

Sundhedsvæsenet er i knæ. Hvad skal der til for at få et velfungerende system, der leverer høj kvalitet og stor patient tilfredshed

Denne artikel er et indspark i debatten om en ny struktur i sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen blev nedsat d. 28. marts i år og fik til opgave at udarbejde modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Kommissionen skal i processen også understøtte en bred offentlig debat. Det forventes at det færdige arbejde fremlægges i maj-juni 2024. Det er også sidste udkald. Skiftende regeringer har forsøgt sig med lappeløsninger. Uanset de flotte ord og gode hensigter spiller vores opdelte strukturer med 98 kommuner og fem regioner, praktiserende læger og private hospitaler og forskellige sundhedstilbud bare ikke sammen.

Det danske sundhedsvæsen er i knæ. Corona perioden sled voldsomt, men det er besparelserne gennem en længere årrække der er hovedårsagen. Fra 1992 til 2010 steg det offentlige forbrug med 2,2 pct. om året. Fra 2010 og frem til 2019 er det steget md 0,1 pct. om året. Det betaler vi prisen for i dag. Det største problem er personalemangel i hele sundhedsvæsenet. For nylig kunne vi læse om, at Bispebjerg hospital mangler 18 ud af 37 anæstesisygeplejersker. Det betyder, at kirurger bruger deres tid til at administrere ventelister i stedet for at operere. Flere steder er der lukket hele afdelinger eller sengeafsnit. Det giver et dårligt arbejdsmiljø, hvor personalet skal arbejde mere, der igen medfører stress, udbrændthed og yderligere personaleflugt. Kunne personalemanglen have været forudset for længe siden? Helt klart ja. Alle har kendt fremskrivningen af patientbehovene i de kommende år sammen med lavere fødselstal og dermed også tilgang til arbejdsmarkedet

I 2022 har prof. Christopher Murray i The Lancet sammenlignet sundhedssystemerne globalt og placerer Danmark på en 24. plads, det dårligste i Norden. Desuden er vi ikke gode nok til at behandle diabetikere, andre dødelige sygdomme og tilgængeligheden i sundhedsvæsenet er omdiskuteret. Vi har den korteste levealder i Norden og det meste af Vesteuropa. Hertil kan tilføjes, at vi har en alt for stor ulighed i sundhed og sygdom, fx lever den højtuddannede 12 år længere i gennemsnit end den kortuddannede. Det gælder også køn, hvor forskning i sygdomme, der rammer kvinder er underprioriteret, fx endometriose, hvor celler i livmoderen flytter sig og skaber sammenvoksninger, betændelse og irritation. Der er eksempler på, at kvinder har ventet på en diagnose i over 10 år. Vi taler om over 130.000 kvinder, desuden også ældre indvandrere, der ikke får stillet en ordentlig diagnose.

Hvad er der sket med sundhedsvæsenet i Danmark? Vi bruger trods alt over 220 mia. kr. om året - det andet højeste i EU.

Vi ved, at vi får en markant stigning i antallet af ældre borgere. I 2030 vil der være 270.000 flere borgere over 75 år, så udgifterne til det demografiske træk vil vokse voldsomt. Vi ved også, at i dag er udgifterne i gennemsnit på 200.000 kr. pr. ældre over 95 år og 90+ 140.000 kr.. Indenrigs- og Sundhedsministeriets Benchmarkingenhed har i en ny analyse undersøgt ældres forbrug af sundheds- og plejeydelser. I 2022 blev der anvendt omkring 90,2 mia. kr. på sundheds- og plejeydelser til ældre borgere, svarende til et gennemsnitligt forbrug på i alt 75.422 kr. per person over 65 år. De kommunale ydelser – hjemmesygepleje, plejebolig, praktisk hjælp og personlig pleje udgør lidt over halvdelen af det samlede forbrug, sygehusforbruget udgør omkring 40 pct., og de resterende 9 pct. kan henføres til praksissektoren.

Ifølge sundhedsprofessor Jes Søgaard er der fra 1980 og til 2020 sket følgende: 60 pct. flere udskrivinger, 200 pct. flere ambulante forløb, 70 pct. flere kortere indlæggelser, 69 pct. færre sengepladser og 81 pct. færre hospitaler. Så presset på hospitalerne er steget markant. Jeg er enig i. at super hospitaler og speciale hospitaler er det rigtige, idet det giver patienter de bedste behandlingsmuligheder udført af højt specialiseret personale. Men hospitalerne skal drænes for en masse opgaver de udfører i dag. Derfor skal der etableres en ny struktur og organisering i samspil med praktiserende læger og kommunerne. Der skal en effektivisering af arbejdsgange til, nytænkning af faggrænser og en langt mere omfattende digitalisering.

Tidligere i år fik hospitalerne 1 mia. kr. til at bringe ventelisterne ned. For nylig fremlagde Robusthedskommissionen sine anbefalinger i en fremragende rapport, der dog også peger på, at sundhedsvæsenet befinder sig i den største krise i over 30 år og snart begynder treparts forhandlingerne om mere i løn til offentligt ansatte, hvor der er afsat 3 mia. kr. op til 2030, og hvor statsministeren har peget på, at sygeplejersker og SOSU'er skal have del i dette. Det vil alt-andet-lige reducere rekrutteringsproblemerne. Ting tager tid, men vi har allerede en masse gode erfaringer fra mange

områder på dette område, der kan igangsættes her-og-nu, fordi Sundhedsstrukturkommissions rapport bliver først behandlet politisk i efteråret 2024 eller foråret 2025 og alle andre nødvendige tiltag vil også tage tid, før de er implementeret og virker i praksis

Overordnet set handler det om give mennesker flere raske leveår. Det gøres primært gennem forebyggelse. Allerede i dag har vi mange værktøjer og dermed data, fx Sundhedsprofilen, der offentliggøres hvert fjerde år. Stort set alle kommuner har en sundhedspolitik i dag, der arrangeres sundhedsuger, temadage og mange steder et fremragende samarbejde med idræts- og motionsklubber og foreningslivet. Mange mennesker tager også imod rygestoptilbud og ændrer deres kost. Vi skal være bedre til at gøre opmærksom på de mange tilbud, men det er motivation og frivillighed der gør at vi får flere med. I dag bruges omkring 3 pct af sundhedsbudgettet på forebyggelse, så en omprioritering giver først resultater på den lange bane.

Under corona nedlukningen var top-down styringen reduceret og opgaverne blev løst under svære vilkår. Denne fleksibilitet skal være normen i den nye struktur, fx at lægen ikke udelukkende har autorisation, men at sygeplejersker og andre faggrupper kan træffe beslutninger. Data regler skal heller ikke kunne blokere for kontakt mellem fx regioner og kommuner eller mellem regionerne, hvor vi jo har to forskellige it platforme. Vi skal udbytte digitaliseringen langt bedre end i dag. Vi skal have registre der opsamler offentlige data, hvor manuelle opgaver er automatiseret, så al information findes et sted, og dermed reducerer tiden de ansatte bruger på systemet. I den sammenhæng også gøre brug af kunstig intelligens (AI), der er i rivende udvikling, og anvendes i dag i fx Region Hovedstadens mammografiscreeningsprogram. Radiologerne er også effektivt assisteret af kunstig intelligens i deres vurdering af billeder, hvor arbejdsbyrden reduceres betragteligt og færre indkaldes til udredning, når en erfaren radiolog assisteres af det nye værktøj. Dette sparer tid og penge for borgerne og for de ansatte. Og det er kun begyndelsen.

Diskussionen om regionerne er vanskelig. På den ene side har vi brugt 15 år på at opbygge en struktur, der på mange stræk fungerer, men der er for lidt samordning mellem regionerne og alt for stor forskel på for mange områder mellem dem, og det er indlysende at man skal have adgang til data uanset, hvor man er i landet og kun én it platform. Så en afklaring er helt evident.

Det er en skandale, at psykiatrien har været sat på standby i årevis. Der mangler personale, der mangler sengepladser. Patienter udskrives før de er færdigbehandlet og har man dobbeltdiagnoser som psykisk lidelse og misbrug af alkohol/stoffer kan man ikke komme i behandling. Der har også været problemer med opfølgning mellem region og kommune. Vi kan kun håbe på, at noget af det løses med de nye aftaler mellem regioner og kommuner, hvor behandling nu finder sted i regionerne, dog kun for knap 10.000 borgere. Det skal styrkes yderligere, for med det efterslæb der er har det lange udsigter, før vi ser en forbedring. I dag anvendes 25 pct. af sundhedsudgifterne på psykiske lidelser – mere end på kræft og hjerte-kar-sygdomme. En rapport fra i år af professor Lars Vedel Kessing viser, at 82 pct. af befolkningen får en psykisk lidelse i løbet af livet. Alt for længe har det været tabuiseret. Vi skal kunne tale om psykisk sygdom som vi taler om somatiske sygdomme. Med den vedtagne 10-årige psykiatriplan og en fornuftig finansiering er jeg dog optimist på dette område, selvom der vil gå 6-8 år før det fungerer godt.

I dag bor 600.000 borgere i lægedækket truet område. Uanset hvordan vi organiserer området vil de praktiserende læger være krumtappen i systemet, idet denne har en fast relation til borgeren og forstår den enkeltes behov og ønsker. Det betyder mere tid til borgeren og meget mere tid til dialog med hospitalerne (speciallæger) og kommunerne. Meget kan klares digitalt, men den praktiserende læge bliver tovholder mellem sig selv, hospitalerne og kommunen – og det betyder langt færre patienter end i dag. I sundhedsplanen fra maj 2022 er det besluttet at uddanne 6500 speciallæger i almen medicin inden 2035. Derfor er vi nødsaget til i de kommende år at foretage konstante tiltag for at komme i mål. Desværre fungerer almen praksis som en entreprenørmodel på et monopolmarked, hvor forhandlinger om kontrakter er meget vanskelige. Derfor undersøge mere smidige modeller i samarbejdet med de praktiserende læger. I Sverige og Norge har læger arbejdsdage, hvor de fx tilser flygtninge eller indsatte.

Masser af indlæggelser kan forebygges, fx tryksår, væskemangel, forstoppelse, blærebetændelse, knoglebrud, energibetinget blodmangel og mange andre. 1,2 mio. borgere lever med kroniske sygdomme – mange med to, tre eller flere. Halvdelen af sundhedsudgifterne anvendes her, fx har diabetes 1 patienter 1,7 mio. flere besøg hos den

praktiserende læge end gennemsnitsborgeren. Astma, KOL og allergi koster samfundet 20 mia. kr. om året. I en Momentum analyse fra september ses det, at antallet af borgere med to diagnoser er tre dobbelt på bare 18 år. Endnu en bombe under systemet. Vi ved en tidlig diagnose og velbehandlet lunge- og allergipatient koster det halve, derfor skal der være en individuel plan for patientens samlede forløb. Der skal skelnes mellem simple enkeltstående forløb og de patienter der er "selvkørende" fx ved telemedicinering, blodtryksmåling og konsultation i eget hjem eller i et lokalt sundhedshus. Vi skal væk fra one-size-fits-all. De mest simple forløb og hovedparten af ambulante behandlinger bør kunne klares udenfor hospitalerne. For nylig havde Politiken en artikel om, at gigtpatienter på Sjællands Universitetshospital i Køge ikke længere går til kontrol hver tredje måned men en gang årligt. Det har frigivet lægetid. Ved opblussen af sygdommen eller gener kan man få en akuttid. Gigtafdelingen har efter tre år set 1000 flere patienter med uændret personale, arbejdsbelastning og økonomi. Det er den vej vi skal. Det er et opgør med traditioner og rutiner.

Hospitalerne skal sænke tempoet. Vi ser flere pålæg på hospitalerne, hvor flere handler om arbejdsmængden og mere udrændthed hos læger og ofte gives medicin ikke til tiden. Ingen læge kan i dag overskue de komplekse patienters forløb, derfor skal vi have læger med bredere kompetencer, der arbejder på tværs. Det vil kunne afhjælpe en del af, at patienter sendes rundt i systemet, og ved flere forløb for patienten skal der koordineres ved sektorovergange. Her vil jeg også pege på Diagnostisk Center i Silkeborg, hvor man undersøger patienter med uklare symptomer, så der hurtigere kan stilles en diagnose – og dermed spare mere tid i sundhedsvæsenet.

Vi har fået en geografisk klyngestruktur med hospitaler, praktiserende læger og kommunerne. Her bør man prioritere kronikere, da de fylder meget i systemet, og derned få en ensartet kvalitet. Patientnær forskning bør også prioriteres, da det gavner langt hovedparten af borgerne og kommunerne skal være langt bedre til at dele deres erfaringer.

Kommunernes social-psykologiske, pleje og rehabiliterende indsats skal have den nødvendige kapacitet og kvalitet. Kommunen skal gennem hjemmepleje og hjemmesygepleje sikre borgeren længst mulig i eget hjem, forebygge gennem forløbspakker og genoptræning og opspore så tidlig indsats er mulig. Det samme gælder på plejehjem, hvor faste plejehjemslæger skal være normen.

Her er vi ovre i Det Nære Sundhedsvæsen, der lanceredes i Strukturreformen fra 2007. På trods af 10 års arbejde og 250 anbefalinger viste en rapport i 2018 store forskelle i sundhedstilbuddene i kommunerne, fx KOL hvor mellem 10 til 80 procent fik den anbefalede opfølgning afhængig af kommune. Det går ikke. Der skal være et ensartet og højt kvalitetsniveau i alle kommuner. I dag varetager 78 pct. af kommunerne hjemmedialyse, 43 pct. kemoterapi og 72 pct. intravenøs medicinsk behandling.

Siden 2008 har der været opgaveglidning mellem stat/regioner og kommunerne, hvor økonomien ikke altid følger med. Derfor skal sundhedsreformen også medtage en finansiering til kommunerne. Reformen virker kun såfremt samspillet med de tre aktører hænger sammen. I kommunerne skal der være sammenhængende forløb for borgeren i ældreplejen med tværfaglige statusmøder om borgeren og med borgeren og pårørende. Kontinuitet i fast plejepersonale i borgernes hjem og diætister og ergoterapeuter skal forebygge ernæringsindsats og forebygge fald. Ifølge OECD koster uhensigtsmæssige indlæggelser flere mia. kr. om året. De penge kan anvendes meget bedre. Vi skal også løse den bastante sondring mellem Serviceloven om pleje og omsorg, der hører til i kommunerne og Sundhedsloven om behandling, der hører til i regionerne. Alt for ofte kommer borgerne i klemme, fx om digitale sensorbaserede måleapparater til diabetes patienter eller kompressionsstrømper. Det handler om, hvilken kasse der skal betale, og det er urimeligt overfor borgeren samtidig med unødigt administration.

Det er også oplagt at samarbejde med Danmarks store og internationalt anerkendte medicoindustri med over 200 virksomheder og 28 netværk indenfor sundhedsøkonomi og bæredygtighed.

Sundhedsområdet er yderst kompliceret. Ønskes et velfungerende og professionelt sundhedsvæsen går det ikke at se på enkeltområder men på helheden og ikke mindst samspillet mellem de forskellige aktører.

