

Samlet og sammenhængende

– en motor på udviklingen af
det nære sundhedsvæsen

Indhold

Indledning	3
Sundhedsreformens 5 principper	3
Udgangspunktet og sigtepunktet	3
Det skal der til: Et samlet ansvar for sundheden	5
Samlet lovgivning	5
Samlet budget- og opgaveansvar	5
En motor til at drive udviklingen	6
Perspektiverne i et samlet sundhedsansvar	7
Styrket sundhed for ældre	7
Hjælpe midler uden bøvl	8
Bedre sammenhæng til borgere med kronisk sygdom	10
Klart placeret ansvar – også for udviklingen af almen praksis	10
Først og sidst: Borgernes sundhedsvæsen	11

Indledning

Vi har et godt sundhedsvæsen i Danmark. Men der er også meget, der kan blive bedre. Opgaven med at udvikle det "nære" sundhedsvæsen har været forsømt i mange år. Der mangler en drivkraft – en motor – der kan udvikle sundhedsvæsenet uden for hospitalerne, herunder de tilbud, som forebygger sygdom og indlæggelse, de tilbud, der understøtter, at mere behandling foregår i – eller tæt på – borgerens hjem, og de tilbud, der støtter borgerne i et godt liv med både somatisk og psykisk sygdom eller med behov for genoptræning.

Den eneste vej til at skabe en kraftig motor med incitament til at investere i udvikling af det nære sundhedsvæsen og sikre den nødvendige forebyggelse, er at samle ansvaret for alle sundhedstilbud, både hospitaler og nære tilbud, ét sted. Fordi sektorgrænser, kassetænkning og opdelt lovgivning har vanskeliggjort udviklingen af de nære tilbud. Og fordi ansvaret for en samlet sundhedsindsats og et samlet budget vil give stærke incitamenter til at udbygge det, der både er godt og nært for borgerne, og som samtidig reducerer samfundsomkostningerne og aflaster hospitalerne.

Den udvikling sikres bedst i en decentral struktur med en direkte folkevalgt ledelse, som kan sikre borgernes stemme, sætte retning for udviklingen og prioritere ressourcer og opgaver i sundhedsvæsenet.

Sundhedsreformens 5 principper

Danske Regioner mener derfor, at en reform af sundhedsstrukturen bør tage udgangspunkt i følgende principper:

En sundhedsreform

1. Skal sikre et samlet ansvar for hele kæden af sundhedsydelse, så borgerne oplever et sammenhængende sundhedsvæsen
2. Skal sikre et sundhedsvæsen, der har kapacitet og incitament til at drive udviklingen af de nære og forebyggende sundhedstilbud og modvirke geografisk og social ulighed i sundhed
3. Skal sikre høj kvalitet i udredning og behandling i hele sundhedsvæsenet
4. Skal sikre en decentral struktur med direkte folkevalgt ledelse af sundhedsvæsenet
5. Skal begrænse bureaukrati og spild

Det er principper, vi mener, er afgørende for at løse udfordringerne i sundhedsvæsenet. Principperne og tilgangen gælder, uanset om man ønsker at ændre den regionale struktur, men i det følgende tages udgangspunkt i den fungerende regionale struktur.

Udgangspunktet og sigtepunktet

Da regionerne blev dannet i 2007, var opgaven tydelig, og opgaveansvaret klart placeret: Regionerne skulle rette op på et sygehusvæsen, der ikke var fulgt med udviklingen. Siden 2007 er det lykkedes at omstille sygehusvæsenet og specialisere sygehusstrukturen, så vi i dag kan behandle langt flere patienter, behandle dem hurtigere og med en kvalitet, der kan måle sig med de bedste hospitaler i verden.

Vi er lykkedes med rigtig meget i det danske sundhedsvæsen.

Men som samfund er vi ikke lykkedes med at tage tempoet ud af selve sygdomsudviklingen. Hospitalerne behandler i dag 260.000 flere patienter om året end for blot ti år siden. Det er

selvfølgelig godt – flere får behandling, også fordi vi kan behandle mange flere sygdomme. Men udviklingen er ikke bæredygtig. Vi kan ikke på sigt levere behandling i det tempo, som samfundet producerer sygdom.

Det stærke fokus på sygehusbehandling med høj effektivitet, kvalitet og specialisering var en bunden opgave, da regionerne blev til i 2007. Det er det fortsat. Men det er ikke tilstrækkeligt. Derfor lancerede Danske Regioner i 2017 visionen "SUNDHED FOR ALLE". Visionen var en konstatering af, at vi ikke kan løse fremtidens udfordringer med samme værktøjer som hidtil. Regionerne måtte række ud, være mere end hospitalejere og se på hele den samlede leveringskæde i sundhedsvæsenet. Derfor har vi de seneste år taget vigtige skridt, der driver en udvikling i det nære sundhedsvæsen frem. Så flere kan behandles tidligt, tæt på eget hjem, og så færre får behov for indlæggelse.

Vi har besluttet at yde 72 timers behandlingsansvar efter udskrivelse fra hospitalet. Vi har specialistrådgivning til at understøtte den praktiserende læge i patientbehandlingen, så patienterne ikke nødvendigvis behøver at blive sendt til sygehuset eller på venteliste hos en praktiserende speciallæge. Vi har indført faste læger på plejehjemmene, udkørende paramedicinere, udgående psykiatriske tilbud, internetbaseret psykologbehandling, sundhedstjek på bosteder og meget mere hjemmebehandling. Vi har påtaget os en række opgaver og udgifter - for eksempel for dosispakket medicin og glukosemålere, der både gavner borgerne og aflaster medarbejderne og økonomien i kommunerne.

Vi gør det, fordi vi kan se, det er nødvendigt. Fordi vi kan se, det gavner patienterne. Og fordi vi ganske enkelt har et meget stort incitament til at holde folk raske og undgå unødige hospitalsindlæggelser, der både har omkostninger for den enkelte og for samfundet.

Men vi kan også konstatere, at den udvikling, vi ønsker, begrænses af de eksisterende rammer, der opdeler ansvaret og finansieringen af sundhedsindsatsen i forskellige sektorer.

Læren fra udviklingen i sygehusvæsenet er, at et klart placeret ansvar for opgaven og stærke økonomiske incitament er en enorm drivkraft. Det er svært at forestille sig, at sygehusvæsenet havde oplevet samme udvikling af de ambulante tilbud og kortere indlæggelsestid, hvis ansvaret for henholdsvis sengepladser og de ambulante funktioner var fordelt på to forskellige sektorer.

Samme tilgang bør vi have til udviklingen af sundhedsvæsenet uden for hospitalerne.

Et stærkt incitament til at udvikle det nære sundhedsvæsen forudsætter, at samme aktør har ansvar for *både* hospitaler og aktiviteter i det nære sundhedsvæsen. Drivkraften kan ganske enkelt ikke komme fra sektorer, som ser sundhedsopgaven som enkeltstående opgaver, der skal tildeles og kompenseres økonomisk - opgave for opgave. Det er både langsommeligt, bureaukratisk og bidrager ikke til sammenhængende løsninger.

Ansvaret for at organisere sammenhængen for patienten skal være klart og entydigt placeret, hvor incitamentet, kompetencen og kapaciteten til at udvikle et samlet sundhedsvæsen til gavn for borgerne er størst. Der er brug for en samlende motor til at drive udviklingen. Den opgave har regionerne gode forudsætninger for at løse i dag.

Regionerne har i forvejen ansvaret for størstedelen af sundhedsvæsenet, og internationalt ser man de stærkeste incitament til forebyggelse – og de bedste resultater - i de systemer, hvor betaleren har ansvar for både den forebyggende og den specialiserede behandling. En sådan samling af ansvaret i regionerne kunne i praksis implementeres ved, at man erstatter de nuværende hospitalsenheder med driftsenheder for den samlede sundhedsindsats. Disse enheder kan drive de decentrale sundhedsfunktioner med både offentlige og private sundhedsleverandører i en geografi svarende til de eksisterende sundhedsklynger, men med et regionalt politisk ansvar, der kan sikre, at der prioriteres og koordineres på tværs.

Det grundlæggende princip om et samlet ansvar er afgørende for at løse sundhedsvæsenet problemer og skabe en motor for udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Det gælder også i en situation, hvor man ønsker at ændre den regionale struktur.

Det er vores tilgang, at sundhedsvæsenet bedst drives 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. Og med en folkevalgt politisk ledelse, der sikrer borgernes perspektiv ind i et stort, fagprofessionelt system.

Det skal der til: Et samlet ansvar for sundheden

En reform skal sikre et entydigt placeret ansvar for udviklingen af det samlede sundhedsvæsen. Lige fra det specialiserede sundhedsvæsen til de nære tilbud og telemedicin. Et samlet ansvar – ikke bare for behandlingen, men for befolkningens sundhed. Et populationsansvar, hvor vi også bliver langt bedre til at se på de specifikke grupper i befolkningen, som er i risiko for at udvikle sygdom. Og med et samlet budget til at finansiere hele kæden af indsatser.

Samlet lovgivning

Første skridt er at samle alle opgaver vedrørende sundhed og personlig pleje 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 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 resourcesvage borgere ekstra hårdt.

Lovgivningsstruktur og sektoropdeling må derfor ændres for at tilgodese hensynet til borgeren. Et samlet lovgrundlag vil gøre det muligt at organisere en sammenhængende sundhedsindsats, som tager afsæt i borgerens behov. Det er den sammenhæng, som borgerne meget ofte mangler og efterspørger i dag.

Samlet budget- og opgaveansvar

Næste skridt er at samle budget- og opgaveansvar for hospitaler og nære sundhedsindsatser, så vi får en sundhedsstruktur, der bidrager til mere sammenhængende forløb for patienterne, fordi ansvaret ikke er spredt ud på flere forskellige sektorer. Det skaber stærke økonomiske incitamenter til at løse mere i det nære og investere i forebyggende indsatser, hvor det er bedst for borgeren, omkostningseffektivt og arbejdskraftbesparende.

Et samlet ansvar for hele kæden af sundhedsopgaver giver ikke alene bedre sammenhæng for borgerne, men også en bedre udnyttelse af de samlede ressourcer og en motor, der kan drive udviklingen i takt med, at mere kan lade sig gøre uden for hospitalerne. Et samlet ansvar vil frigøre ressourcer, der i dag bruges på spild, dobbeltarbejde, koordinationsopgaver og ikke mindst på unødige indlæggelser og genindlæggelser.

En bedre og mere kvalificeret indsats i det nære sundhedsvæsen vil kunne forebygge akutte indlæggelser, genindlæggelser og de operationer, der kan undgås ved fx træning. En del ambulansaktivitet kan flyttes hjem til borgeren via digitale løsninger eller til lokale sundhedsindsatser. Dermed vil der alt andet lige blive frigivet kapacitet på hospitalerne.

Presset på hospitalerne vil dog vokse de kommende år, fordi vi får flere ældre og dermed også flere alvorligt syge. Så hvis flere undgår en hospitalsindlæggelse, så skal den "ledige" kapacitet bruges på andre patienter med behov for hospitalsbehandling - og dem vil der være flere af de kommende år. Der er altså ikke tale om at *flytte* patienter fra hospitalerne til de nære sund-

hedstilbud, men om at forebygge bedre end i dag, så der bliver plads til de mange nye patienter med behov for hospitalsbehandling, som vi vil se fremover. Derfor er omlægningen mod det nære sundhedsvæsen heller ikke et nulsumsspil. Der skal investeres i at udvikle kapaciteten og kvaliteten i tilbud uden for hospitalerne, men samtidig fastholde kapaciteten i hospitalsregi.

Den helt afgørende værdi ved at samle ansvaret for sundhedsopgaven og den tilknyttede økonomi er derfor, at der skabes et incitament til at investere massivt i de forebyggende indsatser og nære tilbud, som kan medvirke til mere selvhjulpne og sunde borgere og dermed til færre indlæggelser. For indlæggelser er dyre, og det er sjældent befordrende for borgernes livskvalitet at komme på hospitalet, hvis det ikke er nødvendigt. Og 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. Det samme gælder nære eller digitale tilbud, som kan erstatte kontroller, prøvetagning og andre ambulante besøg på hospitalet.

Den kommunale medfinansiering har ikke skabt de rette incitament, og det har vist sig politisk vanskeligt at prioritere nære sundhedsindsatser, som ofte er i hård konkurrence med andre velfærdsområder i den kommunale økonomi. I Danmark har regionerne ansvaret for at udvikle hospitalerne, og kommunerne skal udvikle ældreplejen og mange af de nære sundhedstilbud. Det er almindeligt anerkendt, at det er gået bedre med det første end med det sidste. En række lande er imidlertid nået længere end Danmark, når det gælder udvikling af de nære tilbud. Ikke mindst de lande, som har samlet ansvaret for både hospitaler og tilbud uden for hospitalerne i én organisation. I nogle lande er denne samlede "leverancekæde" forbundet med en sygekasse eller en sundhedsforsikring. I andre lande er det et offentligt, folkevalgt – typisk regionalt - organ, der har det politiske og økonomiske ansvar for både hospitaler, praksissektor og det, der svarer til de kommunale opgaver i Danmark. I nogle lande leverer den samme organisation ydelser i hele kæden, mens det ansvarlige politiske niveau i andre lande bruger en vifte af leverandører – både offentlige og private.

Så de internationale erfaringer underbygger, at et samlet ansvar for hele sundhedsvæsenets "leverancekæde" skaber incitament til at udbygge det nære og sammenhængende sundhedsvæsen – uanset om private leverandører spiller en større eller mindre rolle i at udføre opgaven.

Internationale tendenser mod at samle sundhedskæden

I England har man i 2022 gennemført en omfattende sundhedsreform, som inddeler landet i såkaldte "Integrated Care Systems", der samler ansvaret for NHS, pleje og nære sundhedstilbud i enheder, der hver dækker en population på mellem en halv til tre millioner indbyggere. Formålet er at skabe mere sammenhængende sundhedstilbud til borgerne. I Spanien har bl.a. Valencia-regionen i flere år haft et integreret sundhedsvæsen med organisationen Ribera Salud, der råder over både sygehuse, sundhedshuse og almen praksis.

Og i Finland har man netop gennemført en stor reform, som samler hele ansvaret og budgettet for sundhedsvæsenet, ældreområdet, det specialiserede socialområde, beredskabet m.v. i nyetablerede regioner med direkte folkevalgte regionsråd. Argumentet er, at man ved at samle finansieringen af sundheds- og socialområdet i samme organisation har skabt et stærkt incitament for at investere i forebyggelse.

En motor til at drive udviklingen

Sektoropdelingen – lovgivningsmæssigt og organisatorisk – har skabt markante barrierer, som forhindrer den nødvendige udbygning af det nære sundhedsvæsen og gør det umuligt at skabe den sammenhæng, som borgerne med rette efterspørger. Men opdelingen betyder også, at der ikke sker en tilstrækkelig udvikling af det samlede sundhedsvæsen i takt med nye behov, nye teknologiske muligheder m.v. Der mangler en *motor*, der løbende tilpasser den samlede sundhedsindsats til udviklingen.

Alle parter fokuserer i dag på deres del af den samlede leverancekæde og ikke på helheden. Således efterspørger både almen praksis og kommuner, at hhv. regionerne og staten definerer deres opgaver og betaler dem 1:1 for de opgaver, som de forventes af udføre. Regionerne derimod har et samlet ansvar for udredning og behandling, men til gengæld ikke redskaberne til at flytte mere aktivitet ud af hospitalerne uden at blive mødt med modstand baseret på forsvar for sektorgrænser eller en prissætning, der gør det økonomisk umuligt og bureaukratisk.

De senere år har regionerne – for at skabe bedre forebyggelse for patienten og for at skærme hospitalerne – investeret i en række tiltag, der skal understøtte nære og forebyggende tilbud, jf. figur. Men det lader sig kun gøre i det omfang, det er en ensidig hjælp til kommuner eller praksissektor finansieret af regionerne. Med et samlet ansvar ville regionerne – eller en tilsvarende demokratisk ledet enhed – kunne investere målrettet i forebyggende indsatser. Klarhed om ansvar og finansiering fremmer samarbejdet, og på den baggrund kan der indgås aftaler eller kontrakter med andre aktører, herunder praksissektor, private aktører, kommuner og civilsamfund.



Perspektiverne i et samlet sundhedsansvar

Udgangspunktet og den bærende grundtanke for en samling af ansvaret bør være, at det bør gælde de opgaver, hvor et samlet ansvar vil styrke incitamentet til at tænke på tværs og sikre tidlige, nære indsatser. I det følgende gennemgås en række perspektiver for et samlet sundhedsansvar.

Styrket sundhed for ældre

Herhjemme skaber sektoropdelingen især udfordringer for de mange ældre, der ofte har flere forskellige medicinske sygdomme. Opgaven på ældreområdet er i stigende grad en sundhedsop-

gave – og tilmed ofte en kompleks sundhedsopgave. En stor del af de ældre med kroniske sygdomme får meget medicin og er typisk også jævnligt i kontakt med hospitalet eller deres egen læge. Det gælder både ældre, der bor i eget hjem og på plejehjem, hvor de fleste beboere i dag er stærkt sygdomssvækkede, og mange lider af demens.

Når vi taler om ældreområdet i dag, taler vi derfor i høj grad om en kompleks sundhedsopgave. Men logikken og strukturen på området er ikke fulgt med udviklingen. Regionerne har i dag ansvaret for de ældre medicinske patienter ved ambulant behandling, under indlæggelse, og for nogle patienter har regionerne også påtaget sig et ansvar i tiden efter udskrivelse med bl.a. 72-timers behandlingsansvar og med samarbejdsinitiativer som "Kom Trygt Hjem". Almen praksis varetager den øvrige lægelige behandling, herunder i plejehjemslægeordningen, som finansieres af regionerne. I kommunerne varetages kommunal sygepleje inkl. akutfunktioner, som er reguleret i sundhedsloven, og hjemmepleje, som er reguleret i serviceloven. Kommunerne har også midlertidige pladser som – afhængigt af pladstypen – er reguleret under serviceloven eller sundhedsloven.

Ældre medicinske patienter oplever derfor mange overgange i deres forløb på tværs af de tre sektorer, og de nære sundhedsindsatser kan være meget forskellige og afhænge af den enkelte kommunes økonomiske muligheder og serviceniveau eller af rekrutteringen af praktiserende læger i nærområdet. Der findes i dag ikke klart definerede kvalitetskrav til sundhedsindsatsen udenfor hospitalerne, og datadeling er umulig.

En samling af opgaverne vil sikre færre overgange og mere sammenhængende forløb, ligesom flere indsatser vil kunne varetages uden for sygehuse med de rette sundhedsfaglige kompetencer, ensartet kvalitetsniveau og tilstrækkelig kapacitet. Det er til stor gavn for de skrøbeligste ældre borgere, for hvem en hospitalsindlæggelse er en voldsom hændelse, der for ofte medfører forvirring, delir og infektionsrisiko. Samles ansvaret, etablerer man et stærkt økonomisk incitament til at holde disse borgere velfungerende længst muligt og med flere sundhedsindsatser foretaget i eget hjem. Ganske enkelt fordi det er bedst for borgeren, men også mere omkostningseffektivt og arbejdskraftbesparende.

Et samlet ansvar, herunder også en samling af sundhedsopgaverne i sundhedsloven, bør som minimum omfatte alle former for midlertidige pladser, herunder akutpladser samt akutteams og hjemmesygeplejen samt sundhedsindsatsen på plejehjemmene. Disse opgaver bør entydigt placeres i sundhedsloven og blive en del af et samlet drifts- og budgetansvar på sundhedsområdet. Driften af hjemmeplejen og plejehjemmene bør fortsat ligge kommunalt, idet plejehjem først og fremmest udgør rammen for beboernes hjem og hverdagsliv. I praksis vil der være et tæt samspil mellem sundhedsopgaver og øvrige ældreopgaver, men det afgørende er et entydigt lovgrundlag for alle sundhedsopgaver og et samlet ansvar, herunder budgetansvar, for hospitaler og de indsatser i det nære sundhedsvæsen, som har direkte betydning for at forebygge sygdom og indlæggelser af ældre.

Hjælpe midler uden bøvl

Når det gælder tildelingen af hjælpemidler, medvirker sektoropdelingen også til, at borgerne ender som kasterbold for kassetænkning og administrative benspænd. Problemerne på området spænder bredt. De omfatter uens serviceniveauer mellem kommuner og regioner, usammenhængende forløb, systemtænkning og stive regler, der hindrer hurtig udlevering af hjælpemidler. Alt sammen noget, som gør hjælpemiddelområdet bøvlet for borgerne.

Den samme ting - f.eks. en sensorbaseret glukosemåler til mennesker med diabetes eller en kugledyne til mennesker med søvnproblemer grundet fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser - kan både være et behandlingsredskab og et hjælpemiddel, og det er ikke altid logisk for patienterne, hvorfor en gruppe patienter kan få et redskab udleveret som et behandlingsredskab, andre skal søge kommunen for at få det udleveret som et hjælpemiddel, og så er der en gruppe, som ikke lever op til kriterierne for at kunne få redskabet udleveret hverken som et hjælpemiddel eller et behandlingsredskab.

Det kan fx gælde tildelingen af kompressionsstrømper. Efter endt behandling på hospitalet kan en borger om nødvendigt få udleveret et sæt kompressionsstrømper. Men da tilstanden for denne borger viser sig varig, skal vedkommende efter et halvt års tid ansøge om et nyt par strømper – denne gang hos kommunen som et hjælpemiddel. Men borgeren risikerer at lande mellem to stole, hvis kommunen afviser med henvisning til, at de ansøgte kompressionsstrømper ikke kan bevilges efter serviceloven, og borgeren heller ikke kan bevilges strømperne som et behandlingsredskab. Det gør jo ikke strømperne mindre nødvendige.

Patienterne og borgerne forventer helt berettiget større gennemsigthed, enklere sagsgange og større ensartethed på hjælpemiddelområdet.

Det rigtige hjælpemiddel kan gøre en verden til forskel for borgeren, og dem med et behov skal have let adgang til netop det hjælpemiddel, som de har brug for. Det kræver et samlet system bagved, så borgerne oplever et smidigt og velfungerende system.

Med et samlet ansvar for sundheden bør man etablere 5 driftsselskaber, der med moderne logistik og distribution, effektive indkøb og god, decentral service, forsyner borgerne med de nødvendige hjælpemidler, når de er anvist af en sundhedsfaglig medarbejder. Det vil kraftigt reducere de administrative og sundhedsfaglige ressourcer, der i dag er bundet op på den kommunale visitation. En del af disse ressourcer vil i stedet kunne bruges til at sikre en større faglighed og kvalitet i udvælgelsen af hjælpemidler og instruktion af borgerne i anvendelsen, hvor det er relevant.

Et stærkere udgående ansvar i psykiatrien

Indsatsen for børn, unge og voksne med svær psykisk sygdom bør udvikles og nytænkes, så borgerne får det koordinerede og sammenhængende tilbud, de har behov for. I dag er indsatserne forankret i to forskellige lovkomplekser i sundheds- og servicelov og ansvaret placeret i to sektorer. Det er problematisk, når der er tale om borgere, hvor den psykiske sygdom er en livslang følgesvend, og hvor der ofte også er massive og komplekse sociale udfordringer. Resultatet er dårlige behandlingsresultater og ustabile medicinske forløb, der resulterer i hyppige genindlæggelser – og alt ofte med tvang. Der mangler rettidige tilbud af god kvalitet til de borgere, der efter udskrivelse eller afsluttet ambulant behandling er færdigbehandlede, men ikke raske og som har mange andre udfordringer.

Eksempelvis er det en kendt problematik, at mange alvorligt psykisk syge har et samtidigt misbrug. Derfor har et af de første tiltag i 10-års planen for psykiatrien været at samle behandlingsansvaret for begge dele i regionerne. Vi bør gå videre ad den vej og styrke indsatserne udenfor behandlingspsykiatrien.

Alle regioner har i dag udgående teams fra behandlingspsykiatrien, som yder fleksibel udgående og opsøgende behandling til mennesker med alvorlig psykisk sygdom i eget hjem, herunder bosteder. Der er behov for at udvide ansvaret og intensivere indsatsen, så den tilbydes flere i en tættere opfølgning, der også skal omfatte misbrugsbehandling, terapi og håndtering af den høje forekomst af somatiske sygdomme.

Et samlet ansvar kan udvides til at omfatte budget og driftsansvar for bosteder for de sværest psykisk syge, så der skabes bedre mulighed for synergi mellem sundhedsindsatsen og den sociale støtte i den enkelte patients samlede situation. Hvis én aktør har ansvaret for den samlede indsats, stiger incitamentet markant for at forebygge dyre og ofte kaotiske indlæggelser, der kunne være undgået. For patienten vil et mere målrettet forebyggende arbejde med fokus på stabilitet og behandlingscompliance være en entydig gevinst.

Behovet for bedre forebyggelse gælder også de mange borgere i psykisk mistrivsel, som ikke hører hjemme i behandlingspsykiatrien. Både unge og voksne med mistrivsel og lettere psykisk sygdom skal gribes tidligere end i dag med udvikling og udbygning af lettilgængelige lavtærskel tilbud, herunder digitale tilbud, for at forebygge udvikling af alvorlig psykisk sygdom. Regionerne og behandlingspsykiatrien kan i denne sammenhæng stille specialistviden til rådighed og fortsætte den udvikling, der allerede er i fuld gang indenfor selvhjælpsprogrammer og internetpsykiatri. Men hjælpen til borgere i psykisk mistrivsel bør være forankret tæt på indsatserne i skolerne for de unge og social-, beskæftigelses- og boligområdet for de voksne.

Bedre sammenhæng til borgere med kronisk sygdom

Et stigende antal borgere lever i dag med en eller flere kroniske sygdomme, herunder senfølger af alvorlig sygdom. Behandlingen af den enkelte sygdom er som regel af høj kvalitet, men der mangler sammenhæng, hvis man har flere sygdomme. Og flere kroniske lidelser kan forebygges bedre, ligesom der ofte kan anvises alternativer til hospitalsbehandling, hvis ellers kompetencerne og kapaciteten er til stede lokalt. Det kan fx være tilbud om træning frem for operation ved ryg- eller knæsmærter, det kan være digitale løsninger, der gør patienten i stand til at monitorere sin egen sygdom frem for at gå til faste kontroller på hospitalet, og det kan være tilbud i patientforeninger eller andre civilsamfundsorganisationer, der hjælper borgerne med at håndtere mentale følgevirkninger og gøre livet med kronisk sygdom foreneligt med et godt og aktivt hverdagsliv. Det skal vi gøre meget mere af og gøre det mere systematisk.

Borgere med multisygdom møder i dag et fragmenteret sundhedsvæsen, som behandler hver sygdom for sig. Det fører ofte til et manglende blik for det hele menneske og til alt for ukoordinerede patientforløb, som i sig selv kan gøre borgeren til fuldtidspatient. Det er helt afgørende, at sundhedsvæsenet bliver bedre til at møde borgere med multisygdom med en mere koordineret tilgang, der tager afsæt i borgerens ønsker og behov.

Kronisk syge borgere har som regel behov for at blive undersøgt eller behandlet af specialister i deres sygdom en gang imellem, men ofte vil den faste kontakt være den praktiserende læge, som også kan være med til at binde komplekse forløb for multisyge sammen på en bedre måde. Det kræver mere kapacitet og tid i almen praksis, men det kræver også et endnu tættere samspil mellem den praktiserende læge og speciallægen i den pågældende sygdom, hvad enten det er en praktiserende speciallæge eller en hospitalslæge.

Volumen er i mange kommuner for lille til at sikre den nødvendige kapacitet, kompetencer og en tilstrækkelig bred vifte af tilbud indenfor patientrettet forebyggelse og rehabilitering til mennesker med kronisk sygdom. Samtidig er den patientrettede forebyggelse i dag en add-on efter afsluttet hospitalsbehandling fremfor en integreret del af behandlingen, selvom der er øget viden om, at patientrettet forebyggelse kan forbedre prognosen (træning forud for operation, rygestop forud for operation mv.).

Derfor bør man også overveje, om der også for mennesker med kroniske sygdomme og behov for patientrettet forebyggelse er områder, hvor de økonomiske incitamenter og de sundhedsfaglige kompetencer kommer til kort i dag, og hvor et samlet ansvar og budget vil bidrage til at skabe bedre sammenhæng for patienten og bedre brug af ressourcerne. Det vil omfatte at styrke kapaciteten i almen praksis, så den praktiserende læge reelt kan være tovholder for patienten med kronisk sygdom og eventuelt multisygdom. Det vil kræve, at man på hospitalerne koordinerer og justerer patientforløbene ud fra patientens behov – hjulpet af den praktiserende læge som patientens "advokat". Og det vil kræve et langt tættere samarbejde med civilsamfundets organisationer, herunder patientforeningerne, om alt det, der ikke kræver klinisk ekspertise, herunder at støtte patienterne i at få hverdagslivet med sygdom til at hænge sammen.

Nøglen til bedre sammenhæng i patientforløbene – både inden for og på tværs af sektorerne – ligger dels i et samlet ansvar, som tidligere beskrevet, at sygehusene stiller med den nødvendige specialistrådgivning, og i en styrket kapacitet i almen praksis, der ikke i dag er i stand til at levere på den "tovholder-funktion", som bedst ligger hos den praktiserende læge, der har helhedsperspektivet, kendskabet til patienten og et blik for de pårørende.

Klart placeret ansvar – også for udviklingen af almen praksis

Almen praksis bør være den faste tovholder for patienten med mulighed for faglig rådgivning fra speciallægepraksis og hospitaler og med langt bedre dataudveksling. Den praktiserende læge kan på denne måde være den gennemgående sundhedsperson, der har kendskab til patientens tilstand og levede liv, og kan hjælpe med at skabe sammenhæng, tryghed og overblik over handlingerne og medicin mv. Men det er en vigtig forudsætning, at lægedækningen og tilgængeligheden markant forbedres, og at alle læger kan tage hånd om deres patientpopulation og tilgodeser de patienter, der har mest behov for lægehjælp.

Der er gjort en stor indsats for at modernisere almen praksis. Især i overenskomsterne fra 2018 og 2021 er der skabt resultater omkring dannelse af kvalitetsklynger, udbygning af behandlingsansvaret for KOL- og diabetespatienter samt aftaler om større ansvar for borgere på plejehjem, akutfunktioner og bosteder. Herudover har regionerne de senere år prioriteret at understøtte og aflaste almen praksis fra sygehusene via hotlines, rådgivning og senest ved at etablere et 72 timers behandlingsansvar til patienter, der udskrives til kommunal sygepleje. Men skal vi skridtet videre, forudsætter det stærkere redskaber til at drive udviklingen i almen praksis.

En styrket rolle for den praktiserende læge forudsætter bedre indsigt i aktiviteten i almen praksis og en stærkere myndighedsrolle, som gør det muligt at integrere almen praksis bedre i det samlede sundhedsvæsen og sikre, at der leveres på prioriterede opgaver som f.eks. tovholderrollen.

Først og sidst: Borgernes sundhedsvæsen

Verden rykker sig hele tiden. Og hvis ikke de bevægelser en gang imellem mødes med nye måder at gøre tingene på, så skaber de mange små ryk til sidst sprækker i fundamentet. Derfor er der behov for reformer af sundhedsvæsenet i Danmark – reformer, der bryder silo-tænkningen, samler ansvaret og økonomien og sætter et folkevalgt led med tilstrækkelig kapacitet og geografisk spændvidde i spidsen for hele sundhedsvæsenets "leverancekæde". De nuværende 5 regioner vil efter vores vurdering bedst være i stand til at løfte dette samlede ansvar, men det kan også organiseres på andre måder inden for rammerne af Danske Regioners 5 principper for en sundhedsreform.

Kæden af ydelser, som skal samles under et ansvar og et budget, kan være længere eller kortere. Det er dog helt afgørende, at alle sengepladser – dem på hospitalerne og dem, der i dag er kommunale – samles under et tag. Den evindelige diskussion om, hvorvidt patienter udskrives for tidligt, selv om de ikke længere har behov for hospitalsbehandling, er et af de stærkeste eksempler på, at ansvaret bør samles. Dermed vil det være op til en faglig vurdering, om der er brug for hospitalsbehandling eller anden behandling, og det vil være op til myndigheden med det samlede ansvar at sikre en god behandling – også uden for hospitalerne. Et andet eksempel er psykiatrien, hvor mange indsatser i dag foregår lokalt, uanset om de er regionale eller kommunale – her kan samarbejdet formentlig langt henad vejen sikre sammenhæng for patienten, men til gengæld vil et samlet ansvar og budget kunne sikre mere ensartede tilbud på tværs af kommunerne. Det samme gælder de kommunale tilbud om genoptræning og forebyggelse samt indsatserne i forhold til kronisk sygdom.

Det afgørende må være: Hvordan løser vi opgaven bedst muligt for borgerne? Det er dem, vi driver sundhedsvæsen for.

Derfor er det også afgørende, at et stort og omkostningstungt velfærdsområde som sundhedsvæsenet ledes af borgernes egne repræsentanter – direkte folkevalgte med kendskab til de særlige forhold, som kendetegner de enkelte landsdele.

Et system, der kun ledes af embedsmænd, fagspecialister eller anonyme bestyrelser, vil have en tendens til at lukke sig om sig selv og fokusere på systemets egne behov. De folkevalgte er borgernes stemme ind i et stort og tungt system, der kan være svært at ændre, og det er erfaringsmæssigt politikkerne, 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.

Patienter går på kryds og tværs af hospitalerne i de fem regioner – sundhedsvæsenet kan ikke drives rationelt i enheder, der alene er bygget op om det enkelte akuthospital, men fokus på udviklingen af det nære tilbud i området omkring hospitalet kan forstærkes. Det er heller ikke muligt at skabe demokratisk transparens og stille politikere til ansvar i indirekte tværkommunale konstruktioner. Staten er for langt væk fra de lokale eller regionale problemstillinger, som altid vil fylde i et sundhedsvæsen, og det er nok årsagen til, at mange velfungerende lande har valgt en regional organisering af sundhedsvæsenet. Mange sundhedsopgaver – og også opgaver uden for sundhedsområdet - kræver en kapacitet, et volumen og et geografisk vingefang, der passer godt til den regionale konstruktion.