn på medarbejdere og den stærkt hierarkiske organisering vil forhindre ændringer og bør erstattes af anerkendende tilgange med uddelegering af ledelsesfunktioner - altså mere demokratiske modeller i organiseringen af arbejdskraften.*

Organisering af det almenmedicinske tilbud

SF Guldborgsund og SF Lolland mener, at Sundhedsstrukturkommissionens (SSK) vigtigste anbefalinger angår den primære sundhedssektor - de almen praktiserende læger.

SF Guldborgsund og SF Lolland (SFGLR) er enig med Sundhedsstrukturkommissionens kraftige vægtning af at flytte og fordele ressourcer anderledes mellem den primære og den sekundære sundhedssektor, da "Et nært og let tilgængeligt almenmedicinsk tilbud er en hjørnesten i sundhedsvæsenet."

I Overvejelser om organisering af det almenmedicinske tilbud fremhæver kommissionen, at "Differentierede patienttal og honorarer skal fastlægges på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienterne i den enkelte klinik.... Hvor klinikker med en stor andel af ressourcestærke og raske patienter skal varetage flere patienter inden for den nuværende honorering, mens klinikker med en stor andel af sårbare borgere og borgere med multisygdom får reduceret patientantallet, så der sikres en omfordeling af ressourcer efter sundhedsbehov." Og udbygger det i anbefaling 4: "SSK foreslår, at der indføres differentierede patientnormer i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienter i den enkelte klinik ud fra data, fx om patienternes alder, køn, fysisk og psykisk sygelighed og socioøkonomiske variable."ⁱ

SFGLR vil understrege, at sundhedsprofilen i et område/distrikt/region løbende skal evalueres og ydelserne tilpasses de lokale udfordringer.

Sundhedsstrukturkommissionen (SSK) beskriver, at en "model baseret på ansatte læger i offentligt drevne klinikker..... vil en hjemtagelse af det almenmedicinske tilbud potentielt indebære fordele i form af mindre variation i det almenmedicinske tilbud, bedre tilgængelighed, øget omstillingskapacitet og bedre integration af det almenmedicinske tilbud i sundhedsvæsenet." En model som SFGLR mener bør undersøges nærmere for at undgå koncerner på det almen medicinske område, som f.eks. Alles Lægehus. Selvom SSK i sine anbefalinger angiver, at man ønsker en "Gradvis frem for en abrupt tilgang til at udvikle leverandørsammensætningen i det almenmedicinske tilbud", mener SFGLR, at der ikke må ske en yderligere liberalisering af den private almene praksis.

SFGLR er enige i kommissionens anbefaling af en "betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud inden for rammerne af en ændret organisering. Anbefalingen er i udgangspunktet uafhængig af den øvrige forvaltningsstruktur. SSK lægger vægt på, at ansvaret for at tilvejebringe det almenmedicinske tilbud fremover fortsat er placeret ved den myndighed, som også har ansvar for at levere sygehusydelser."

Desværre ligger et forslag om et nyt ydernummersystem ikke inden for SSKs kommissorium, som forudsætter omkostningsneutralitet, men netop det ville efter SFGLRs mening være en rigtig god ide at analysere.

I "Anbefaling: Ny organisering af det almenmedicinske tilbud" "forudsættes, at forskellige former for privatejede klinikker og alment praktiserende læger også fremover vil udgøre et væsentligt element i det almenmedicinske tilbud." Den forudsætning bør præciseres, så man undgår konsortiedannelser. SFGLR er enig med SSK i "at fastlæggelsen af opgavebeskrivelsen i det almenmedicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om de økonomiske vilkår, som de alment praktiserende læger og øvrige klinikker virker efter" og at "Den faglige udvikling skal drives nationalt, den centrale rammeaftale skal sikre enighed om

vilkårene for klinikkerne, og den lokale kompetence skal understøtte den ansvarlige myndigheds mulighed for en effektiv og smidig, lokal tilrettelæggelse. De tre elementer skal dermed fungere i sammenhæng.”

Kapitel 10: Ny organisering af digitalisering og data

SFGLR er helt enige i SSK forslag om, ”at der etableres en national planlægningskompetence for digitalisering og data i sundhedsvæsenet” samt ”at der etableres en fælles service- og leveranceorganisation for digitalisering og data, Digital Sundhed Danmark.....” som ”skal samle opgaver og ressourcer, der handler om udvikling og drift af fælles, nationale løsninger, som i dag er spredt på flere aktører” og desuden have ”ansvaret for udvikling og drift af elektroniske patient- og omsorgsjournalsystemer (EPJ- og EOJ-systemer).”

SFGLR vil gerne understrege, at der ved oprettelse af den nationale planlægningskompetence politisk skal tages stilling til, hvordan der sættes rammer for udvikling af digitalisering og data, så det understøtte patientbehandling og gennemsigtighed og ikke bliver rammesættende for ledelse- og ledelseskultur.

Kapitel 11: Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

SFGLR er helt enig i ”at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet.

Formålet er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed”

SSKs vigtigste forslag er, at ”Fordelingen af læger geografisk og på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal tilpasses” OG at ”Sundhedscentre i form af fleksible og innovative tilbud skal styrke det primære sundhedsvæsen, særligt de almenmedicinske tilbud, og skabe rammer for bedre sammenhæng og samarbejde lokalt. Forslaget har særlig relevans i områder med langt til sygehuset.” SFGLR opfordrer kraftigt til, at der sker en kraftig præcisering af, hvad et Sundhedscenter er og skal/ kan indeholde, da begrebet nu bruges i meget forskellige sammenhænge og med meget forskelligt indhold.

SFGLR har følgende kommentarer til en del af SSKs anbefalinger:

SFGLR er helt enig i

Forslag 1: Tilpasset ressourcefordeling mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen skal tilvejebringes i de kommende års prioriteringer af det primære sundhedsvæsen ved en ændret prioritering af det allerede planlagte løft på sundhedsområdet på 750 mio. kr. årligt frem mod 2030. Og at det forudsætter

Forslag 2: Tilpasset fordeling af læger geografisk og på tværs af det primære og det sekundære sundhedsvæsen ved et ”vækstloft for sygehuslæger inden for udvalgte geografiske områder og eventuelt specialer. Det skal understøtte, at flere læger søger mod sygehuse uden for de store byer.”

Samt **Forslag 5: Styrket forskning i det primære sundhedsvæsen** vil ved mere forskningsbaseret viden om sundhedsfaglige indsatser med fokus på hele borgerens forløb styrke det primære sundhedsvæsen i væsentlig grad.

SFGLR mener, som tidligere understreget, at hvis ikke der sker en kraftig præcisering af, hvad et Sundhedscenter er og skal/ kan indeholde, vil **Forslag 7: Sundhedscentre som ramme for indsatser i det primære sundhedsvæsen og attraktive arbejdspladser** ikke have effekt, da netop ”Erfaringer tilsiger, at en fælles fysisk ramme ikke automatisk skaber større sammenhæng og integration mellem indsatserne, men de rummer et potentiale for styrket tværsektorielt samarbejde og koordination af patientforløb” og samtidig vil kunne betyde koncerndannelse og yderligere privatisering.

Kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

SFGLR er enige med SSK i deres overordnede anbefalingⁱⁱ, at det er afgørende at skabe bedre rammer for psykiatrien.

SFGLR vurderer at kompleksiteten hos mennesker med psykiske lidelser ikke er fuldt inddraget i SSKs anbefalinger. Her vil SFGLR blandt andet henlede opmærksomheden på udviklingshæmmede mennesker med psykiske lidelser. Det kræver en udvidelse af spektret af mennesker med psykiske lidelser. Tillige bør social udsathed inddrages som et parameter i analysemodellen.

Potentialer ved en styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser

SSK nævner følgende væsentlige udfordringer i psykiatrien: (12.1)

”Utilstrækkelig tilgængelighed, kapacitet og sammenhæng

- Utilstrækkelig kvalitet og tværfaglighed i de eksisterende tilbud
- Utilstrækkelige forebyggende og tidlige indsatser
- Stigmatisering og manglende prioritering og ligestilling på området
- Utilstrækkelig forskning, faglig udvikling og manglende prestige i at arbejde på området”

SFGLR er enige i udfordringerne. SFGLR mener samtidig at erfaring, viden og praksisudvikling, der er opsamlet i patientorganisationer, peerkorps, visse handicaporganisationer og tværfaglige medarbejdergrupper i psykiatrien også bør medtages i prioriteringerne og inddrages af det kommende Psykiatriråd. Dette lægger op til mere konkrete, praksisnære og detaljerede undersøgelser af, hvad der virker og bidrage til at definere de kommende kvalitetsstandarder.

”Hvis der i den nuværende struktur skal leveres sammenhængende forløb af høj kvalitet for den enkelte, forudsætter det i mange tilfælde meget tæt samarbejde og koordination mellem kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud, og det vil typisk være forløb af høj kompleksitet med mange og hyppige sektorskift og parallelle indsatser.”

SFGLR er enige med SSK i, at kvaliteten af det tværsektorielle samarbejde er udfordrende og stiller høje krav. Der bør undersøges nærmere, hvor de nuværende tætte samarbejder lykkes på trods af sektorskift mm. Hvilke mekanismer virker allerede og medtage disse i optimeringen af psykiatriområdet.

En betydelig aktivitetsstigning særligt i børne- og ungdomspsykiatrien samt flere mennesker med psykiske lidelser, der modtager en social indsats, har medført øget behov for kapacitetsopbygning i både kommuner og regioner. Fra 2011 til 2021 er antallet af sundhedsfagligt personale på psykiatriske sygehuse steget ca. 30 pct. (læger 38 pct.), men der er stadig mange steder udfordringer med at rekruttere og fastholde kompetent personale.ⁱⁱⁱ

”En analyse viser bl.a., at de mere decentralt placerede sygehuse i psykiatrien generelt har de største udfordringer med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale, særligt læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men at alle dele af psykiatrien har udfordringer med at rekruttere bestemte personalegrupper eller personale med særlige kompetencer inden for psykiatri.”

SFGLR er enige i SSKs analyse ift. udfordringer med rekruttering til decentralt placerede sygehuse. Derfor bør der være fokus på en kvalificeret analyse af hvilke parametre, der kan pege i retning af øget rekruttering og fastholdelse af alle relevante personalegrupper i den decentrale psykiatri sektor.

”Der er brug for at kunne tilbyde mere helhedsorienterede indsatser, som tager højde for det enkelte menneskes behov. Bedre sammenhæng er også en væsentlig forudsætning for, at de enkelte indsatser i kommuner, regioner og almenmedicinske tilbud tilsammen danner et effektivt forløb, som gavner den enkelte bedst muligt og samtidig sikrer mest mulig sundhed for de tilgængelige ressourcer.”

SSK påpeger her et afgørende kerneområde – mere helhedsorienterede indsatser. Det har SFGLR ofte fremført. Det er dog væsentligt for SFGLR at påpege, at effektive forløb ikke altid hænger sammen med kvalitet i patientforløb. Her bør SSK være konkrete og forsigtige ift. hvor meget fokus effektivitet bør have. SFGLR foreslår, at der vægtes et øget fokus på systematik og ensartethed i den tværfaglige indsats i psykiatrien. Dette vil samtidig være et løft af kvaliteten i fagligheden.

”Kommunerne er med Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed” fra 2022 forpligtede til at etablere lettilgængelige behandlingstilbud, hvor børn og unge i psykisk mistrivsel og deres familier skal tilbydes hurtig hjælp, når behovet opstår og med så tæt en kobling til barnet eller den unges hverdagsmiljø som muligt. Det lettilgængelige behandlingstilbud skal i overensstemmelse med de faglige rammer, der er udarbejdet for tilbuddet, tilbyde behandling af ensartet og høj kvalitet på tværs af kommunerne”...

”...Tilbuddet skal understøttes af regionernes børne- og ungdomspsykiatri og sikre, at den rette hjælp og behandling gives på rette niveau til de relevante målgrupper. Derudover skal regionerne via initiativet om hurtig opstart af behandling i børne- og ungdomspsykiatrien bidrage til, at også børn og unge med behov for behandlingsindsats i psykiatrien får hurtig hjælp.”

SSK fremhæver den tidlige og forebyggende indsats for børn og unges mistrivsel i 10 -årsplanen for mental sundhed. SFGLR er enig i, at det er ganske væsentligt. Implementeringen af den fine målsætning er dog afhængig af, at udfordringen ved rekruttering og fastholdelse af de rette faggrupper til psykiatri-området og de alt for lange ventetider på behandling i børne- og ungdomspsykiatrien løses. SFGLR anbefaler, at man allerede nu – inden evalueringen i 2026 ser på præmisserne i 10 årsplanen og om der er allerede nu er mulighed for at forbedre indsatsen som beskrevet i målsætningen ovenfor.

Udviklingen af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

SSK fremhæver, at regeringen i andet halvår 2024 vil præsentere et samlet udspil til en ny psykiatriplan frem mod 2030 og har anmodet et bredt sammensat nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed (psykiatrirådet) om at rådgive om udarbejdelse af udspillet samt rådgive om rækkefølge og prioritering af anbefalinger i det faglige oplæg til 10-årsplanen, som endnu ikke er igangsat.^{iv}

SFGLR anbefaler at patientorganisationer bliver repræsenteret i det kommende Psykiatriråd. Ligesom at Psykiatrirådet følges den endelige udmøntning af deres rækkefølge og prioritering af anbefalinger for 10-årsplanen.

Forslag 1: Psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen

”Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at de sygehusansvarlige myndigheder gennemfører en organisatorisk integration af psykiatrien og somatikken i en samlet ledelses- og organisationsstruktur, som lige- og sidestiller psykiatrien med somatikken.”

SFGLR er enig i, at det er helt afgørende, at psykisk sygdom ligestilles med somatiske lidelser. Det er særdeles vigtigt, at den organisatoriske integration af psykiatri og somatikken relativt hurtigt realiseres i det samlede hospitalsvæsen.

”Ved i højere grad at kunne have fokus på at opspore og behandle somatiske lidelser, er det kommissionens vurdering, at en stærkere integration kan være med til at mindske den markante ulighed i sundhed, der ses blandt mennesker med psykiske lidelser. Det er også vurderingen, at det kan bidrage til et opgør med den udbredte stigmatisering på området....”

”... En organisatorisk integration af somatikken og psykiatrien kan bidrage til et styrket ledelsesmæssigt fokus og tættere samarbejde mellem psykiatrien og somatikken om forskning, kvalitetsudvikling og kompetenceopbygning.”

SFGLR er stærkt optaget af et opgør med ulighed i sundhed, og at minimere alt for tidlige dødsfald blandt mennesker med psykiske lidelser og med skjulte somatiske sygdomme. SFGLR ønsker at fremhæve social udsathed som en væsentlig risikofaktor, der forstærker sammenhængen mellem ulighed i sundhed og tidlig død.

”Styrket forskning, forebyggelse og behandling vil give et løft af kvalitet i indsatserne og vil øge mulighederne for rekruttering og fastholdelse af faggrupper i psykiatrien.”

SFGLR er enig med SSK i at ovenstående er en del af løsningen på rekrutterings- og fastholdelsesudfordringen samtidig skal det, der i den nære ledelse såvel den øverste ledelse virker fremmende på godt arbejdsmiljø, arbejdstid, medindflydelse, trivsel og tryghed på arbejdspladsen og i ansættelsesforholdet medinddrages.

”Forslaget indebærer organisatoriske ændringer i den eksisterende sygehusstruktur med etablering af nye ledelsesstrukturer og arbejdsgange, og der må i en overgangsperiode forventes omstillings- og implementeringsomkostninger.”

Garanti for en tilstrækkelig ressource-tilgang i omstillingsperioden er et væsentligt succeskriterie. Erfaringen fra tidligere omstillinger/reformer har vist, at når man flytter ressourcer inden for de

eksisterende rammer falder implementeringsmuligheden væsentligt, fordi man ”saver den gren af man sidder på”. SFGLR anbefaler at der sikres en ressourcetilgang ud over den aftalte budgetramme for sygehusene.

Forslag 2: Styrket tværsektorielt samarbejde om mennesker med psykiske lidelser

”Sundhedsstrukturkommissionen foreslår tiltag, der skal styrke samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almenmedicinske tilbud om mennesker med psykiske lidelser. Tiltagene i dette afsnit skal ses i sammenhæng og vedrører:

- Krav om fasttilknyttede læger på botilbud
- Nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien
- Tværsektorielle samarbejdsfora på psykiatriområdet”

Et ambitiøst forslag der i sit afsæt er udfordret af mangel på alment praktiserende læger, men som giver mening i sin målsætning om at styrke den tværsektorielle sammenhæng og styrke almensektoren. Flere botilbud har sundhedsfaglige medarbejdere (sygeplejerske, ergoterapeut, SOSU-assistent) og speciallæge tilknyttet for at varetage den psykiatrifaglige tilsyn.

SSK anbefaler, at ”det er den myndighed som er ansvarlig for den almenmedicinske tilbud, der er ansvarlig for at tilvejebringe tilbuddet.” i overensstemmelse med SSK anbefalinger til fremtidig organisation i Del 4.

SSK anbefaler eksterne tovholdere tilknyttet botilbuddene. På de fleste botilbud er det socialpædagoger i samarbejde med de sundhedsfaglige medarbejdere, som varetager tovholderfunktionen. Det er ganske afgørende at der er en eksisterende relation mellem borgeren og tovholderen. Det giver derfor i et relationelt og recovery-orienteret perspektiv mindre mening at eksterne fagpersoner er tovholdere på et patient/borgerforløb.

SSK har i anbefalingerne ikke konkretiseret om de omhandler alle § 107/§ 108 tilbud – inklusive de private.

Systematik og ensartethed er en forudsætning for at nye nationale kvalitetsstandarder reelt implementeres.

I den endelig erfaringsopsamling og analyse af botilbud som aktuelt kan fungere som udviklingsmodeller for det nye nationale kvalitetsløft på området bør indgå de centrale krav og anbefalinger om systematik og ensartethed i indsatsen fra Bolig og Socialstyrelsen, som har været fulgt op af en tæt indsats fra de lokale socialtilsyn.

SFGLR er enige i behovet for tværfaglige fora^v, der vægter samarbejde i et bredere perspektiv. Ligesom vi anerkender udfordringen i spændingsfeltet mellem flere lovgivninger (psykiatriloven, Serviceloven, Sundhedsloven).

SFGLR finder det væsentligt, at der i de tværfaglige fora tilknyttes uafhængig juridisk bistand (fra eksempelvis universiteterne), der i samarbejde med de tværfaglige fora, indkredser og formulerer alternativer til barriererne i spændingsfeltet mellem de tre lovgivninger. Det kan skabe et nyt fundament for kommende lovgrundlag, der kan fjerne barriererne for målsætningerne og anbefalingerne fra SSK.

Forslag 3: Styrket udbredelse af brugen af digitale løsninger i psykiatrien

SFGLR deler SSKs begejstring for potentialet i de digitale løsninger^{vi} som beskrevet i SSKs anbefaling. Digitale løsninger bør også anskues som en døråbner ind til behandlingspsykiatrien for alle de, der måtte have behov for indlæggelse og nærværende psykiatrisk behandling, men som **ikke** selv formår at tage kontakten.

Digitale løsninger er et supplement til psykiatrisk behandlingsforløb under indlæggelse og er en måde at møde de nye generationer i øjenhøjde.

Der er behov for et forum hvor samarbejde mellem it-udviklere, faggrupper og patientorganisationer kan udvikle nye digitale løsninger.

SSK vurderer, at bedre datadeling mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri kan understøtte samarbejde og kommunikation om behandlingsforløb og bidrage til mere veltilrettelagte og sammenhængende forløb. Selvom SFGLR er enige i SSKs vurdering^{vii}, og ser store muligheder i forbedret datadeling, ligger det SFGLR stærkt på sinde at understrege at digitale løsninger og datadeling ikke kan erstatte behandlingsforløb og kontakt til behandlere i psykiatrien. Ligesom datadeling mellem tværsektorielle aktører ikke fuldt ud kan erstatte andre samarbejdsfora. Nuancerne i medmenneskelig kontakt, behandling, refleksion og nærvær er en grundlæggende søjle i recovery-tilgangen - et helhedsorienteret menneskesyn.

For SFGLR er den juridiske underbygning af reformen som en nødvendighed, hvor der er garanti for tilstrækkelige ressourcer til den juridiske proces.^{viii}

SFGLR må desværre konstatere med den afsluttende vurdering fra SSK^{ix}, at tilgangen til personalet i psykiatrien styres af et instrumentelt menneskesyn præget af tænkningen om effektivisering. Som påpeget er effektivisering ikke en garanti for bedre kvalitet, ensartethed og systematik i psykiatrien.

Det er en potentiel forhindring for at integrationen af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen vil blive en succes og tværfagligheden i psykiatrien vil blive løftet.

Kapitel 13: Private aktører og patientrettigheder

SFGLR finder det højst foruroligende,

- at de kommercielle private sygehuse omsætning er vokset relativt kraftigt over de senere år (selvom de stadig er af relativ beskeden størrelse i sammenligning med det offentlige sygehusvæsen), da de uundgåeligt udhuler de offentlige sygehuses budgetter.
- at der findes store forskelle i fordelingen af speciallæger på tværs af kommuner i henholdsvis Øst- og Vestdanmark. I nogle hovedstadskommuner er der seks gange så mange praktiserende speciallæger pr. indbygger som i nogle kommuner i bl.a. Vest- og Nordjylland

Til gengæld er SFGLR enig i SSKs anbefaling 1 og 3 om ”Tilpasning af rammerne for de praktiserende speciallæger” i form af, at planlægning af det praktiserende speciallægetilbud sker inden for en styrket national ramme, som understøtter en ændret geografisk fordeling og mere effektiv brug af speciallægetilbuddet i det samlede sundhedsvæsen (forslag 1) samt ”Fælles indgang, forbedret kapacitetsudnyttelse og prioritering på hovedfunktionsniveau” (forslag 3)

Overvejelser om hensigtsmæssig brug af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder

SFGLR vil gerne fremhæve SSKs udgangspunkt: ”at fremtidens sundhedsvæsen fortsat skal være bygget op om et stærkt offentligt finansieret sundhedsvæsen, hvor borgerne har let og lige adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Brugen af private aktører **kan i nogle tilfælde** (her vil SFGLR gerne understrege, at det skal være i en overgangsperiode) være et godt supplement til det offentlige sundhedsvæsen.”

SFGLR er helt enige i SSKs konklusion om, at ”hvis opbakningen til det offentlige sundhedsvæsen falder, kan det (vil det) skabe grundlag for en øget udbredelse af privatfinansierede sundhedstilbud, som risikerer at skabe en øget ulighed i sundhed.”

Samt ”at de sygehusansvarlige myndigheder fortsat skal bruge den private kapacitet strategisk og i videst muligt omfang på en måde, som understøtter sammenhæng i borgernes forløb og en omkostningseffektiv udnyttelse af de samlede ressourcer.”

Private sundhedsforsikringer

For SFGLR er det skræmmende, at ”2,7 mio. danskere har en sundhedsforsikring gennem deres private arbejdsgiver eller pensionskasse”, idet disse private sundhedsforsikringer giver hurtigere adgang til behandling og dermed øger uligheden i sundhed markant.

”Yderligere 2,7 mio. danskere har selv tegnet og betalt for medlemskab af ’Danmark’, hvilket er knapt så ulighedsskabende, da det ”kun” drejer sig om refundering af udgifter til medicin og visse behandlinger.

SFGLR bemærker, at ”de seneste ti år er antallet af private leverandører af hjemmehjælp i eget hjem faldet”, hvilket tydeligt indikerer, at det private ikke har kunnet udkonkurrere det offentlige, men har tabt ”markedsandele”. Privatisering vil at skabe offentlig videnstab.

Del 4 - Opgavesamling, forvaltningsmodeller, implementering og økonomi.

Kapitel 14: Samling af flere opgaver hos én myndighed

Heldigvis ser ”SSK ikke samling af opgaveansvaret under én myndighed som det eneste middel til at skabe stærkere sammenhæng og omstilling i sundhedsvæsenet”, hvilket SFGLR lægger stor vægt på.

SSK fremsætter 3 modeller for samling af opgaver (kapitel 15)^x som kombineres med 3 forvaltningsmodeller.^{xi}

Hvad angår opgavesamling er SFGLR i mod den store og mellemstore opgavesamling – model 1 og 2 – som vil give alt for stor afstand fra borger til myndighed og det politiske niveau i sær for ældre.

Model 3 ser ud til at give nye svære grænseflader, men det bør undersøges nøje, hvilke opgaver der ligger bedst kommunalt eller regionalt. Er der for langt (og det er både fysisk og ifht. samarbejdsflader) mellem ledelse og personale, er erfaringen at det giver mindre trivsel på arbejdspladsen og større sygefravær. Stort og større behøver ikke give hensigtsmæssige størrelser, hverken målt i effekt eller økonomi. Alt for meget bliver opslugt af administration, ansættelser af konsulenter og seminarier, der ikke husker at få praksisdelen og strategien hen mod ”hvordan opnår vi så den ønskede effekt”, med i de afsluttende og forpligtende beslutninger.

For alle de 3 forvaltningsmodeller gælder, at de nuværende regioner nedlægges, uden der er taget stilling til, hvor de opgaver, der ud over sundhedsvæsenet, varetages af regionerne så skal løses. SFGLR er helt klart af den mening, at de nuværende regionsopgaver ikke kan varetages af kommunerne og at flere af de specialiserede opgaver omkring handicap og psykiatri med fordel kan flyttes til regionen.

SFGLR ser ikke umiddelbart, at der således kan oprettes rene sundhedsregioner uden at få en fjerde forvaltningsinstans. Sundhedsregioner kan der være god grund til at overveje og undersøge nøjere – men hvor de nuværende regioners opgaver stadig skal løses på regionalt niveau.

SFGLR anser model 2 med et statsdrevet sundhedsvæsen for umulig. Staten som driftsherre har aldrig været en succes og ikke mindst vil den demokratiske styring være minimal og langt væk fra den enkelte borgers indflydelse.

For SFGLR er det magtpåliggende at en ny model bygger på en demokratisk, folkevalgt platform. Model 1 ledes sundhedsregionen af ca. 21-25 direkte valgte politikere med myndighedsansvar med ”en styreform baseret på stærke udvalg med umiddelbart forvaltningsansvar, som det kendes fra kommunerne, og som er administrativt understøttet af en decentral forvaltningsstruktur” og i model 3 (med den nuværende regionsopdeling) af 31 til 41 direkte valgte medlemmer samt ”at der i hver sundhedsregion oprettes en række nærudvalg” for at styrke den decentrale politiske beslutningskraft. De to modeller må her kunne sammensmeltes med vægtning på det direkte myndighedsansvar.

Det bør kraftigt overvejes om en ny model ikke bør have direkte skatteudskrivning – det har vist sig som en stor svaghed ved de nuværende regioner – da SSK ikke har kunne forholde sig til det inden for kommissoriet.

SFGLR anbefaler model 3 – uden den store opgavesamling – med elementer fra model 1 i form af et samlet ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor og direkte politisk myndighedsansvar samt nogle få udvalgte kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet inden for handicap og psykiatri. Samtidig bør der afsættes ressourcer til at opkvalificere personalet i ældreplejen.

SFGLR vil på det kraftigste fraråde, at region Sjælland sammenlægges med region Hovedstaden – der er simpelthen for store forskelle i forudsætningerne (socialt, demografisk, geografisk...) for borgerne i Gedser og Østerbro.

SSK beskriver, at sammenlægning kan ”være i form af tiltag, hvor relativt stærke sygehuse kobles sammen med relativt svage sygehuse under samme ledelse for at sikre en bedre fordeling af personaleressourcer”. Erfaringen i det danske sundhedsvæsen gennem de sidste 50 år er, at det betyder en centralisering over tid, hvor ”de svage sygehuse” bliver nedlagt.

Der er på nuværende tidspunkt et udmærket samarbejde mellem de to regioner på sundheds- og trafikområdet. På sundhedsområdet er der dog nogle barrierer i form af forskellige IT-systemer og platforme, som en samling i Digital Sundhed Danmark vil ophæve.

SFGLR er stærkt bekymret for, at målsætningerne stranded på det industrielle syn på medarbejdere i sundhedssektoren og vil få medarbejdere til fortsat at flygte fra sundhedssektoren. De stærkt hierarkiske organiseringer af arbejdskraften, beslutningskompetencer mm bør brydes op og i stedet give plads for mere anerkendende tilgange med uddelegering af ledelsesfunktioner - altså mere demokratiske modeller i organiseringen af arbejdskraften.

SFGLR tror ikke på det bliver attraktivt at arbejde i sundhedssektoren før der er et reelt opgør med de meget lodrette hierakier.

SFGLR er helt enig i, at uanset model skal demografimidlerne anvendes til udvikling af det primære sundhedsvæsen, bl.a. det almenmedicinske tilbud, idet der samtidig sættes et vækstloft for sygehussektoren.

På vegne af SF Guldborgsund, SF Lolland og SF Regions Sjælland

Lene Hatt, formand SF Guldborgsund

Sophieholmen 8, 1 th

4800 Nykøbing F

4800lene@gmail.com

ⁱ ”SSK foreslår, at der indføres differentierede patientnormer i det almenmedicinske tilbud på baggrund af en national model, som estimerer behandlingsbehovet for patienter i den enkelte klinik ud fra data, fx om patienternes alder, køn, fysisk og psykisk sygelighed og socioøkonomiske variable. Formålet er, at patientnormen i såvel den enkelte klinik som i et geografisk område afspejler patienternes behov for behandling. Let adgang til det almenmedicinske tilbud spiller en væsentlig rolle i at sikre social og geografisk lighed i sundhed. Det er derfor væsentligt, at kapaciteten og ressourcerne fordeles mere ligeligt efter befolkningssammensætning og behandlingsbehov. Forslaget adresserer dermed den ulighed, der er i, at de områder, hvor andelen af borgere med store sundhedsfaglige behov er størst, er der oftest færrest sundhedsfaglige ressourcer”.

ⁱⁱ ”Kommissionen ser det som en helt afgørende opgave for sundhedsvæsenet at skabe bedre rammer for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der er behov for, at kvaliteten af behandlingen løftes, og sammenhængen i indsatsen på tværs af sektorerne styrkes. Samtidig er kapaciteten i både behandlingspsykiatrien og i de kommunale indsatser udfordret (se kapitel 4). Stadig flere efterspørger udredning og behandling for psykiske lidelser, ligesom det stigende antal ældre borgere vil medføre, at flere udvikler demenssygdomme, som kræver samtidig behandling og støtte i forhold til at håndtere både somatiske og psykiske udfordringer. Herudover står den psykiske lidelse sjældent alene, idet den

ofte følges af samtidige somatiske udfordringer. Det gør det relevant at overveje, om den nuværende organisering af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser er tidssvarende i forhold til at kunne møde målgruppens sammensatte og meget forskellige støtte- og behandlingsbehov.”

iii ”Der er i de senere år sket en betydelig aktivitetsstigning i den regionale psykiatri, særligt i børne- og ungdomspsykiatrien, og en stigning i antallet af mennesker med psykiske lidelser, der modtager en visiteret social indsats med et deraf følgende øget behov for løbende kapacitetsopbygning i både kommuner og regioner. På trods af, at der i perioden fra 2011 til 2021 samlet set har været en stigning på ca. 30 pct. i antallet af sundhedsfagligt personale ansat på psykiatriske sygehuse, herunder en stigning i læger på 38 pct., opleves der mange steder udfordringer med at rekruttere og fastholde kompetent personale. En analyse viser bl.a., at de mere decentralt placerede sygehuse i psykiatrien generelt har de største udfordringer med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale, særligt læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men at alle dele af psykiatrien har udfordringer med at rekruttere bestemte personalegrupper eller personale med særlige kompetencer inden for psykiatri.”

iv ”Derudover ser SSK positivt på, at regeringen i andet halvår 2024 vil præsentere et samlet udspil til en ny psykiatriplan frem mod 2030, og regeringen i den sammenhæng har anmodet et bredt sammensat nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed (psykiatrirådet) om at rådgive om udarbejdelse af udspillet. Psykiatrirådet skal i den forbindelse rådgive om rækkefølge og prioritering af anbefalinger i det faglige oplæg til 10-årsplanen, som endnu ikke er igangsat, hvor der fortsat vurderes at være behov for en styrkelse eller udbygning.”

v ”Sundhedsstrukturkommissionen har overvejet muligheden for tværfaglige fora målrettet udvalgte målgrupper af mennesker med psykiske lidelser, hvor samarbejdet har et bredere perspektiv end sundhed og mental trivsel. Det kan være samarbejde om børn og unge, hvis formål er at forbedre sundhed og trivsel og samtidig understøtte, at flere unge gennemfører en uddannelse. Det kan være samarbejde målrettet voksne med støtte- og plejebenhov, hvor indsatsen, der skal forbedre sundhed, tænkes sammen med indsatsen, der skal sikre tilknytning til arbejdsmarkedet.”

vi ”Digitale løsninger i psykiatrien kan forbedre tilgængelighed, kvalitet og effektivitet af psykiatriske behandlingstilbud, fx i form af videokonsultationer, digital selvmonitorering, virtual reality-baseret terapi, digital terapi i hjemmet, øget automatisering og brug af kunstig intelligens til understøttelse af klinisk administrative opgaver, diagnostik og behandlingsvalg....
..... Digitale løsninger som apps og websider kan udbredes på befolkningsniveau og på den måde nå mange i målgruppen med en evidensbaseret indsats.”

vii ”Der er et stort uudnyttet potentiale for deling af data mellem aktørerne i de psykiatriske behandlingsforløb. Bedre datadeling mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri kan understøtte samarbejde og kommunikation om behandlingsforløb og bidrage til, at mennesker med psykiske lidelser får bedre, mere veltilrettelagte og sammenhængende forløb.”

viii ”Samtidig bør tiltag til bedre datadeling i psykiatrien tage afsæt i evalueringen af de nuværende juridiske rammer i den igangværende analyse af juridiske barrierer for datadeling på tværs af sektorer i patientbehandling”.

ix ”En organisatorisk integration af psykiatrien med det samlede sygehusvæsen vil udover at sikre øge kvalitet og sammenhæng for patienterne også understøtte en effektiv brug af knappe personaleressourcer ved at bringe relevante sundhedsfaglige kompetencer bedre sammen.”

x Opgavesamling:

Model 1: En stor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed.

Model 2: En mellemstor opgavesamling: Størstedelen af det kommunale ældre- og træningsområde, kommunal sygepleje, patientrettet forebyggelse, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed, mens kommunerne bevarer ansvaret for plejehjem og plejebolig.

Model 3: En mindre opgavesamling: Dele af den kommunale sygepleje, patientrettet forebyggelse, dele af genoptræningsindsatsen, sygehus- og praksissektor samles under én myndighed

^{xi} Forvaltningsmodeller:

Model 1: Enhedssundhedsvæsen med sundheds- og omsorgsregioner

I model 1 etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Det nye forvaltningsled får det samlede ansvar for sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor og en række udvalgte kommunale opgaver på sundheds- og ældreområdet. De nuværende regioner nedlægges.

Model 2: Statsligt enhedssundhedsvæsen

I model 2 får staten myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og øvrig praksissektor og for størstedelen af det kommunale sundheds- og ældreområde. Det vil sige, at der i modellen – tilsvarende model 1 - forudsættes en stor eller mellemstor opgavesamling.

Model 3: Sundhedsregioner

I model 3 tages der udgangspunkt i den nuværende opgave- og ansvarsfordeling på sundheds- og ældreområdet. I modellen har regionerne fortsat ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. Der kan også ske en mindre samling af opgaver på sundheds- og ældreområdet, men modellen bygger på et rationale om en mindre opgavesamling sammenlignet med model 1 og 2.

SF-Stevns hørings svar til sundhedsstrukturkommissions rapport

Stevns d. 6 august 2024

SF-Stevns ser udfordringerne i sundhedsvæsenet, især det primære sundhedsvæsen, som et udslag af manglende fokus og ressourcer. Vi skal have en løsning, der både skaber sammenhæng, høj kvalitet og mest mulig sundhed for pengene og med ansvaret for sundhedsopgaverne i de nuværende fem regioner eller tilsvarende folkevalgte organer. Med en målrettet indsats har vi forbedret vores specialiseret sundhedsvæsen så meget at ser man på listen over verdens bedste hospitaler, har Danmark til trods for vores lille størrelse hele fire hospitaler i Top 100 – det samme skal vi gøre med det primære sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenet drives bedst i en geografi, der ikke er for langt væk, da vi skal levere de fleste løsninger tæt på borgerne, men samtidig skal vi sikre at kapaciteten, kompetencerne og "kundeunderlaget" er til stede. Som udgangspunkt er SF-Stevns imod de store strukturelle ændringer som eksempelvis en ændring af regionsstrukturen vil være. For det første ønsker vi at bibeholde et folkevalg niveau, for det andet vil en omstrukturering koste ressourcer. Vi så da man gik fra amter til regioner at det tog 4-5 år inden organisationen kom helt på plads. Det er langt tid at lægge beslag på mange vigtige ressourcer som er påkrævet andre steder – og SF-Stevns tvivler på at værdien af processen vil være af en størrelse som kan stå mål med indsatsen. SF-Stevns vil advare mod at man nedlægger regionerne selv om vi er åben for vise ændringer hvor det giver øget værdi for patienterne. Det skyldes at det regionale lag er et vigtigt demokratisk forum hvor man vælger personer til at præge det nære sundhedsvæsen i en bestemt retning indenfor de snævre rammer der er (I Region Sjælland har vi i årevis prioriteret psykiatrien hvor der intet skete på Christiansborg.). Når vi taler øvrig sundhed er det vigtigt at sundhedstilbuddene er tilpasset de lokale forhold og strukturer (dvs. blandt andet kommunernes forskelle og de specialiserede tilbud). I stedet for afvikling bør man styrke det regionale lag med endnu mere magt på miljøområdet og eksempelvis (som i amternes tid) gøre regionerne til driftsherre for specialiserede tilbud til børn og unge – tilbud hvor fagligheden er blevet udvandet efter de i 2007 overgik til andre aktører. Derudover varetager regionerne andre områder som ikke passer til kommunerne (især de små) men samtidig er for nære til at ligge nationalt (ex.: klima, transport, uddannelse, miljø og socialområdet)

Strukturreformen fra 2007 splittede sundhedsområdet op og skabte nye snitflader, hvor patienterne kan blive tabt mellem flere stole. Reformen har mindsket incitamentet til at tænke på tværs og investere i de nære tiltag for at holde folk mere raske og ude af sygehusene. Det skyldes at incitamentet ikke er stærkt nok i forskellige sektorer, der har ansvaret for hver deres del af sundhedsvæsenet – de strukturer skal på plads.

Kommissionen foreslår flere mindre "regioner", men med flere regioner risikerer vi, at de mange års udvikling og specialisering af sygehusene siden sidste reform går tabt og at danskerne får en mere ulige adgang til sundhedsvæsenet. Færre regioner og et mere centraliseret sundhedsvæsen vil

omvendt skabe unødigt afstand til de lokale forhold og svække den politiske opmærksomhed på landdistrikterne. En stor forskel i størrelsen mellem regioner vil desuden skabe en uhensigtsmæssig ubalance på tværs af landet. Det er vigtigt at vi fremadrettet sikrer at alle kommuner kan løfte de opgaver som bliver lagt ud, både økonomisk og fagligt. Et eksempel på noget der ikke lykkedes er fra 2007 hvor rusmiddelområdet gik fra at være en amtslig opgave til at blive en kommunal opgave – mange store kommuner har kunnet løfte opgaven, men tilbuddene er nærmest ikke eksisterende i mange små kommuner.

I SF-Stevns ser vi følgende udfordringer som de mest påtrængende:

- de kommende års vækst i ældre, herunder ældre, der lever med en eller flere kroniske sygdomme plus andre behandlings- og plejebestanden i et sundheds- og plejeregime, der i forvejen lider under bl.a. mangel på kvalificerede medarbejdere;
- En tiltagende social og geografisk ulighed i adgangen til god behandling og pleje;
- En politisk og ressourcemæssigt stærk underprioritering af lige muligheder for sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse.

SF-Stevns ser positivt på rapportens seks tværgående anbefalinger, hvoraf flere er meget vigtige for at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet og en styrker lægedækningen i hele landet. Kommissionens forslag om nye stående nærudvalg, som på vegne af regionen får til opgave udvikle og udbygge de nære indsatser i dialog med sundhedsaktører, civilsamfund og lokalsamfund lyder tiltalende. Det vil løse behovet for at styrke nærheden i en model med fem regioner og et samlet kædeansvar gennem hele patientforløbet.

Den første udfordring, er de kommende års vækst i ældre, herunder ældre, der lever med en eller flere kroniske sygdomme plus andre behandlings- og plejebestanden i et sundheds- og plejeregime, der i forvejen lider under bl.a. mangel på kvalificerede medarbejdere, kan primært løses gennem opprioritering af den primære sundhed via alment praktiserende læger og den lokale borgernære sundheds-, pleje- og omsorgsindsats.

I SF-Stevns forestiller vi os en ny type almene lægeklinikker i offentligt regi. Vi ønsker at klinikkerne på en gang kan vælges som 'familielæge', der som i dag fungerer som gatekeeper i forhold til specialiseret behandling og evt i samarbejde med en ny type lokal plejevisitation (i tilknytning til selvstyrende teams, der får udvidet kompetence til nærmere visitation/aftale om de konkrete plejebestanden, der søges imødekommet). Samtidig kan klinikkerne tilknyttes de lokale plejehjem og dets beboere og ad den vej understøtte varetagelsen af diverse sundhedsopgaver her.

SF-Stevns mener at et sammenhængende sundhedssystem fra patientens synspunkt er at en person er tovholder i hele ens forløb i sundhedssystemet. Her mener vi at den almene praktiserende læge er den naturlige tovholder. Det er vigtigt at få undersøgt om man kan finde en form hvor den almene praktiserende læge som "tovholder" kan bruges som 'bestiller' af specialiseret behandlinger. Det har man bla. haft dårlige erfaringer med i det britiske program Working for Patients, mens det virker til at Israel har bedre resultater med at give udvidet muligheder til almen-niveauet. På de store klinikker i Israel har man eksempelvis en læge med fokus på alle KOL-, diabetes- og hjerte-karpatienter så man gennem forbyggende besøg kan beholde dem hjemme i stedet for at de ofte kommer på sygehuset.

Det er samtidigt vigtigt at man internt på sygehusene forsøger at samle patientens undersøgelser på en dag så man begrænser antallet af ture til sygehuset.

SF-Stevns hilser forslaget om kædeansvar velkomment. Det er vigtigt at vi samler ansvaret for patientforløbet et sted og derfor er vi glade for den del af den tredje model hvor ansvar og kompetencer følges ad, sådan at det er Regionen der definerer hvad og hvordan og som har det reelle ansvar ift. patienterne der overgår til kommunerne som derefter er de udførende; ex. bør akutsygeplejen bliver regionalt ansvar

Vi ønsker at lovgivningen bliver harmoniseret – det gælder eksempelvis på beskæftigelsesområdet hvor kommunen i jobcenteret kan underkende lægernes ekspertvurderinger eller ved genoptræningen efter en ulykke hvor man får hvad kommunen nu kan tilbyde selv om man lægefagligt skulle have mere – det skal laves om!

Vi skal sikre at tovholderen er med i loopet mellem patient, sygehus og kommune så folk ikke udskrives til gaden eller folk med hofte- eller lårbrud bliver sendt hjem til ingenting.

Flere almene praktiserende læger

SF-Stevns mener at det er helt vitalt at alle, uanset bopæl, har lige adgang til en almenpraktiserende læge. Det er nødvendigt at styrke det almenmedicinske tilbud bl.a. ved at sikre investeringer i flere almenmedicinske læger til almen praksis, og at almen praksis dermed rustes til at løfte endnu flere opgaver. Vi ved at mange af de nyuddannede læger har lyst til faglig sparring – derfor forslår vi at man opretter fælles offentlige lægeklinikker. Offentlige klinikker vil betyde at lægerne ikke selv har udgiften til at købe og efterfølgende en opgave med at sælge klinikken – for mange læger har deres private praksis ikke været den ønskede pensionsopsparing. Det er vitalt at klinikkerne er offentlige og ikke de temmelig dubiøse klinikker vi kender fra TV og som ofte kun består af vikarer. Vi har brug for faste familielæger og brug for klinikker som giver værdi for de penge vi betaler.

Væksten i antallet af praktiserende læger skal i starten ske i de områder, hvor der i dag mangler læger eller hvor læger har en stor arbejdsbyrde, fordi deres

patienter har mange sygdomme og problemstillinger, som den praktiserende læge skal håndtere – det er en af hovedudfordringerne i den ulige tilgang til sundhed.

Flere speciallæger i ydreområderne

Det er vigtigt at vi får flere speciallæger ud i ydreområderne. I dag er der 1,5 års ventetid i Region Sjælland hvis man vil til speciallæge, mens ventetiden på Østebro er 1 måned – det er helt uacceptabelt! Vi burde kunne regulere dette mis-match gennem tildeling af ydrenumre, så der kommer færre der hvor der i forvejen er god dækning og flere ydrenumre i ydreområderne.

Samtidig bør vi lave offentlige speciallægeklinikker i tilknytning til vores sygehuse.

Sygehuslægerne som en "støttefunktion"

Vi foreslår at dele af sygehuslægerne indgår i en "støttefunktion" for primærfunktion (ex. 1 - 2 dage om ugen) så de kan kontaktes af almenlægerne og bruges til sparring, hvis man sidder med en patient hvor der er behov for en ekspert. Det kan måske give den fordel at man bedre kan fastholde lægerne, da man får et offentlig "hybrid", hvor hovedarbejdet er på en stor afdeling og den ene dag om ugen er i en mindre enhed med mulighed for stor medindflydelse og derved skabe mere attraktive arbejdspladser for speciallæger. Samme model 4 dage på sygehus og 1 dag i klinikken, bør også bruges i de speciale-klinikker hvoraf mange i dag er private og lægerne er dobbeltansatte – her vil en af fordelene være at man med den samme offentlige arbejdsgiver vil øge fleksibiliteten i forbindelse med spidsbelastninger, uddannelse osv.

Vi bør udbrede brugen af e-konsultationer hvor det giver mening og hvor patienterne er trygge ved det. Vi har i Region Sjælland haft glæde af det bla. i psykiatrien. Det er vigtigt at dette tilbud ikke erstatter den "fysiske" læge, men ses som et alternativ.

Ressourcer

SF-Stevns er temmelig skeptisk overfor hvorvidt den ressourcemæssige opprioritering af primærsundhedsvæsenet vil kunne ske gennem en national plan som foreslået af kommissionen, bla fordi det stiller meget store krav til den 'rigtige' implementering.

Vi ser i højere grad en ændring af de økonomiske pengestrømme som et godt middel. I dag er de økonomiske pengestrømme i forbindelse med bloktilskud, mellemkommunal udligning, PLO-overenskomst mv. problematisk i forhold til specielt udviklingen af det primære område. Bloktilskud og lovkrav som behandlingsgaranti, kræftpakker etc. har haft en klar tendens til at prioritere det specialiserede sygehusvæsen over den primære sundhedssektor og forebyggelse, og inden for det regionale sygehusvæsen er der en klar tendens til at prioritere elektiv kirurgi over psykiatri og akutmedicin. Oven i det er den mellemkommunale udligning indrettet således, at den ikke kompenserer

kommuner med mange ældre godt nok og slet ikke kompenserer kommuner med mange svage og mere sygdomsramte ældre godt nok.

Begge dele bør der laves om på. F.eks. kan det oplagt være nødvendigt at allokere alment praktiserende læger til de nye offentlige klinikker med meget favorable løn- og arbejdsvilkår, ligesom bloktilskudsforhandlingerne bør kunne ske ud fra åbent fremlagte og borgerdiskuterede prioriteringer til de forskellige dele af sundheds- og plejeområdet. SF-Stevns mener at vi skal have en reform af det mellemkommunale udligningssystem så vi får en mere hensigtsmæssig fordeling af de økonomiske ressourcer med hensyn til (1) ligelig fordeling efter borgernes behov (2) omfordeling til en række yderområder, der typisk vil vinde på en forbedret udligning efter antallet af ældre og pleje- og behandlingskrævende ældre (3) sociale fordelingshensyn.

Lighed i sundhed

Det er vigtigt at vi får et opgør med den brugerbetaling som i dag er en del af vores sundhedsvæsen. Det drejer sig om udgifter til transport, gebyrer, mad og linned. Det må ændres så alle uanset økonomisk formåen har et gratis tilbud.

Forebyggelse

Forebyggelsestiltag er desværre næsten fraværende i rigtig mange kommuner og vi må erkende at den sidste kommunalreform slog fejl ned hensyn til at levere sundhedsfremme og forebyggelse. Ikke ved den strukturelle placering i kommunerne, men ved den neoliberale tro på, at man kunne skabe en god kommunal business case for investering i forebyggelse. Forebyggelse er set i et længere samfundsøkonomisk perspektiv en god investering, som bør fremmes. Men i dag har kommunerne absolut ingen økonomiske incitamenter til sådanne investeringer og resultaterne har da også været jammerlige. Derfor må vi gå andre veje. Konkret foreslå vi, at der udarbejdes målbestemte forebyggelsesprogrammer/-investeringer for et voksende antal 'folkesygdomme: diabetes 2, hjerte- kar-sygdomme, demens mv., hvor det er en national opgave at udvikle og forske i effekter og forskellige former for sundhedsfremme og forebyggelse samt opstille effektmål for investeringerne. Lokalt og regionalt skal man så kunne byde ind med investeringsprojekter, og der kan så udarbejdes økonomiske modeller for, hvem der tager stilling til de konkrete investeringer, investeringsvilkår, herunder eventuel 'tilbagebetaling' for opnået 'afkast' af investeringerne i form af færre senkomplikationer af diabetes 2, færre demente med mindre plejebenhov, o lign. Her vil man bla kunne hente inspiration fra den italienske økonom Marianne Mazzucatos skrivelser om 'mission-oriented investments' inden for bla sundhed.

Data og honorering

Det er vigtigt at vi i endnu højere grad indsamler og bruger data. De indsamlede data er forskellige og skal bruges forskelligt.

For det første er det vigtigt at slå fast at borgernes data suverænt er borgerens ejendom og derfor at borgeren selv skal bestemme over disse oplysninger.

For det andet er det vigtigt at lægerne indsamler data om de enkelte patienter til den videre behandling og her er det vigtigt at man har systemer som er nemme at arbejde i og ikke "stjæler" unødigt tid – man kan også overveje om støttefunktioner, andre sundhedsfaglige og administrative medarbejdergrupper, kan tage dele af opgaverne og frigive specialiseret lægefaglig tid til det der giver værdi for patienterne.

For det tredje er det vigtigt med data om hvor mange konsultationer, hvilke sygdomme og hvilke behandlinger der er iværksat hos de praktiserende læger.

Det vil være et vigtigt redskab for driftsherren at man ved om målene og økonomien holder eller om man skal opprioritere ressourcer til den almene praksis.

Dataindsamlingen vil desuden være vigtig for at gøre alle dispositioner transparente, hvilket er vigtigt for at kunne følge op på et kædeansvar.

Arbejdsforhold

Arbejdsforholdene har en kæmpebetydning for arbejdsglæden, muligheden for og lysten til at arbejde fuld tid, lysten til fortsat at være ansat og evnen til at rekruttere. Et godt arbejdsmiljø er vigtigt fordi vi gerne vil passe på vores ansatte, men også fordi et dårligt arbejdsmiljø koster mange ressourcer.

Man bør hurtigst muligt sikre ordentlige arbejdsforhold alle steder gennem en dialog med alle parter – imens skal "arbejdsgiverne" og lovgiverne give de ansatte langt bedre mulighed for at bruge deres faglighed. Det kan være hvor forskellig lovgivning spænder ben eller begrænser brugen af fagligheden eller retningslinjer som hindre det faglige skøn.

Kvalitetskrav

Kommissionens forslag om kvalitetsstandarder kan give god mening, men det er meget vigtigt at vi sikrer at ingen grupper kommer til at blive dårligere stillet fordi andre får et rettighed (det har vi desværre set på sygehusene hvor de langtidsmedicinske patienter ofte kommer bagerst i køen.). SF-Stevns håber at kvalitetsstandarder overført til de kommunale områder vil betyde mere faglært personale og gerne en autorisation af sundhedspersonalet, eksempelvis på SOSu-området og det specialiserede område som eksempelvis den specialiserede genoptræning og specialiseret indsat på handicapområdet.

Psykiatri

SF-Stevns er utryk ved at lægge psykiatri og somatik sammen, da vi frygter at det kan gøre psykiatrien til lillebror. Vi erkender at der er forløb hvor områderne skal samtænkes – især skal vi have fokus på dobbeltdiagnoser.



SIND – 06.08.2024

Hørings svar af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Indledning

SIND-Landsforeningen for psykisk sundhed takker for muligheden for at afgive høringssvar.

SINDs store ønske er, en struktur som tager udgangspunkt i, at det er hjælpen til det enkelte menneske, som kommer forud for alt andet, og at den struktur, der skal være i sundhedsvæsenet, tager højde for det.

Det er vigtigt for SIND at det bliver en styringsmodel, hvor valgte politikere har ansvaret for det nære sundhedsvæsen.

SIND er på mange områder på linje med høringssvaret fra Danske Handicaporganisationer (DH), som SIND er medlem af.

SIND vælger af de 6 faglige anbefalinger primært at fokusere på anbefaling nr. 4, der vedrører psykiatri og kapitel 12: Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Boks 12.4

Anbefaling 4

Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser

Boks 12.5

forslag 1:

SIND mener, at forslaget om at psykiatrien integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen kan sikre langt bedre sammenhæng mellem psykiatri og somatik og dermed styrke muligheden for at somatiske lidelser opdages i tide og behandles mere effektivt hos mennesker med psykiske lidelser.

Vi mener dog, at der er udfordringer, man skal være opmærksom på.

For det første er det vigtigt, at sygehusvæsenet i højere grad tager udgangspunkt i samarbejdet med det enkelte menneske, når behandlingsforløb planlægges. Det kræver viden, erfaring, empati og tålmodighed. De rette kvalifikationer skal være til stede, og de fagprofessionelle skal have mulighed for at tilegne sig den viden der skal til, for at kunne få forståelse for kompleksiteten af de problemstillinger de møder.

Når man har en psykisk diagnose, bliver det vist på ens journal, så snart man henvender sig i sundhedsvæsenet. Vores erfaring er, at den psykiske diagnose kan medvirke til, at den

enkelte persons somatiske symptomer ikke bliver taget alvorligt, og at personens somatiske symptomer tillægges den psykiatriske diagnose

En organisatorisk samling stiller store krav til alle medarbejderes kompetencer og kan ikke stå alene. Der skal være en samlet og koordineret indsats til at få sikret en bedre sammenhæng og kvalitet for patienterne. Strukturen i sig selv gør ikke den store forskel, hvis ikke indholdet er på plads. Vi mener derfor, at det er vigtigt, at man ser på, hvordan det sundhedsfaglige personale kan sikre, at de ikke overser somatiske sygdomme, som også kan lyde som følgesymptomer på personens psykiske diagnose, og husker at se mennesket og ikke diagnosen

For det andet er det vigtigt, at det psykiatriske speciale får lige så høj status som somatiske specialer. Derfor mener vi, at man skal have et særligt fokus på, at psykiatrien organisatorisk ikke bliver nedprioriteret i forhold til budgetter og andre vigtige beslutninger. En psykiatrisk diagnose kan være lige så livstruende og akut, som en kræft- eller hjertekar diagnose.

Kapitel 12, forslag 2:

SIND er enig i vigtigheden af, at det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykiske lidelser bliver styrket. Forslaget om faste tilknyttede læger på botilbud er godt. Ligeledes at der i det hele taget er fokus på den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien.

Det er i øvrigt ikke kun på botilbud, men også hos de mennesker, som får § 85 støtte via serviceloven og andre socialpædagogiske indsatser, at der er behov for en særlig indsats i forhold til de somatiske problematikker, det enkelte menneske kan være ramt af.

Der kan være mange forhindringer forbundet med kontakten til sundhedsvæsnet for et menneske med psykiske vanskeligheder/diagnoser.

SIND opfordrer derfor til, at der i den nye struktur bliver taget hensyn til, at der skal være fleksibilitet i måden, man kan komme i kontakt med sundhedsvæsnet. Der er allerede steder i landet, hvor man har lavet fleks klinikker, som netop tager hensyn til, at indgangen skal være fleksibel. Ligesom der er praktiserende læger, som har særlige hensyn til de patienter, som har psykiske udfordringer og som befinder sig i en udsat position i deres liv.

Der er også eksempler på, at sundhedsfagligt personale laver opsøgende arbejde i forhold til at opspore somatiske lidelser hos mennesker i det psykiatriske system. Disse måder at lave opsøgende arbejde, mener SIND, skal indtænkes i strukturen i hele landet.

Kapitel 12, forslag 3:

SIND mener, at udbredelse af brugen af digitale løsninger flere steder i psykiatrien kan være en fordel for nogen, men ikke for alle.

Der skal være stor opmærksomhed på, at de digitale løsninger ikke må erstatte, at man fysisk kan møde op til samtale eller behandling. Der skal være et valg for det enkelte menneske.

Vi ved, at der er en udsat gruppe af mennesker, som ikke er digitale af mange forskellige årsager. De kan ikke modtage hjælp digitalt, så skal derfor sikres andre muligheder.

10-årsplanen for psykiatrien

Kommissionen skriver, at deres forslag ses i sammenhæng med de øvrige anbefalinger. For SIND er det vigtigst, at forslagene skal ses og gennemføres i sammenhæng med det igangværende arbejde for 10-årsplanen for psykiatrien.

Der ligger allerede mange gode initiativer parate til at blive implementeret i psykiatrien. Der er allerede afsat en sum penge, så det er muligt løbende at kapacitetsopbygge frem til 2024. Disse tiltag og indsatser skal indtænkes og implementeres, uanset hvilke politiske beslutninger der tages ud fra anbefalingerne fra kommissionen.

Afsluttende bemærkninger:

Vi synes, at Sundhedsstrukturkommissionens rapport samlet set har beskrevet mange af udfordringerne i psykiatrien. Vi noterer os med glæde, at indholdet i flere beskrivelser og betragtninger er på linje med de input, SIND har bidraget med til kommissionen.

Det er vigtigt for SIND at minde om, at uanset hvad så skal den fremtidig struktur være en som tager udgangspunkt i, at mennesker er forskellige, og at de har forskellige behov.

Vi ved, at uanset hvor ressourcestærk en person kan være, så kan der opstå livsomstændigheder, som ændrer på helhedssituationen, og hvor man får brug for en helt særlig hjælp fra sundhedsvæsnets net. Denne hjælp er ofte en hjælp, som går på tværs af sektorerne, og derfor kan det være livsvigtigt for den enkelte, at der er sammenhæng imellem de forskellige hjælpeforanstaltninger. Der er så meget af hjælpen som ligger udenfor hospitalet og behandlingspsykiatrien, derfor skal man også indtænke den hjælp som finder sted i socialpsykiatrien.

De fagprofessionelle skal kunne udføre deres arbejde bedst muligt på tværs af sektorerne, hvilket den organisatoriske opbygning af sundhedsvæsnets net skal sikre kan lade sig gøre.

Mange hilsner fra

Mia Kristina Hansen

Formand

på vegne af SIND-Landsforeningen for psykisk sundhed



Indenrigs- og sundhedsministeriet
Sendt til sum@sum.dk

Blekinge Boulevard 2
DK - 2630 Taastrup

Telefon: +45 33 14 00 10
mail@sjaldnediagnoser.dk
www.sjaldnediagnoser.dk

Under protektion af
Hendes Majestæt
Dronning Mary

6. august 2024/Lej

Hørings svar vedr. Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Sjældne Diagnoser har med interesse fulgt Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. **Sjældne Diagnoser er medlemmer af Danske Patienter og bakker fuldt ud op om høringssvar herfra.** Som repræsentant for små patientgrupper, som har særligt brug for at være forankret på højt specialiseret niveau, vil vi imidlertid gerne særskilt henlede Sundhedsministeriets opmærksomhed på de udfordringer, sjældenheden medfører. Udfordringer, som risikerer at blive større, hvis præmissen om at investere mere i det primære sundhedsvæsen og relativt mindre i det specialiserede sundhedsvæsen lægges til grund uden hensyntagen til indsatsen ift. små, sjældne patientgrupper.

Udfordringer

Som beskrevet i Sundhedsstyrelsens nationale strategi for sjældne sygdomme (National strategi for sjældne sygdomme 2014, Handlingsanvisende statusrapport 2018 og Evaluering af national strategi for sjældne sygdomme 2022), så er indsatsen for mennesker med sjældne sygdomme kompleks, fordi der i det samlede billede kun er få personer med samme sjældne sygdom. Derfor har denne gruppe af patienter en overhængende risiko for ikke at "passe ind" i sygehusvæsenet. Selvom sygdommene i deres manifestation, sværhedsgrad, kompleksitet, forløb over tid og behov for kontakt og indsats varierer, så har de det til fælles, at diagnostik, behandling, rehabilitering og opfølgning stiller krav om en særlig viden, ekspertise og sagkundskab samt en specialiseret indsats. Som det er anført i forordet til 2014-strategien: *Kun ved at udvise en helt særlig opmærksomhed over for patienter med sjældne sygdomme kan de sikres den samme kvalitet i tilbud og indsats og dermed ligestilling med patienter med hyppige og velkendte sygdomme.* I forbindelse med evaluering af strategien er det påpeget, at der indenfor den kliniske genetik er gang i en omfattende udvikling, hvorfor der med fordel kan være fokus på at indfri potentialet ved de forbedrede metoder ift. diagnostik og behandling.

Sjældne Diagnoser finder det afgørende vigtigt, at de analyser og anbefalinger, der er udarbejdet som led i den nationale strategi fortsat lægges til grund for den samlede indsats for mennesker med sjældne sygdomme og handicap. Et væsentligt element heri er Sundhedsstyrelsens specialeplan, der ikke mindst bygger på princippet om, at "øvelse gør mester". Det vil sige, at kvaliteten af behandlingen bliver bedre, hvis den sundhedsfaglige erfaring/ekspertise og antallet af behandlinger samles. Dette gør sig i høj grad også gældende ift. nye metoder i diagnostik og behandling.

Det er derfor med bekymring, vi i Kommissionens rapport finder overvejelser og konkrete forslag om generelt at investere relativt mere i det almene sundhedsvæsen fremfor i det specialiserede sundhedsvæsen (ikke mindst i forbindelse med anbefaling 6 under tema 3). Her anfører Kommissionen selv, at en stærkere styring af området kan give risiko for længere ventetider, også for patienter med et reelt behov for en højt specialiseret indsats. Det er dybt bekymrende, hvis der etableres mekanismer til

fremme af et bedre samspil mellem almen praksis og det specialiserede sygehusvæsen, som kan risikere at gøre vejen til diagnostik og behandling endnu længere for nogle af de mest alvorligt syge patienter.

Forudsætninger

Sjældne Diagnoser er ikke afvisende overfor at lade almen praksis spille en større rolle ift. patienter med sjældne sygdomme. Dette gælder ikke mindst ift. de fremtidige udfordringer, hvor bedre behandling af nogle sjældne sygdomme fører til længere levetid og nye problemstillinger som følge af aldring mv. Erfaringen er imidlertid, at almen praksis ikke altid kan/vil håndtere sjældne tilstande, fordi der mangler viden om de sjældne sygdomme.

Et bedre samspil mellem det højt specialiserede niveau og almen praksis kræver derfor, at fagligheden på det højt specialiserede niveau er både høj og tilgængelig. Og at der i almen praksis er et modtage-apparat, som er forpligtet til og formår at række ud efter den høje faglighed. Det kræver også et system for at opsamle og dele viden og erfaring på tværs af det højt specialiserede niveau og almen praksis, så de kan komme alle sjældne patienter til gode. Det er også en forudsætning for at samle patienter og viden nok til at kunne deltage i forskningsprojekter på europæisk plan, bl.a. i regi af European Reference Networks.

Hvis disse forhold ikke er på plads i en ny struktur, er der oplagt en risiko for, at patienter med sjældne sygdomme i endnu højere grad end i dag ender mellem to stole: det højt specialiserede niveau som skal se færre patienter og almen praksis, som mangler viden og ressourcer.

Afslutning

Sjældne Diagnoser vil med dette hørings svar påpege risikoen for, at "sundhed for de mange" unintentionelt kan risikere at føre til forringet diagnostik, behandling og opfølgning for "de få", der har brug for at være forankret på højt specialiseret niveau.

Vi anmoder derfor om, at der er en særlig opmærksomhed omkring indsatsen ift. sjældne sygdomme, når fremtidens sundhedsvæsen udvikles og implementeres.

Med venlig hilsen

Liselotte Wesley Andersen, næstformand

/Lene Jensen, direktør



SOCIALDEMOKRATIET

Region Nordjylland

Den 6. august 2024

Hørings svar fra Socialdemokraterne i Region Nordjylland

I forbindelse med Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering til regeringen vedr. den fremtidige organisering af sundhedsområdet i Danmark har Socialdemokraterne i Region Nordjylland følgende kommentar:

Region Nordjylland er en velfungerende region med en funktionel god størrelse. Regionen evner at samarbejde med samtlige kommuner til fælles gavn for alle borgere i Region Nordjylland. Den nordjyske identitet er i høj grad bundet op på regionens eksistens og funktion. Innovationskraften er stor og giver rigtig god faglig og organisatorisk dynamik.

Region Nordjylland kan i kraft af sin størrelse være et foregangseksempel ind i fremtidens organisering af "Den nære sundhed". Tanken om at lade Region Nordjylland blive en "fri region" til at sikre udvikling og afprøvelse af design og struktur af det fremtidige sundhedsvæsen er oplagt. Det kan også være et argument for at have en differentieret befolkningsstørrelse blandt landets regioner.

Tabet af demokratisk forståelse og indflydelse vil lide et voldsomt knæk, hvis Region Nordjylland nedlægges, og der måtte ske en sammenlægning med Region Midtjylland.

Region Nordjylland har dog sine udfordringer: Den demografiske udvikling, rekruttering af fagligt personale og geografiske udfordringer giver anledning til overvejelser omkring, hvordan "Den nære sundhed" implementeres bedst helt ud i yderområderne.

Socialdemokraterne i Region Nordjylland mener, at den bedste løsning og forståelse herfor bør findes lokalt hos en folkevalgt demokratisk ledet organisation i Region Nordjylland. I øvrigt har høringssvaret fra et samlet regionsråd i Region Nordjylland vores fulde tilslutning.

Preben Dahlgaard

Regionsformand
Socialdemokraterne
Nordjylland

Høringsvar om sundhedsstrukturkommissionens rapport

Socialpædagerne har følgende bemærkninger til sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Sundhedsstrukturkommissionens rapport afdækker de væsentlige udfordringer på sundhedsområdet og kommer med flere bud på mulige strukturelle løsninger.

Som faglig organisation for langt den største faggruppe på det specialiserede socialområde, herunder i socialpsykiatrien, har Socialpædagerne en særlig opmærksomhed på og interesse i, at de specialiserede socialpædagogiske tilbud ikke bliver overset eller klemte i en kommende strukturreform. Det er her de mest udsatte børn, unge og voksne og mennesker med svære handicap og psykiske lidelser i hverdagen støttes til et liv med livskvalitet, udvikling og muligheder.

Overordnede bemærkninger

Regionernes opgaver på det specialiserede socialområde udgør en mindre del af regionernes samlede opgaveportefølje. Det er imidlertid en vigtig del, som kræver særskilt opmærksomhed.

Socialpædagerne anerkender, at Sundhedsstrukturkommissionen ikke har haft til opdrag at forholde sig til den del af det specialiserede socialområde, der i dag har regionerne som driftsherre. Det specialiserede socialområde behandles derfor også kun perifert i kommissionens anbefalinger.

Socialpædagerne vil derfor opfordre til, at sundhedsstrukturkommissionens rapport suppleres med en beskrivelse af, hvordan de forskellige modeller forholder sig til det specialiserede socialområde. Dette bør være en væsentlig del af grundlaget for de kommende politiske beslutninger om fremtidig organisering af opgaver og snitflader mellem kommunerne, regionerne og stat. Det specialiserede socialområde har brug for strukturer og løsninger, der understøtter høj socialpædagogisk faglighed, kvalitet og sammenhæng i indsatserne.

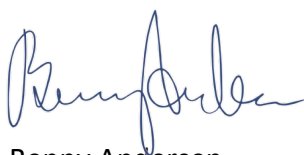
Det er vores vurdering, at behovet for en specialeplan på det specialiserede socialområde med de foreslåede modeller kun vil blive endnu større og helt nødvendig, da de enkelte kommuner sjældent vil kunne sikre den faglige kvalitet og bæredygtighed, som det højt specialiserede socialområde kræver.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

Sundhedsstrukturkommissionen har et særskilt afsnit om en styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Der peges her på at psykiatrien skal integreres organisatorisk i det samlede sygehusvæsen og samarbejdet mellem somatikken og psykiatrien skal styrkes. I forhold til det tværsektorielle samarbejde foreslås fasttilknyttede læger på botilbud, nationale kvalitetsstandarder for den sundhedsfaglige indsats i socialpsykiatrien mv. der skal sikre en bedre forebyggende indsats.

Socialpædagogerne vil her gøre opmærksom på, at den faglighed der ligger til grund for en effektiv forebyggelse i psykiatrien og socialpsykiatrien langt fra alene har sundhedsfaglig karakter. Det havde her været relevant, at Sundhedsstrukturkommissionen havde inddraget undersøgelsen fra Rambøll, der viser at på botilbud med en høj socialpædagogisk faglighed, i form af en høj andel uddannede socialpædagoger, er sandsynligheden for at blive indlagt i psykiatrien 67 % lavere end på botilbud med en lav andel uddannede socialpædagoger¹. I en socialpædagogisk tilgang er mennesker med psykiske lidelser ikke først og fremmest patienter men mennesker, der som alle andre der så vidt muligt skal kunne få hverdagen til at fungere og leve det liv de ønsker. Dette liv leves for langt den største del af borgerne hovedsageligt uden for hospitalerne, men i hjemlige rammer, inkl. på botilbud, med den rette faglige støtte, der giver livskvalitet og livsmuligheder.

Med venlig hilsen



Benny Andersen
Forbundsformand
Socialpædagogerne

¹ Relativ forskel på 67 procent i andelen af borgere på botilbud, der oplever at blive indlagt pga. en psykiatrisk diagnose inden for seks måneder på botilbud i gruppen med højere andel socialpædagoger end medianen ift. botilbud med en lavere andel socialpædagoger end medianen. Se rapporten på: <https://sl.dk/udgivelser/det-specialiserede-socialomraade/uddannede-socialpaedagoger-paa-det-specialiserede-socialomraade-2023/>, rapportens s. 15.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

København, den 5. juli 2024

Hørings svar

Hermed fremsender Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet, høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

Kommissionen fortjener anerkendelse for sit grundige arbejde, der bygger på et solidt grundlag og udgør et godt udgangspunkt for de kommende politiske drøftelser. Sundhedsstrukturkommissionens rapport fremlægger seks tværgående anbefalinger samt tre forvaltningsmodeller til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet.

rod@sdu.dk
T +4565507700

De seks tværgående anbefalinger bygger efter SIF's vurdering på en retvisende analyse af sundhedsvæsenets udfordringer og rummer væsentlige opmærksomhedspunkter og forslag, der bør tages i betragtning, uanset hvilken forvaltningsmodel der besluttes. SIF har ikke grundlag for at tage stilling til, hvilken forvaltningsmodel der vil være den bedste.

Af kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen fremgik det, at "Fokus for kommissionens forslag til organisering er hensynet til fremtidssikring af det samlede sundhedsvæsen. Kommissionen skal i den sammenhæng tillige pege på potentialer for bedre forebyggelse". I den forbindelse ønsker SIF at gøre opmærksom på en række potentialer for bedre forebyggelse, der ikke er nævnt i kommissionens rapport, men som ikke desto mindre vil være afgørende for at fremtidssikre sundhedsvæsenet.

National strategi for forebyggelse

SIF foreslår, at der parallelt med en kommende sundhedsstrukturreform tages initiativ til en national strategi for forebyggelse. Befolkningens sundhed formes i vid udstrækning uden for sundhedsvæsenet, og derfor er en sundhedsstrukturreform i sig selv ikke tilstrækkelig til at løse de udfordringer, der er forbundet med den stigende forekomst af kroniske og psykiske sygdomme, multisygdom og den sociale og geografiske ulighed i sundhed, der desværre fortsat er betydelig.

En national strategi for forebyggelse bør tage afsæt i en samlet analyse af de væsentligste sundhedsmæssige udfordringer i Danmark og på den baggrund opsætte konkrete

politiske målsætninger. Samtidig må en national forebyggelsesstrategi nødvendigvis indebære en høj grad af samarbejde og koordinering på tværs af ministerier og styrelser.

På visse områder (fx tobak, nikotin og alkohol) er der solid viden om, hvilke tiltag der vil kunne gøre en forskel – også inden for en relativt kort tidshorisont – mens der på andre områder (fx mental sundhed, overvægt) er en større grad af kompleksitet, der kalder på mere langsigtede målsætninger og en bredere vifte af initiativer.

Den sociale og geografiske ulighed i sundhed bør i en national strategi for forebyggelse udgøre et selvstændigt indsatsområde, idet uligheden ikke kan reduceres alene gennem sundhedsindsatser, der retter sig mod enkelte risikofaktorer, som fx rygning og alkohol.

Styrkelse af den strukturelle forebyggelse

Der er et stort potentiale i at styrke den strukturelle forebyggelse i Danmark. Strukturel forebyggelse handler om at ændre de vilkår og betingelser, der former folkesundheden på populationsniveau og omfatter virkemidler som fx afgifter, aldersgrænser, forbedringer af fysiske rammer og lignende.

Der er solid dokumentation for, at strukturelle virkemidler generelt er mere effektive end individrettede indsatser og tilbud, der forudsætter, at den enkelte har ressourcer, mulighed og motivation for at deltage. Det gælder i særdeleshed i relation til social ulighed i sundhed. Derfor foreslår SIF, at en national strategi for forebyggelse prioriterer at styrke den strukturelle forebyggelse på både nationalt og kommunalt niveau.

I efteråret 2024 udkommer Vidensråd for Forebyggelse med en rapport om strukturel forebyggelse i relation til kost, rygning/nikotin, alkohol og fysisk aktivitet. Rapporten vil pege på konkrete muligheder for indsatser, der kan bidrage til at indfri de politiske målsætninger inden for centrale områder i en national forebyggelsesstrategi. Det er dog vigtigt, at der også er fokus på strukturelle forebyggelsestiltag i relation til mental sundhed, overvægt og social ulighed i sundhed. Her vil et øget vidensgrundlag være et vigtigt fundament.

Prioritering og styrket kvalitet i den kommunale forebyggelse

Uanset hvilken forvaltningsmodel der vælges for sundhedsvæsenet, vil kommunerne fortsat spille en central rolle på forebyggelsesområdet. Kommunerne har den direkte kontakt med borgerne gennem daginstitutioner, skoler, boligområder, beskæftigelsesindsatser m.m., og de lokale rammer spiller en afgørende rolle for folkesundheden.

SIF foreslår, at en national strategi for forebyggelse sætter en ramme for kommunernes arbejde på forebyggelsesområdet, der sikrer kvalitet og en systematisk tilgang til prioritering og opfølgning. Kommunerne har meget forskellige forudsætninger, ligesom der er betydelige sociale og økonomiske variationer, der også sætter sig spor i folkesundheden. Det er en variation, der naturligvis skal tilgodeses gennem lokale prioriteringer.

Ikke desto mindre er der behov for en systematisk tilgang til at foretage disse prioriteringer, og her er der et stort potentiale i udnytte kommunale data bedre, gerne i kombination med data fra sundhedsprofilerne. Det vil give viden om, hvilke sundhedsmæssige og sociale mønstre der kendetegner forskellige befolkningsgrupper – fx i almene boligområder – og hvor der således er størst behov for at sætte ind. Det kræver dog, at de relevante data gøres tilgængelige, og at kompetencerne er til stede til at analysere dem på en måde, der giver mening og kan sætte retning lokalt. SIF foreslår, at der fra nationalt hold etableres en systematisk tilgang til dette arbejde, der samtidig kan skabe sammenhæng med de målsætninger og tiltag, der iværksættes nationalt.

Monitorering

En national strategi for forebyggelse bør følges af systematisk monitorering, så det er muligt at vurdere udviklingen i relation til de enkelte målsætninger og uddrage læring og viden, der kan bidrage til løbende at tilpasse indsatser og initiativer over tid. Der kan med fordel udvikles et system for monitorering af strategiens målsætninger på nationalt såvel som regionalt og kommunalt niveau, og baseret på eksisterende data fra sundhedsprofiler og registre.

Uagtet om der tages initiativ til en national strategi for forebyggelse vil det i forbindelse med en sundhedsstrukturreform være nødvendigt at sikre en hensigtsmæssig organisering og bæredygtig finansiering af arbejdet med sundhedsprofilerne. Det skal her tilgodeses, at data skal kunne danne grundlag for monitorering af folkesundheden på alle forvaltningsniveauer og samtidig opretholde et højt fagligt niveau. SIF foreslår, at der i forbindelse med en sundhedsstrukturreform nedsættes en ekspertgruppe, der skal komme med forslag til organisering og finansiering af sundhedsprofilerne i den nye struktur. Det bør i den sammenhæng tages i betragtning, at der i dag mangler en national sundhedsprofil for børn og unge.

Styrket kvalitet i alkoholbehandling

Udover ovenstående bemærkninger, der drejer sig om potentialet for at skabe bedre forebyggelse, ønsker SIF at gøre opmærksom på alkoholbehandling som et selvstændigt område, der kan risikere at blive overset i en kommende sundhedsstrukturreform. Der er i dag betydelig variation i kvaliteten i alkoholbehandlingen, og mennesker med alkoholproblemer kommer generelt i behandling alt for sent – i gennemsnit når de har drukket for meget i 10 år eller mere. Der er behov for bindende nationale kvalitetskrav til alkoholbehandlingen, solide sundhedsfaglige kompetencer og et styrket fokus på opsporing, og disse forhold bør tages i betragtning i den forestående reform af sundhedsvæsenet.



Juli 2024

Att. sum@sum.dk

Høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

SUFO takker for muligheden for at afgive et høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Stor variation i forebyggelsesindsatser på tværs af kommuner

I forhold til vores interesseområde - som er forebyggelse og sundhedsfremme - er vi enige i kommissionens analyse af, at variationen i indsætserne på tværs af kommunerne i dag er betydelig, hvilket bl.a. resulterer i, at nogle kommuner lykkes bedre end andre med forebyggelsesindsatsen og dermed undgår unødvendigt træk på sygehusene.

En anden analyse vi finder relevant er, at der i dag i højere grad er fokus på behandling af sygdom end på sundhedsfremme og forebyggelse og generelt er incitamenterne til at investere i effektive forebyggelsesindsatser svage - også i situationer, hvor det vil gavne borgeren og give mest mulig sundhed for pengene.

Opsporende og tidlig forebyggelse gør en forskel

SUFOs bestyrelse mener, det er vigtigt, at det i forhold til udviklingen af sundhedssystemet ikke kun er den patientrettede forebyggelse, som skal prioriteres meget højere i fremtiden, uagtet hvilken af de tre forvaltningsmodeller der bliver valgt. Forebyggelse skal være et tilbud til borgerne, før de bliver patienter. Det er her, der for alvor kan gøres en forskel, og det er samtidig her, der er et stort uudnyttet potentiale.

SUFO bifalder ældrelovens intention om, at forebyggelse skal have en fremtrædende plads i ældreplejen, men frygter, at den generelle pligt til forebyggelse - som det lægges op til skal erstatte den nuværende lovgivning om forebyggende hjemmebesøg - på sigt vil betyde en kraftig nedskæring og forringelse af den opsporende forebyggelse i kommunerne.

Vi mener, at det er utroligt vigtigt, at vi laver opsporende forebyggelse for netop ældre mennesker for at modvirke ulighed i sundhed, da de ældre med størst behov for en forebyggende indsats, ofte ikke selv formår at række ud til egen læge eller andre. Her er forebyggende hjemmebesøg et afgørende greb i sundheds- og forebyggelsesindsatsen.

Forebyggelse skal prioriteres højt i sammentænkningen af opgaver på tværs

Hvis lovgivningen om de forebyggende hjemmebesøg fjernes med den ny ældrereform, er der risiko for en kraftig forringelse af såvel primær som sekundær forebyggelse for ældre borgere, hvis kommunerne ikke vælger frivilligt at prioritere tilbuddet. De forebyggende hjemmebesøg har fokus på at styrke borgernes sundhedskompetencer og oplyse om og motivere til deltagelse i bl.a. sundhedstilbud og sociale aktiviteter i kommunen og civilsamfundet.

Der er et stort potentiale i at støtte gode sundhedsvaner hos ældre mennesker. Det kan være med til at fastholde et godt funktionsniveau i længere tid, styrke den mentale sundhed og de sociale kompetencer. Vi opfordrer derfor til, at forebyggelse og sundhedsfremme bliver en vigtig prioritering i sammentænkningen af de opgaver, som går på tværs af sundheds- og ældreområdet.

På bestyrelsens vegne,

Janni Amstrup Hansen
Formand for SUFO

SUFO er en forkortelse for "Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende og Forebyggende hjemmebesøg" og har ca. 300 medlemmer fordelt i hele landet. Medlemmerne er forebyggelseskonsulenter, som i det daglige arbejder med forebyggende hjemmebesøg efter Servicelovens § 79a.

Et forebyggende hjemmebesøg er et lovbestemt tilbud fra kommunen om et uopfordret, men ikke uanmeldt, besøg i borgerens eget hjem. Formålet med de forebyggende hjemmebesøg er at prioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre borgere, ved at yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder med henblik på at bidrage til øget sundhed, tryghed og trivsel. Dertil at afklare borgerens behov for fremtidige besøg og at identificere borgere med særligt behov for en forebyggende indsats.

Forebyggelseskonsulenterne, ansat i forebyggende hjemmebesøg, har en sundhedsfaglig baggrund som fx sygeplejerske, ergoterapeut m.fl., og har et solidt kendskab til de forskellige tilbud og muligheder i kommune og civilsamfund.



SundFornuft

Hørings svar fra SundFornuft

- Tænk tanken for sundhedspolitik

Høringsbrev fra SundFornuft - Tænketanken for sundhedspolitik

Med dette høringssvar ønsker SundFornuft - Tænketanken for sundhedspolitik - i forlængelse af Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024 at give sit bidrag til regeringens kommende sundhedsudspil.

Ad 1) SundFornufts vurdering af Sundhedsstrukturkommissionens forvaltningsmodeller

I den sundhedspolitiske tænketank SundFornuft støtter vi op om Sundhedsstrukturkommissionens model 1, da vi anser enhedssundhedsvæsenet som den bedste måde at løse den nuværende fragmentering af sundhedsvæsenet på. En samling af sektorerne er nødvendig for bedst muligt at udnytte de knappe menneskelige og økonomiske ressourcer.

Sektorovergange

I dag går der betydelige ressourcer til spilde i overgangen mellem region/hospitaler og kommuner fx i forbindelse med genindlæggelser af ældre patienter. Denne problemstilling er beskrevet bl.a. i SundFornufts debatindlæg¹. Vi ved, at der i høj grad sker fejl i overgangen mellem sektorer. Dette gælder blandt andet ved udskrivelse fra hospitalet, eller når der skal kommunikeres mellem kommunen og egen læge. Ikke alle disse overgange går galt, men de mest komplekse patienter med færrest ressourcer har størst risiko for, at den første indlæggelse starter en lavine af genindlæggelser, som kunne undgås. Denne ulighed kan mindskes ved at anerkende kompleksiteten og styrke samarbejdet mellem sektorerne ved en sammenlægning af de administrative enheder. Specialuddannede APN-sygeplejersker (advanced practice nursing) er i flere kommuner blevet en efterspurgt ekspertise, der også bidrage til at mindske uligheden. Dette gælder blandt andre Aalborg Kommune, som har gode erfaringer med APN-sygeplejersker, der har et 'ben i hver lejr', som de har vist i deres evaluering af forløb på tværsektorielle audits.

Samfundsøkonomiske gevinster

En hospitalsindlæggelse er dyrere end en aflastningsplads. Desuden øger en hospitalsindlæggelse risikoen for hospitalserhvervede infektioner, som medfører behov for yderligere behandling og dertil hørende risici for bivirkninger. Dette stridspunkt mellem hospital og kommune kan undgås ved at fjerne diskussionen om, hvem der skal betale for patienten. Med model 1 kan vi indfri en fælles ambition i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer om at sætte patienten i centrum frem for at fokusere på, hvem der skal betale.

¹ <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art9193120/Forestil-dig-at-du-er-80-%C3%A5r-gammel-og-fanget-i-en-lavine-af-genindl%C3%A6ggelser.-S%C3%A5-har-du-brug-for-en-APN-sygeplejerske>

Demokratisk accountability frafalder ved model 2

Demokratisk accountability betyder, at beslutningstagere og ledende figurer inden for sundhedsvæsenet kan stilles til ansvar over for vælgerne, der betaler for og benytter de udbudte sundhedsydelser. Sundhedsvæsenet står hver dag med borgernes liv i hænderne. Deraf følger, at væsentlige fejl ikke accepteres. Sundhedsvæsenet er i endnu højere grad end andre offentlige institutioner indrettet til, at betydende fejl identificeres, vurderes og korrigeres, og om nødvendigt sker der sanktioner som følge af fejl. Læger kan for eksempel få frataget deres autorisation, direktører kan afskediges, og folkevalgte skal stå til ansvar hos vælgerne. Dette system fungerer kun i kraft af et minimum af gennemsigtighed i forhold til sundhedsvæsenets organisering og en forståelse i befolkningen for, hvordan man som borger, patient og pårørende bevæger sig rundt i det. Regional demokratisk forankring (i 8-10 Sundhedsregioner) er afgørende for at bevare ovenstående, hvorimod gennemsigtigheden og den demokratiske accountability forsvinder, såfremt der ikke er folkevalgte politikere i ledelsen, men i stedet en statsligt styret administration, som foreslået i model 2. Når sundhed igen og igen figurerer i toppen af de vigtigste emner ifm. kommunal-, region-, og folketingsvalg, er det nødvendigt, at man som vælger har mulighed for at benytte sin stemmeret, hvis man ikke er tilfreds.

Ad 2) Kapacitetsudvidelse af de almenmedicinske tilbud

SundFornuft støtter op om anbefalingen om, at den fremtidige kapacitetsudvidelse primært skal ske i primærsektoren. Der er forslag til alternative klinikformer, og begrebet "normalisering af leverandørforholdet" har været brugt flittigt. Det står ikke ganske klart, hvordan den foreslåede model vil ændre noget ift. hvordan det i praksis fungerer i dag. Som det er nu, er der mulighed for både regions- og udbudsklinikker. Disse er sjældent populære blandt borgerne. Det ses tydeligt, når en "almindelig" praktiserende læge nedsætter sig i en by med udbudsklinikker, at mange borgere vælger at skifte til denne nye læge.

Hvis man vælger at hjemtage driften af de almenmedicinske tilbud, som foreslået af Danske Regioner, og som man har gjort i Sverige og Finland, vil man se en betydelig ændring af det almenmedicinske tilbud. I Finland ser en læge typisk omkring 8 patienter om dagen, mens det i Danmark er op mod 50. I Sverige, hvor de har en "vårdcentral", kan man til gengæld ikke forvente at se den samme læge igen. Det er således ændringer, der forventeligt vil betyde nedsat effektivitet og kvalitet i behandlingen, hvilket vil skabe yderligere udfordringer i forhold til at skabe kontinuitet i læge-patient forholdet og problemer med lange ventetider for at komme til at se en praktiserende læge. Vi forudser, at dette ydermere vil vanskeliggøre rekrutteringen til det almenmedicinske speciale, og dermed gøre det svært at nå i mål med ambitionen om 5000 praktiserende læger, jf. regeringens sundhedsreform fra forrige år.

Rekruttering af lægefagligt personale

For at den nødvendige udvikling og udvidelse af almenmedicinske tilbud kan foregå, er det nødvendigt at tiltrække langt flere læger til specialet. Der er en lille stigning i antallet af hoveduddannelseslæger, men der er behov for at mange flere vælger den vej og også har mulighed for det.

Vi foreslår, at man fra den ansættende arbejdsplads ved ansættelsens start tager en samtale med uddannelseslægen om, hvad der er vigtigt for den enkelte, hvilke muligheder de ser for deres fremtidige virke både under uddannelse og efterfølgende, samt lægger en plan for hele uddannelsesperioden. Det vil være en unik og moderne tilgang til

uddannelseslægerne, der vil tiltrække flere til at vælge den vej øge chancen for at uddannelsen gennemføres på normeret tid og sikre bedre trivsel. Som forholdene er nu, går uddannelseslæger ned i løn, når de går fra en hospitals- til en praksisansættelse, hvilket er uattraktivt. Dette beror dels på, at man ikke har vagtarbejde og dels på manglende, lokale tillæg. Dette kan på enkel vis opvejes, så økonomi ikke bliver en faktor, der får læger til at fravælge almen medicin som speciale. Derudover bør den ansættende myndighed være mere opsøgende i sin rekrutteringsstrategi, der i dag alene baserer sig på stillingsopslag.

Uddannelsesfokus i revideringen af speciallægeuddannelsen

Når man reviderer speciallægeuddannelsen, bør man også fokusere på, at de kommende almenmedicinere har deres udgangspunkt i praksis. Hospitalsopholdene under speciallægeuddannelsen til almen medicin bør således have et væsentlig stærkere fokus på læring, der er relevant for en fremtidig almenmediciner, frem for det nuværende fokus på at indgå i den "daglige produktion". Det, man som almen mediciner skal lære, er hvilke patienter, der kan behandles uden for sygehusene og hvilke, der er behov for at henvise til specialiseret hjælp på et sygehus. Det kan man opnå ved kortere ophold på flere hospitalsafdelinger. Ligesom det ikke er nødvendigt at have natte-, aften- og weekendvagter for at tilegne sig disse kompetencer. Den del af produktionen bør reserveres til de kommende speciallæger i hospitalsspecialerne. Det er vores vurdering, at en sådan tilgang vil øge søgningen til almen medicin betydeligt.

Nedjustering af normtal

At sænke normtallet for læger i områder med mange udsatte borgere giver intuitivt god mening, men efterlader potentielt en større andel af borgere, der ofte vil være lokaliseret geografisk nært, uden en læge. Disse borgere, der ikke har lægen med ekstra god tid, vil da risikere at stå helt uden et lægeligt tilbud. I SundFornuft foreslår vi, at en konkret forbedring af det almenmedicinske tilbud kan være etableringen af mindre sundhedshuse, hvor de almenmedicinske læger og øvrige personale er omdrejningspunktet for huset.

Sygehusspecialister skal så kunne anmodes om at komme ud og foretage de ambulante vurderinger, der er relevante for sundhedshusenes tilknyttede borgere. Man kan herudover via civilsamfund og kommunale aktører etablere satellitter (lokale afdelinger) samme sted, der vil kunne understøtte såkaldte sociale recepter ("social prescribing"), dvs. en lægelig anbefaling af aktiviteter der fremmer sundhed og mindsker ensomhed^{2,3}

Honoreringsmodel

Sygehusene er gået væk fra aktivitetsbaseret DRG-betaling og over til rammestyring. Dette kunne også være en fremtidig model for almen praksis, hvor der fortsat vil være en høj grad af handlerum for lægerne til at foretage en individuel vurdering af, hvordan den enkelte patient hjælpes bedst muligt, samtidigt med, at myndighederne fortsat vil have en vis mulighed for at styre og kontrollere hvilke ydelser, der tilbydes. Dette kan følges over tid, og der kan opstilles succeskriterier og benchmarks samt inkorporeres belønningsmodeller og mulighed for at de klinikker, der klarer sig bedst, kan tjene som inspiration for andre.

² <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/social-prescribing>

³ <https://www.sundfornuft.org/b/faelleskaber-styrker-sundheden>

Den praktiserende læge skal supervisere

En vigtig måde at øge kapaciteten i almen praksis på er at sørge for at øge antallet af praksispersonale, således at lægens funktion i højere grad bliver superviseret samt at tilse de komplicerede forløb. Praksispersonalet har de fleste steder allerede selvstændige konsultationer under lægelig supervision. Den udvikling skal understøttes, og det er oplagt at skabe formaliserede efteruddannelser for sekretærer, SOSU, sygeplejersker og jordemødre, der på den måde kan blive specialister i almen praksis og med viden målrettet til dem, så det ikke som nu er den enkelte praksis, der står med det fulde ansvar for oplæring og efteruddannelse. Mulighed for at opnå formaliseret efteruddannelse vil formentlig også kunne øge rekrutteringen fra disse faggrupper og dermed øge kapaciteten yderligere. Mange steder bruger man også medicinstuderende til at udfylde funktioner i praksis. Dette er både med til at øge kapaciteten nu her og ligeledes på sigt, da det er en god rekrutteringsstrategi, idet de studerende tidligt stifter bekendtskab med praksis.

Omfordeling af opgaver i praksissektoren

En lang række opgaver, der i dag varetages i almen praksis kunne med fordel løftes over i andre områder: de lovbestemte syv børneundersøgelser af alle (raske) børn, kunne varetages af sundhedsplejersker, vaccinationsindsatser ([der allerede er ved at blive frataget almen praksis](#)), kunne deles mellem sundhedsplejersker og apoteker, henvisninger til og opfølgninger på ydelser betalt via forsikringsselskaber, kunne ligge hos forsikringsselskaberne, attester til kommune, arbejdspladser, studiepladser mv. kunne varetages af nogle læger, der var ansat og eksperter i netop dette mv. (Se også tidligere indlæg formand for det almenmedicinske videnskabelige selskabs tidligere formand [Anders Beich](#)). Dette vil frigøre tid til at fastholde den vigtige kontinuitet i patient-læge forholdet og reducere overflødige bureaukratiske byrde.

Henvisninger

Som Strukturkommissionen også anbefaler, bør der i vores optik ske en ændring i sygehusenes tilgang til patienter, som er henvist fra egen læge. Praktiserende læger oplever fortsat, at mange af deres henvisninger bliver afvist. Afvisninger bør altid følges af en begrundelse for afslaget samt et alternativt forslag til, hvad den praktiserende læge bør gøre i stedet. Samtidigt skal henvisningernes kvalitet højnes. Dette kan ske ved teknisk at indføre formularer med definerede kriterier for en henvisning, der skal besvares inden henvisning kan sendes.

Ad 3) Videreuddannelse

I SundFornuft er vi helt enige i betragtningen om at andre faggrupper end læger i langt højere grad bør besætte phd forløb. Man kan med fordel samtidig se på:

1. Hvilke faktorer, som fx tidligere erfaring, lægger ansættelsesudvalget vægt på ved ansættelse i hoveduddannelsesstillinger.
2. Hvilke områder bedrives der mest forskning i.
3. Hvilke arbejdsmiljømæssige forhold gør en phd ansættelse så attraktiv for læger, og kan man finde løsninger, hvor lægen arbejder klinisk, der tilgodeser disse forhold⁴.

⁴ <https://www.sundfornuft.org/b/vi-skal-uddanne-faerre-laegelige-forskere>

SundFornuft støtter op om kommissionens forslag om at styrke generalistkompetencerne i den lægelige videreuddannelse. Vi foreslår, at man som led i alle kliniske-speciallægeuddannelser har et tre-seks måneder langt ophold i almen praksis. Dette for at opnå generalistkompetencer, blik for samarbejdet der foregår mellem praksis, kommune og hospital samt bidrage med specialistviden til praksis. Desuden foreslår vi, at hoveduddannelsesforløbene organiseres således, at de afsluttes på et hospital i et yderområde. I dag har en del speciallæger deres sidste ophold på et universitetshospital, hvilket medfører, at nogle speciallæger håndplukkes af universitetshospitalet. Som en positiv følgevirkning vil dette forslag ligeledes medføre en kapacitetsøgning til praksissektoren.

Ad 4) Prioritering

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår et nationalt prioriteringsråd. I SundFornuft kan vi være betænkelige ved, at afstanden mellem klinikken og et nationalt råd vil være så lang, at prioriteringerne kan blive svære at få implementeret. Vi foreslår derfor en anden model, hvor de lægefaglige selskaber i samarbejde med en national myndighed og evt. patientforeninger gennemgår litteraturen på de hyppigste/dyreste behandlinger for at klarlægge, om de fortsat er indicerede til de patientgrupper der modtager behandlingerne, om der er behov for yderligere forskning, eller om det er fastslået at de er ligegyldige eller måske direkte skadelige⁵. Hertil vil vejen til implementering i praksis være betydeligt kortere.

Om SundFornuft - tænketanken for sundhedspolitik

SundFornuft er Danmarks første uafhængige sundhedspolitiske tænketank, stiftet i foråret 2020. Sund Fornuft arbejder for at skabe mere lighed i sundhed. Man kan læse mere på www.sundfornuft.org

Med venlig hilsen,

Bestyrelsesmedlemmerne i SundFornuft: Lui Näslund Koch, Mathilde Holm Hvidt, David Gryesten Jensen, Elisabeth Lyng Westermann, Anne Mette Drastrup, Aira Kamic, Florence Tan, Cathrine Sandager Budtz og Tina Thorborg

⁵ <https://www.sundfornuft.org/b/prioritering-i-sundhedsvaesenet-kraever-eftersyn>