

Vedhæftet kronik i Ugeskrift for Læger maj 2008 og Høringsvar til Region Sjællands syhusstrukturplaner året før, beskriver styrkelsen af det decentrale sundhedsvæsen som en nødvendig forudsætning for en succesfuld centralisering og specialisering på få "supersygehuse". Kalundborgmodellen er specielt fordi den involverer regionale sygehussengepladser i eksisterende sygehusbygninger. Modellen definerer præcist hvad det er for funktioner der klares decentralt kvalitetsmæssigt lige så godt - og forløbsmæssigt bedre - end på stærkt grens specialiserede sygehuse. Modellen respekterer fuldt ud den nødvendige samling af akutfunktioner på færre sygehuse. Men modellen respekterer også at almen praksis ikke alene kan klare de øgede funktioner i de kommende geografisk større decentrale områder som centraliseringer efterlader. Med venlig hilsen Ditlev Bache Praktiserende læge Praksiskonsulent NB: jeg stiller mig til disposition for mundlig uddybning for enkelte medlemmer - eller hele sundhedsudvalget

## **Kalundborgmodellen**

### **En ny model for det decentrale sundhedsvæsen: et samarbejde mellem region, kommune og almen praksis**

Ditlev Bache  
Praksiskonsulent kalundborg Sygehus  
dbache@dadlnet.dk

Den igangværende proces henimod færre og større supersygehuse med stærkt grenspecialiserede afdelinger, nyder bred tilslutning i Sundhedsstyrelse, Lægeforening og lægefaglige specialeselskaber. Speciallægemanglen og senest også turnuslægemanglen, accelererer udviklingen. Det berettiger til et øget fokus på det decentrale sundhedsvæsen i de langt større yderområder, som denne udvikling efterlader. Hvis vi ikke i tide ofrer økonomi og ressourcer på denne problematik, så vil et skrantende decentralt sundhedsvæsen overlade alt for mange opgaver til de centraliserede sygehuse. De vil sande til i opgaver vi burde have klaret decentralt.

Kalundborg er et godt eksempel på denne problematik. Lægemanglen både i almen praksis og på sygehuset udgør et stigende problem, samtidigt med at Ny Kalundborg Kommune skal løse flere opgaver efter sundhedsloven. Ingen af disse 3 parter kan løse de kommede års problemer alene. Spørgsmålet er om der findes en model for det decentrale sundhedsvæsen, der involverer et tættere samarbejde mellem de 3 parter.

En gruppe af praktiserende læger, sygehuslæger og Kalundborg Kommune udarbejdede i april 2007 et høringsvar til Region Sjælland, som beskriver et decentralt sundhedsvæsen med deltagelse af disse 3 parter. Det nye og kontroversielle i modellen er et fortsat betydeligt regionalt bidrag med medicinske sengepladser og ambulatoriefunktioner.

Høringsvaret vakte interesse i regionen, både politisk og i forvaltningen – og bidrog sammen med rent kapacitetsmæssige argumenter til bevarelsen af Kalundborg Sygehus i den vedtagne sundhedsplan.

Siden er vores model for det decentrale sundhedsvæsen aktualiseret af lægemanglens kendsgerninger både på sygehuset og i praksis ("spørgelsespatienter"). Region Sjællands øverste ledelse (Dir. Flemming Nielsen) og den nye ledelse af Sygehus Nord har for nyligt taget skridt i retning af modellen.

Et bredere kendskab til modellen og dens forudsætninger er derfor berettiget.

I stedet for en diskussion for eller imod små sygehuse har det været vigtigt for os at definere forfra, hvilke sygehusfunktioner der klares fagligt lige så godt decentralt – men forløbsmæssigt bedre.

### **Det gode patientforløb**

Det gode patientforløb er den optimale vej gennem sundhedsvæsenet for den enkelte patient. Det er ikke altid det samme som en forløbsbeskrivelse for den enkelte diagnose på et sygehus. *Det gode patientforløb for patienter med hyppigt forekommende folkesygdomme og kroniske medicinske sygdomme, sikres kun gennem det rette nære samarbejde mellem det primære sundhedsvæsen og*

*sygehusvæsenet* – før, under og efter hospitalsbehandling, hvad enten denne foregår ambulat eller under indlæggelse.

Det gode patientforløb handler for patienten om mere end den rigtige lægefaglige behandling af den enkelte diagnose. For patienten er høj kvalitet også behandling af færrest mulige læger på færrest mulige hospitaafdelinger.

Opfyldelsen af denne definition på det gode patientforløb vil også altid være det billigste og mest hensigtsmæssige for samfundet. Patienttransportomkostninger vejer efterhånden tungt på de offentlige budgetter.

Dette leder til at overveje hvilke af de hidtidige sygehusfunktioner, der fremover bedst løses decentralt i samarbejde mellem region, almen praksis og de nye kommuner. Det vil ikke i alle egne af landet være præcist de samme funktioner, idet det vil være naturligt at udbygge eller indskrænke eksisterende funktioner på de sygehuse, der bibeholdes når de akutte beredskaber samles på færre enheder.

Det medicinske område har de senere år gennemgået en næsten lige så konsekvent grenspecialisering som kirurgien. Set fra patientens synsvinkel har det ikke kun været et gode. De få gange i livet vi skal opereres er det ligegyldigt, hvor langt vi skal transporteres til den bedste behandling af en kirurg der ikke laver andet. Det samme gælder ikke altid det medicinske område hvor *kroniske sygdomme, lange forløb, flere samtidige sygdomme og høj alder taler for nærhed og bredde i den medicinske behandling.*

### **Den nye model for det decentrale sundhedsvæsen**

Det afgørende i den nye model er regionale sengepladser og ambulante funktioner for de medicinske områder, der ifølge vores definition på det gode patientforløb bedst behandles decentralt. Det er de ældres almindelige og komplekse medicinske sygdomme (geriatri) og de store folkesygdomme diabetes, lungesygdomme, allergi og ryglidelser. Det er patienter med kroniske medicinske sygdomme eller flere samtidige sygdomme uden nedre aldersgrænse. Og det er terminale patienter, som langt bedre behandles decentralt i samarbejde med hjemmepleje og pårørende – end centralt på højt specialiserede kræftafdelinger og kirurgiske specialafdelinger.

Med denne medicinske ryggrad tilstede decentralt vil det være naturligt at bevare eller oprette de medicinske specialer på ambulatorieniveau som naturligt medfører bedre samlede patientforløb i samarbejde med kommuner og almen praksis. Det vil typisk være Diabetes (diabetesskoler), lungemedicin (KOL skoler, astma og allergi) og rygcenter (gerne som i Ringe involverende alle parter i behandlingen).

Disse funktioner skal fortsat støttes af laboratorium og billeddiagnostik.

Alle de her nævnte områder passer smukt sammen med kommunernes nye opgaver med forebyggelse og rehabilitering (rygestop, motion og kost på recept og genoptræning efter operation) Specielt vil genoptræning efter apopleksi passe godt sammen med en decentral geriatrisk ekspertise. De fleste kommuner har flere såkaldte ”akutstuer” placeret rundt omkring på plejehjemmene. De kunne fremover samles i vores decentrale sundhedsvæsen, hvor tilstedeværelsen af geriatriske speciale vil højne den faglige standard til gavn for patienterne. Organisatorisk og økonomisk er det er en udfordring at integrere denne del i modellen. Til gengæld kunne det føre til et forbedret samarbejde og fælles faglig udvikling mellem regionens og kommunens sygeplejersker, til gavn for de fælles patienter.

Lægevagt og skadeklinik kan integreres i modellen. Det kan foregå på den måde at regionens skadeklinikke i lægevagtens åbningstid underlægges lægevagten.

For almen praksis vil modellen tilføre ny energi og inspiration til yderområderne. Det tværfaglige samarbejde omkring de nævnte meget store patientgrupper vil aflaste de praktiserende læger. Modsat vil en centralisering af sygehusvæsenet uden den her foreslåede model yderligere afkræfte praksissektoren decentralt, til stor skade for befolkningen og det nye centraliserede sundhedsvæsen.

Helt aktuelt satser Region Sjælland på et tilbud til de geografisk solopraktiserende læger i Kalundborgområdet om at samles på Kalundborg Sygehus med plads til uddannelseslæger og hjælpepersonale. Det handler ikke om en diskussion for eller imod solopraksis. Patienterne har mere end nogensinde brug for deres "egen læge". Men det handler om de kommende praktiserende lægers forventninger til fremtiden – senest illustreret i en us. blandt FYAMs medlemmer. Og det handler om, at vi ikke mangler praktiserende læger i Danmark hvis vi organiserer os anderledes. En vigtig del af dette er etablering af netværkspraksis med fælles hjælpepersonale og IT.

I lyset af den kommende mangel på turnuslæger satser den nye ledelse af Sygehus Nord på en speciallægebetjent medicinsk afdeling med 8-10 fastansatte overlæger med bred internmedicinsk erfaring indenfor de nævnte specialer, og med begrænset vagtbelastning til selekteret akut-og subakut modtagelse i dagtiden. Det sidste er en simpel nødvendighed fordi den nuværende høje akutmodtagelse ikke kan rummes noget andet sted i regionen de kommende få år. Så får vi den tid til at bevise modellens værd.

Her og andre steder i landet afhænger modellen af 3 faktorer:

Vil regionerne satse økonomi og opmærksomhed på udviklingen af det decentrale sundhedsvæsen? Forrentningen heraf vil rigeligt stå mål med de store planlagte milliardinvesteringer i det centraliserede sundhedsvæsen – og være en forudsætning for succesen heraf.

Vil det lykkes at skabe et fagligt attraktivt modstykke til de nye supersygehuse og deres nærmeste geografiske områder, så vi kan rekruttere fremtidens læger decentralt?

Vil vores hårdt trængte kommuner kunne se udover dagens problemer og deltage aktivt i visionen?

Reference:

Ditlev Bache, Niels Hansen, Henrik Monrad, Lars Bitsch Larsen, Kalundborg Kommune og Rambøll: Høringssvar med fokus på samarbejde mellem kommune, region og almen praksis – og det gode patientforløb

Kan rekvireres hos forfatteren