



SundFornuft

Høringsbrev fra SundFornuft

- Tænketaiken 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>