



Tænk mere på patienterne, mindre på administratorenne

Sammenhæng og større lighed i sundhedsvæsenet – tæt på borgeren.

Sundhedskommissionens præsenterede den 11. juni 2024 deres nye anbefalinger og forslag til modeller for nye måder at indrette sundhedsvæsenet på.

Du kan læse mere om de nye anbefalinger på Indenrigs- og sundhedsministeriets hjemmeside: Nye anbefalinger skal sikre sammenhæng og større lighed i sundhedsvæsenet tæt på borgeren

Rapporten præsenterer seks tværgående anbefalinger til en ny organisering af sundhedsområdet og dertil en række konkrete forslag til:

1. Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud
2. Ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet.
3. Tilpasset ressourcefordeling
4. Ændringer af organisering og samarbejde på psykiatriområdet
5. Tilpasning af de organisatoriske rammer for praktiserende speciallæger
6. Implementering.

De tre modeller for ny forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet

De tre modeller adskiller sig indbyrdes i forhold til, om sundhedsvæsenet har en decentral eller en national politisk ledelse, og i forhold til om der sker en større samling af opgaver inden for sundheds- og ældreområdet eller en mindre eller ingen opgavesamling.

Model 1 og 2 indebærer en større samling af ansvaret for opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet under én myndighed. Det er opgaver, hvor ansvaret i dag er fordelt på regioner og kommuner.

I model 1 nedlægges regionerne, og det politiske ansvar bliver forankret decentralt med etablering af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse.

I model 2 nedlægges regionerne, og det politiske ansvar ligger på det nationale niveau, og der er i den model ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet.

I model 3 fastholdes et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet med en mindre – eller ingen – samling af de opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet, som i dag er henholdsvis kommunernes og regionernes ansvar



Patientforeningens kommentar:

Bestyrelsen for Patientforeningen mødtes straks den 11. juni 2024 og konkluderede følgende:

Det er et omfattende arbejde, som Sundhedsstrukturkommissionen har gennemført og præsenteret den 11. juni 2024. Det skal de have tak for. Der er fundet meget fint materiale, som kan bruges i det videre arbejde.

Nej til bureaukratisk planøkonomi

Umiddelbart ser det ud til, at kommissionen har en stor tro på at mere planøkonomi og mindre patientindflydelse vil hjælpe. Den holdning ligger lagt fra Patientforeningens. Patientforeningen ønsker stærke folkevalgte i ledelserne af sundhedsområdet. De folkevalgte er ofte patienternes og de pårørendes hjælpere, når noget er kørt helt skævt.

Kommissionen burde først og fremmest have set på, hvordan (de mange flere) patienterne fortsat får mere og bedre sundhed for pengene samt hvilke blokeringer, der måtte ligge for at dette kan ske.

Tre modeller

Der er foreslået tre forskellige modeller. Der er brugt mange og ”fine” ord, men ikke klare ord om patienterne og fordelene for dem. Ingen af modellerne taler om at lade pengene følge patienterne.

Modellen – nummer to - med alt samlet under en minister vil blive et uhørt ekspert- og topstyre. Ingen vil kunne magte en så stor organisation. Allerede superhospitalerne har haft store omkostninger for patienterne og suget læger og sundhedspersonale til få store centre i stedet for at sikre alle en egen familielæge tæt på bopælen/arbejdet.

Kommission og minister hylder vores sundhedssystem i høje toner. I Patientforeningen møder vi også alt det, der går galt, og det er desværre alt for meget. Meget hænger sammen med, at så mange valgmuligheder og patientrettigheder er skåret væk for patienterne, patientinddragelse er for beskeden og ventelisterne for lange.

Centraliseringens problemer

De store afstande fra patient til sundhedsvæsenet, særligt på det specialiserede område, skaber ekstraordinær transporttid for patienter. Transporten skaber det ekstra udgifter for både patient og regionen. Patientforeningen oplever det skaber større afstand i forhold til borgeren frem for at komme tæt på borgeren. Det gør det svært at skabe et sammenhængende forløb. Ambitionen om at nå ud til og komme tæt på borgere umuliggøres. Derved skabes der større ulighed frem for lighed.

Den praktiske tilgang til hvordan det nære sundhedsvæsen løses tæt på borgeren og i eget hjem, er ikke synlig. Der er lagt mange ressourcer i arbejdet med det nære sundhedsvæsen, som har til formål at mindske og undgå indlæggelser og besøg i akutmodtagelsen. Model 1 og 2 arbejder imod dette, da de handler om yderligere centralisering (model 1). I model 2 vil bureaukrater skulle prioritere og stå for driften af sundheds- og ældreområdet. Det er en stor tilbagegang, når der i mange år er blevet arbejdet med at styrke det gode samarbejde region, kommuner og private sundhedsaktører imellem.



Store problemer med patientjournalernes unøjagtighed

Mange problemer hænger sammen med, at informationerne i patientjournalerne er i alt for lav en kvalitet, at der mangler elektronisk tilgængelighed for patienternes egne journaler hos egen læge, og at der ikke er et lovkrav om mulighed for en 'second opinion'/en anden læges vurdering. Ligeledes er der ikke reelt 'frit sygehusvalg'.

Forebyggelse

Underliggende er der et stort problem i, at det danske sundhedssystem er et sygdomssystem uden fokus på sundhed, som defineret af WHO (Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke blot fravær af sygdom, smerter eller andre skavanker). Vi mangler fokus på forebyggelse samt en tværfaglig tilgang til samme, ikke mindst da de faktorer der fremkalder sygdom, ligger udenfor denne sektor.

Familielægen skal styrkes

Den klassiske familielæge er hovedpersonen i vores sundhedssystem. En familielæge bør alle have krav på. Den opgave skal blandt andet løses ved at gøre det mere attraktivt for lægerne at slå sig ned udenfor de store universitetsbyer. Det er en god anbefaling, at, at familielægen bliver en hjørnesten i fremtidens sundhedsvæsen med en afgørende koordinerende rolle. Alle Danmark skal have en læge. Læge-dækningen skal være tilstrækkelig og tage højde for, at sundheden ikke er ens alle steder i Danmark.

Moderne teknologi

Patientforeningen kan støtte, at man bruger mere moderne teknologi. En del af den nye teknologi kan bindes sammen elektronisk, men det skal være patienterne, der åbner adgang for adgangen til de helt private sundhedsdata. Alt for mange uvedkommende orienterer sig i dag i patienternes mest intime og fortrolige oplysninger. Der skal i fremtiden være bedre sikkerhed for, at det ikke sker.

Et stort sammenhængende IT-system skal desuden være konstrueret således, at hacking er grænsende til det umulige, og det skal ikke kunne lægges ned af et uheld eller en utilsigtet hændelse. Russerne fører hybridkrig mod os, og det skal vores sundhedssystem kunne klare. Decentralisering er derfor hensigtsmæssig.

Løsningen af problemerne med de mange og uoverskuelige journaliseringssystemer er en af de væsentlige opgaver, som regionerne ikke har løst tilfredsstillende.

Patienternes store egenbetaling

Patienterne betaler en betydelig del af sundhedsomkostningerne direkte af egen pengepung ligesom en stor del af sundhedsydelse sker i private klinikker og apoteker. Dette ser ud til at være ude af fokus. De meget væsentlige opgaver der løses her, er heldigvis præget af en høj grad af valgmuligheder for patienterne. De mange valgmuligheder skal bevares.



Økonomien optimeres

Vi kan bruge skattepengene flere gange, hvis alle skal have, hvad de gerne vil have på sundhedsområdet. Her skal vi finde en løsning, som ikke skaber større ulighed.

Vi må væk med dobbeltundersøgelserne, som koster mange penge og patienterne megen tid. For få stoler på hinandens undersøgelser i sundhedssystemet. Enkelte områder er begyndt - efter grundige forsøg - at stole på andres undersøgelser. Det er vejen frem til bedre service for færre skatte- og patientpenge.

Tilsynsmyndighederne har ansvaret for at stoppe useriøse undersøgelser uanset hvor de sker.

Tilsynsmyndighederne og patienternes mulighed for erstatninger bør generelt styrkes.

Selv om Rigsrevisionen og statsrevisorerne igen og igen har påpeget problemerne med honoreringen hos lægerne, så er der ikke sket meget. Lad alle patienter kvittere for hver besøg hos lægen. Ingen andre har så åbne kasser fyldt med skatte kroner, som vi finder her. Der skal indføres brugerkontrol.

Forebyggelse

Hovedproblemet er flere ældre og flere kronikere med flere sygdomme i en arbejdsstyrke, som ikke vokser i samme takt. Skal hovedproblemet mindskes, så skal der gang i forebyggelsen. Kommunerne har hidtil løftet denne opgave på en uhyre beskedne måde. Det skal ændres til det bedre.

Forebyggelsen skal ligge decentralt, være tværfaglig og fokusere på de faktorer, der fremkalder sygdom, også uden for sundhedssektoren. Den skal ske i uddannelsesinstitutioner og på arbejdspladser, i fritidsklubber og foreninger, og der skal uddannes de nødvendige fagpersoner. Det kræver ikke brug af de alt for få læger, for deres speciale er sygdomme.

Selv om forebyggelse er nødvendig, og vil betyde færre patienter, ændrer det ikke på, at der mangler personale i sundhedsvæsenet. Der skal uddannes flere, der skal være bedre arbejdsforhold, og der skal åbnes bedre op for udenlandsk arbejdskraft. Det netop vedtagne lovforslag er desværre ikke tilstrækkeligt. Det virker f.eks. hovedløst, at et lægeægtepar fra udlandet ikke må arbejde på det samme regionshospital.

Ikke mere bureaukrati

Sluttelig må man overraskes over at der foreslås et reformsekretariat og dermed endnu en instans, der skal tale med andre instanser. Vi skaber en masse overadministration og spild af ressourcer. Det bringer patienterne meget længere væk, hvor målet siges at være det modsatte.