



Høringssvar med fokus på samarbejde mellem kommune, region og almen praksis og det gode patientforløb

Forslag til en ny model for det decentrale sundhedsvæsen

Marts 2007

Et samarbejde mellem:



Kalundborggruppen ved:

Praktiserende læge Ditlev Bache
Praktiserende læge Niels Hansen
Overlæge Lars Bitsch Larsen
Overlæge Henrik Monrad

1. Indledning

Det er med udgangspunkt i Region Sjællands *"Oplæg til Principper og hovedlinier for specialeplanlægning i Region Sjælland"*, og ønsket om en offentlig og åben dialog om regionens administrative udkast til specialeplan at nærværende høringssvar skal læses og forstås.

Det er vigtigt for os indledningsvist at slå fast, at vi naturligvis – på lige fod med regionen – tilslutter os Sundhedsstyrelsens retningslinjer mht. organiseringen af akutberedskabet og kræftbehandlingen, og at akutberedskab forudsætter tilstedeværelsen af mange specialer såvel medicinske som kirurgiske, hvorfor de nye retningslinjer i praksis betyder at mange mindre sygehuse ikke kan bibeholde deres nuværende funktioner.

Det er således vores opfattelse, at der i det foreliggende oplæg er foreslået en række gode og konstruktive tiltag inden for det regionale sundhedsvæsen, men det er på den anden side også vores opfattelse at borgerne og dermed de nuværende og potentielle fremtidige patienter i højere grad kunne bringes i centrum end tilfældet er i det oprindelige udsendte oplæg til specialeplanlægning i Region Sjælland. Endvidere synes administrationen ikke at have indtænkt de muligheder som strukturreformen har åbnet op for med hensyn til samarbejde og koordinering på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Her tænkes specielt på de nye organisatoriske muligheder i samarbejdet mellem det regionale sundhedsvæsen, det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis med fokus på det gode patientforløb – også for patienter med basale og kroniske sygdomme.

En samling af aktiviteterne på færre enheder, har mange fordele i forhold til at opbygge stærke faglige miljøer og stor ekspertise, men medfører også at mange borgere får længere til sygehuse og kvalificeret behandling selv for behandling og kontrol af basale sygdomme med mindre man tænker nyt og sætter fokus på det decentrale sundhedsvæsen.

Dette er forsøgt gjort nedenfor, hvor der redegøres for en model (Kalundborgmodellen), der tager udgangspunkt i det nuværende Kalundborg Sygehus, Kalundborg Kommune og de praktiserende læger i kommunen, men som er tænkt som en model, der kan benyttes flere steder i regionen fx også i syd og øst eller i andre dele af landet, hvor der også sker en samling af behandlingen på færre, store sygehuse. Der er i dette oplæg ikke foretaget nogen økonomiske beregninger, ligesom de organisatoriske forhold ikke er beskrevet detaljeret, da disse bør aftales i et samarbejde mellem de involverede parter (region, kommune og praktiserende læger) og indgå i den samlede specialeplanlægning i regionen. Oplægget her skal således ikke anses for en "færdig model", men er tænkt som en modelramme, der skal finpudses og justeres efter det samlede behov.

2. Behovet for et decentralt sundhedsvæsen

Tendensen går mod et sundhedsvæsen kendetegnet ved færre store sygehuse med høj specialiseringsgrad, og dette medfører et behov for at styrke det decentrale sundhedsvæsen. Det gode patientforløb består ikke alene af behandling af høj kvalitet, men i særdeleshed også af kontinuitet, nærhed og et vel fungerende samarbejde mellem og på tværs af de forskellige behandlere og sektorer. Særligt patienter med kroniske sygdomme som fx diabetes, KOL og ryglidelser, har behov for at der tilrettelægges et behandlingsforløb, hvor den enkelte patient hele tiden er i centrum. Sundhedsstyrelsen anbefaler at indsatsen overfor patienter med kronisk sygdom tilrettelægges af et team af behandlere og at der skabes et sammenhængene forløb på patientens præmisser.

Målet er, at patienten med kronisk sygdom skal kunne leve så længe og så godt som muligt med sin sygdom i sit nærmiljø. Dette kan opnås ved dels at uddanne patienten til egenomsorg i forbindelse med sygdommen, og dels at sørge for kontinuerlig monitorering af sygdommen således at sygdomsgennembrud og senkomplikationer reduceres. At have en kronisk sygdom vil som oftest medføre hyppige typisk ambulante kontrolbesøg, og stor afstand hertil vil derfor være til gene for patienter og pårørende.

Det gode patientforløb for de fleste kroniske patienter må betragtes som et "shared care forløb", hvor patientens forløb og vekslen mellem de forskellige behandlere skal fungere glidende. Hertil kommer, at shared care begrebet forpligter de relevante behandlere til at udveksle den nødvendige information, hvilket styrker kvaliteten af behandlingen. Ved at samle en stor del af behandlingen decentralt og under samme tag bliver betingelserne for et velfungerende shared care forløb alt andet lige forbedret, idet erfaringen viser, at det netop er i overgangen mellem sektorer, afdelinger og enheder at der ofte sker videns- og tab og brud i patientforløbet.

Hertil kommer, at pædagogiske metoder og patientundervisning efter vores opfattelse er en central faktor for et godt patientforløb. Ved at samle den nødvendige ekspertise på samme fysiske lokalitet, som i vores model kan man kombinere patientskoler og løbende monitorering af sygdommen, og det er muligt at tage vare på både de psykosociale og fysiske behov som kroniske syge har (empowerment og egenomsorg, kontrol og monitorering).

Endelig kan der også forudses fremtidige problemer med at rekruttere især praktiserende læger, men også andet sundhedspersonale, til området, hvis der ikke satses på et opgraderet decentralt sundhedsvæsen. Med et center, som det vi påtænker, vil det være muligt at skabe et godt fagligt miljø, og samtidig aflaste de praktiserende læger. Dette ville gøre det langt mere attraktivt at søge mod et udkantsområde som Kalundborg for sundhedspersonale generelt.

3. Kalundborgmodellen

Vores vision er at bygningskomplekset, som i øjeblikket udgør Kalundborg Sygehus skal danne rammen om til et center med udbud af diverse sundhedsydelse, hvor borgerne i nærområdet har mulighed for at få behandling og information. Modellen består i at kombinere en offensiv kommunal indsats indenfor forebyggelse og rehabilitering med en fortsat regional aktivitet på netop de store medicinske sygdomsområder, der dermed skaber sammenhængende patientforløb (se nedenfor). Dertil indtænkes almen praksis og skadeklinik som en sammenhængende decentral akutfunktion samt røntgenklinik og laboratorium som servicefunktioner overfor centret og almen praksis.

Vi finder i naturlig forlængelse heraf, at det vil være hensigtsmæssigt at placere en geriatrisk afdeling med optageområde for den vestlige del af regionen inden for disse rammer, idet nærhed og samarbejde med kommunens hjemmepleje har stor betydning inden for dette felt – opgaver som vi mener varetages bedst på en decentral – men specialiseret afdeling. Begrebet kan efter vores mening med fordel udvides til "geriatri uden nedre aldersgrænse" for at medtage de medicinske patienter der p.gr.a. flere konkurrerende sygdomme (ofte kroniske) vil lide under overflytninger i et konsekvent grenspecialiseret sygehusevæsen. Endelig er den stigende andel af ældrebefolkning et velbegrundet argument i sig selv for at inddrage det decentrale sundhedsvæsen i varetagelsen af de geriatriske patienter, hvis de påtænkte færre storsygehuses kapacitet ikke skal overhales af virkeligheden om 5-10 år.

Endelig forudsættes den nuværende bløddelskirurgiske klinik, der har opnået international opmærksomhed for sin laservaricekirurgi, ligeledes integreret i modellen. Ud over nuværende aktiviteter vil den kirurgiske klinik kunne fungere som "garantiklinik" for dele af regionens kirurgi.

På sigt vil det være muligt at udvide modellen endnu mere, nemlig til et center, der danner de fysiske rammer for både regionale tilbud såsom ambulatoriefunktioner, kommunale tilbud omkring genoptræning og sundhedsfremme, samt autoriserede private sundhedstilbud fx praktiserende læger, fysioterapeuter osv. Tankegangen her er den samme, som ligger bag Skanderborg sundhedscenter, der har eksisteret siden 1992 i det tidligere Skanderborg Hospital¹. Her findes foruden en række kommunale og private sundhedsudbydere, også muligheden for ambulante konsultationer, idet disse er tilrettelagt som satellitfunktioner fra hovedsygehuset i Silkeborg.

I vurderingen af hvilke aktiviteter og udbydere der skal placeres i centret på sigt er det ikke aktørens tilhørsforhold (regionalt, kommunalt eller privat) der skal veje tungest, men derimod patienternes behov og ønsker. Visionen er som før nævnt, at patienten/borgeren kun behøver at henvende sig et sted for at få behandling, hjælp og vejledning inden for det autoriserede sundhedsvæsen.

¹ <http://www.skanderborg-sundhedscenter.dk/>

3.1 De regionale opgaver i centret

Den regionale del af centret skal bestå af dels en udvidet geriatrisk afdeling, dels af en bløddelskirurgisk klinik og dels af en række ambulatoriefunktioner, som samlet vil udgøre et såkaldt kronikercenter. Endelig forudsættes et jordemodercenter. Røntgenafdeling og laboratorium antages at fortsætte med henblik på at betjene centret generelt og almenpraksis. For så vidt angår skadeklinik og lægevagt fortsætter den nuværende sygeplejerskeledede skadeklinik i tidsrummet kl. 8-16 og erstattes herefter af en lægevagtdrevet klinik med regionalt ansat sygeplejeassistance fra kl. 16- 08.

3.1.1 Geriatrisk afdeling

En del af aktiviteten i det fremtidige center, foreslås målrettet geriatriske patienter og andre patienter med flere konkurrerende sygdomme. Kalundborg Sygehus rummer på nuværende tidspunkt et geriatrisk sengeafsnit med 16 sengepladser. Denne funktion foreslås bibeholdt og udbygget således, at der opnås kapacitet til at behandle geriatriske patienter fra hele den vestlige del af Region Sjælland. Den geriatriske afdeling kan herved opfylde det behov, der må antages at blive for lokale geriatriske tilbud i nærmeste fremtid ikke mindst set i lyset af de kapacitetsjusteringer på området der er udmeldt.

Som tidligere anført påtænkes det ikke, at den geriatriske afdeling skal varetage akutte funktioner. Afdelingen vil derimod være et behandlingstilbud til ældre borgere, som enten er indstillet til indlæggelse af praktiserende læge eller er færdigbehandlede for deres primære sygdom på et af regionens sygehuse, men som ikke er klar til udskrivelse til hjemmet. Ved at oprette en geriatrisk afdeling vil forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af ældre patienter kunne varetages i tæt samarbejde mellem Region Sjælland og kommunale parter.

Geriatriske patienter er kendetegnet ved at være over 65 år, og ved, at de på en gang lider af flere forskellige sygdomme, tab af funktionsevne og evt. begrænsede sociale kontakter. For ældre patienter fører hospitalsindlæggelse ofte til et uigenkaldeligt tab af funktionsevne, selv efter at sygdommen er færdigbehandlet. Indlæggelse på en geriatrisk afdeling kan forbedre overlevelsen og modvirke faldet i funktionsevne for visse patientgrupper². Dette gælder særligt patienter, der befinder sig i en stabil fase efter akut sygdom, og som derfor har behov for pleje og genoptræning, og ikke i så høj grad for specialiseret medicinsk behandling.

Afdelingen tiltænkes som nævnt yderligere at kunne behandle eller varetage rehabilitering af andre patienter som lider af flere forskellige (kroniske) sygdomme, men som aldersmæssigt ikke hører med til den geriatriske patientgruppe. Dette kan ses som en naturlig udvidelse af centerets ambulante funktioner, som netop er målrettet patienter med kroniske lidelser (jf. neden for).

Ligeledes vil apopleksiramte patienter i mange tilfælde have en del af de samme behandlingsbehov, som gør sig gældende for geriatriske patienter, hvorfor geriatrisk ekspertise ofte indgår som en naturlig del af

² Holm E A & Frølund B: Hvem skal indlægges på geriatrisk afdeling? Ugeskrift for Læger. 2003, vol. 165 (27) 2731

rehabiliteringen af apopleksipatienter. På denne baggrund kan man med fordel oprette et behandlingstilbud til denne patientgruppe i centret, hvor rehabiliteringen efter den akutte behandling kan ske i tæt samarbejde med det geriatriske afdeling, samt med gode muligheder for et sammenhængende patientforløb i forhold til samarbejde mellem region og hjemkommune.

3.1.2 Palliation og terminalpleje

Palliation og terminal pleje er et glimrende eksempel på en vigtig tværfaglig opgave, der løses bedre for patient og pårørende decentralt. Et godt lokalt tilbud vil kunne aflaste kirurgiske specialafdelinger og onkologiske afdelinger for til tider langvarige terminale forløb. Med henblik på at bygge videre på et godt samarbejde mellem regionslæger, kommunens hjemmepleje og praktiserende læger foreslås der derfor oprettet et antal pladser til terminalpleje og palliation i centret, som vil blive betjent af et "palliationsteam".

3.1.3 Bløddelskirurgisk garantiklinik

Den nuværende bløddelskirurgiske klinik forudsættes videreført i dets nuværende form, hvor det udfører kirurgi inden for galdesten, brok, endetarm og kikkertundersøgelse og behandling samt foretager mindre kirurgiske indgreb. Klinikken udfører udelukkende planlagt kirurgi og udfører i stor udstrækning samekologisk kirurgi. Afdelingen, som har opnået international opmærksomhed for sin laservericikirurgi fungerer på et meget højt kvalitetsniveau i patientforløb, tilfredshed og har høj produktivitet – alle forhold som vi mener, bør videreføres. Herudover påtænkes det, at klinikken skal fungere som regionens garantiklinik.

For så vidt angår anæstesiaafdelingen forudsættes det nuværende beredskab begrænses til dagtiden med henblik på at betjene klinikken.

3.1.4 Jordemodercenter

Jordemodercenteret påtænkes bibeholdt, dog med en mere begrænset åbningstid. Dette gøres for at spare de gravide kvinder i Kalundborg og omegn for transporten til regionshospitalet hver gang de skal til jordemoderkonsultation. Herved forbedres ikke blot den enkelte kvindes oplevelse af forløbet, men samtidig undgås det at de gravide sygeliggøres. Det bør således også i fremtiden være muligt for gravide kvinder at konsultere deres jordemoder lokalt, hvilket både vil spare tid for kvinden og evt. pårørende, samt medfører større tryghed, idet der er mulighed for at tilrettelægge et mere sammenhængende graviditetsforløb.

3.2 Kronikercenter

Andelen af borgere, der lider af en kronisk sygdom er som bekendt stigende i regionen. Disse borgere har ofte kontakt med sundhedsvæsenet både i form af praksissektoren, men mange har også et jævnligt behov for mere specialiseret opfølgning og behandling. Denne gruppe har derfor et særligt behov for koordinering og kontinuitet i behandlingen. For at imødekomme dette behov etableres der et kronikercenter, der primært retter sig mod rehabilitering og genoptræning af patienter med kroniske lidelser.

En vigtig del af rehabiliteringen for patienter med en kronisk sygdom er, at de lærer at udføre hensigtsmæssig egenomsorg. Centeret bør derfor også rumme patientskoler rettet mod patienter, der lider af de store folkesygdomme såsom diabetes, KOL m.fl. I forbindelse med patientskolerne, bør rygestopkurser inkluderes i centerets tilbud. Rygestopkurser afholdt i dette regi, kan med fordel også benyttes af andre borgere i Kalundborg Kommune og/eller Region Sjælland efter henvisning fra deres praktiserende læge. Udbuddet af fælles ydelser på centeret kan således medvirke til at sikre et godt samarbejde mellem kommune og region (jf. også afsnit om den kommunale indsats neden for).

Diabetes er en folkesygdom i kraftig vækst, hvorfor der må forventes en stigning i antallet af patienter med behov for jævnlig kontrol i diabetesambulatoriet. Det nuværende diabetesambulatorium på Kalundborg Sygehus tiltænkes derfor i det kommende center at fortsætte sin funktion med at tilse både type I og type II diabetikere med komplikationer og behov for "shared care".

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør visse funktioner af diabetesbehandlingen pga. befolkningsgrundlag placeres på regionens store sygehuse. En stor del af behandlingen af T1DM patienter vil dog forsat finde sted i diabetesambulatorier, ligesom størstedelen af T2DM patienter behandles i almen praksis og på sygehus/i diabetesambulatoriet efter shared care princippet afhængig af sygdommens sværhedsgrad. Med henblik på at sikre et sammenhængende patientforløb, vil kronikercenteret således kunne varetage både en del af behandlingen samt forestå koordineringen af shared care samarbejdet.

For at dæmme op for det stigende antal diabetikere og sygdommens store konsekvenser, skal indsatsen i forhold til tidlig opsporing, både af primær diabetes, men også af senkomplikationer hos diabetikere, oprioriteres. Dette fordrer både let adgang til kontrol af sygdomsudvikling, samt et tæt samarbejde mellem kommunens profylaksetiltag (kost på recept, motion på recept), diabetesambulatoriet og almen praksis, et samarbejde der nemmest og billigst løses når det er lokalt forankret.

Kronikercenteret bør endvidere rumme et rygcenter, idet lidelser i bevægeapparatet generelt, og ryglidelser i særdeleshed, er hyppigt forekommende, og er et område, som koster samfundet dyrt i sygedagpenge m.v. En stor del af behandlingen af disse lidelser består af rehabilitering, hvilket kræver tæt samarbejde mellem sygehus og hjemkommune, og derfor med fordel kan udføres decentralt. På nuværende tidspunkt varetages mindre specialiserede aktiviteter vedr. reumatiske patienter på Kalundborg Sygehus. Det foreslås, at dette fortsættes, dog med øget et fokus på rehabilitering. I samarbejde med kommunen kan rygcenteret ligeledes varetage generel profylakse omkring ryglidelser, eksempelvis motion på recept. Et egentlig rygcenter involverende rheumatologer, fysioterapeuter og kiropraktorer kunne ligeledes betjene et større geografisk område. Det foreslås, at der i forbindelse med oprettelsen af rygcenteret hentes inspiration og viden fra Rygcenter Fyn.

Kronikercenteret foreslås ligeledes at indeholde et lungeambulatorium, der især er rettet mod patienter med KOL, idet der synes at være rationale for en sådan løsning både ud fra økonomiske og kvalitetsmæssige hensyn. Set ud fra en økonomisk synsvinkel er der ingen eller kun minimale stordriftsfordele ved at samle behandlingen på store centrale enheder, idet de fleste behandlingstilbud til denne gruppe af

patienter er "lavteknologiske". Hertil kommer de pladsmæssige problemer som en centralisering af behandlingen til gruppe patienter vil medføre, idet hyppigheden af lungelidelser, og i særdeleshed KOL, allerede i dag er stor og forventes at stige yderligere fremover. Ud fra den kvalitetsmæssige betragtning henvises til rapporten vedr. lungemedicin og allergologi udarbejdet i forbindelse med grundlag for specialplanlægningen i Region Sjælland (1. fase), hvor der bl.a. står anført *"Der er overvejende tale om kroniske lidelser, der ikke kan helbredes, men hvor sygdomsmodificerende behandling og klinisk kontrol kan reducere sygeligheden og bedre overlevelse, - og derved fastholde og forbedre de syges livskvalitet og erhvervsevne.....Vi finder det vigtigt at satse på tilfredsstillende patientforløb med en løsning af den enkelte patients individuelle problemer på lokalt niveau i så vid udstrækning som muligt, og foreslår derved en umiddelbar videreførelse af den nuværende organisation på områder, hvor en udbygning af et regionalt IT-net kan sikre den fulde udnyttelse af de samarbejds muligheder, den nye regionsstruktur åbner op for."* Det er i den sammenhæng dog vigtigt at fremhæve, at der ikke påtænkes oprettet lunge-medicinske senge i det kommende center.

Det lungemedicinske ambulatorium vil ydermere i samarbejde med de praktiserende læger kunne varetage langt det meste allergologi til aflastning for de få kommende centrale enheder.

3.3 De kommunale opgaver i centret

Den nye sundhedslov tillægger kommunerne store forpligtigelser i forbindelse med især forebyggelse og rehabilitering, samt ikke mindst samarbejdet med de nye regioner. Udover de ovenfor beskrevne regionale aktiviteter skal derfor også de kommunale sundhedstilbud såsom sundhedsfremme varetages på centret. Kalundborg Kommune tilbyder i dag flere forskellige sundhedsfremmende aktiviteter som borgerne har mulighed for at benytte sig af. Disse er på nuværende tidspunkt geografisk spredt rundt i hele kommunen, hvilket ikke er hensigtsmæssig, hverken for brugerne eller personalet, hvorfor det er oplagt at samle disse aktiviteter i det fremtidige decentrale sygehus i Kalundborg.

Kommunen tilbyder i dag kostvejledning hos en klinisk diætist for stærkt overvægtige borgere, samt personer som lider af diabetes type 2 og/eller hjertekar-sygdomme. Denne service er det naturligt at placere sammen med kronikercenteret, og især diabetesambulatoriet, idet der vil være mange gengangere blandt brugerne af det regionale kronikercenter og den kommunale kostvejledning.

Ligeledes tilbyder kommunen motion på recept til bl.a. borgere med hjertekarsygdom, diabetes, slidgigt og KOL. Ligesom med kostvejledningen er der her et stort overlap mellem målgruppen for den kommunale indsats og de patienter som vil benytte sig af kronikercenteret.

En samling af både de kommunale og de regionale tilbud et sted vil derfor medføre større sammenhæng i patientforløbet og en lettere tilgængelighed for brugerne. Samtidig vil samlingen af tilbuddene muliggøre et stærkere fagligt miljø, og en langt bedre mulighed for at tilrettelægge og koordinere den tværfaglige indsats overfor patienterne. Dette vil være til gavn for både personalet, men ikke mindst patienterne, der vil opleve større kontinuitet og tryk i forløbet.

De kommunale tilbud om genoptræning vil ligeledes foregå på centret, idet man herved muliggør en flydende overgang fra indlæggelse på geriatrisk afdeling til udskrivning og ambulat genoptræning. Herudover kan andre kommunale tilbud også overvejes flyttet til centret. Det drejer sig fx om hjælpemiddelcentralen, som det vil være praktisk at placere samme sted som geriatrisk afdeling.

De kommunale sundhedstilbud er ikke faste parametre og det forventes at der løbende etableres flere aktiviteter. Derfor ville det på sigt være relevant at placere nye aktiviteter i centret - fx kan centret blive base for kommunens hjemmesygeplejersker og sundhedsplejersker med mulighed for øget tilknytning til det faglige miljø og fælles uddannelse.

Det er uhyre vigtigt at de ovenfor nævnte kommunale opgaver rent fysisk kommer til at fungere under samme tag. Det gælder både profylakse som rygestop, kost og motion på recept sammen med KOL- og Diabetesskoler og rehabilitering og genoptræning efter behandling på sygehus.

Ny Kalundborg Kommune vil således ambitiøst satse på udviklingen af alle de her nævnte opgaver i samarbejde med regionen og de praktiserende læger.

Ny Kalundborg Kommune har i øjeblikket 20 "akutstuer" fordelt på forskellige plejehjem. Det kunne være en ide med tiden at samle disse under et tag i det nye center. Det kunne øge den sygeplejefaglige kompetence på området og samarbejdet med regionssygehuset omkring visse patientkategorier. Dette er dog kontroversielt fordi den direkte samarbejdspartner for hjemmesygeplejen omkring akutstuerne fortsat vil være den praktiserende læge (eller lægevagt).

4. Almen praksis

Almen praksis er med sin gatekeeperfunktion og visitationsrolle krumtappen i et velfungerende sundhedsvæsen. Almen praksis færdigbehandler traditionelt 90% af alle henvendelser. Praktiserende læger i yderområder er trængt på grund af en høj gennemsnitsalder og utilstrækkelig rekruttering. For hver procent de henviser mere til det sekundære sundhedsvæsen vil arbejdsmængden her teoretisk øges 10 %. Det fremgår heraf hvor vigtigt det er at tilføre yderområderne ny inspiration og energi samtidigt med den igangværende geografiske centralisering af sygehusvæsenet. Vi mener at vores forslag her styrker det decentrale sundhedsvæsen på en måde, der vil gøre det mere attraktivt at arbejde i almen praksis, idet man bliver del af et tværfagligt miljø.

En af forudsætningerne for en optimal primærsektor er et samarbejde med en velfungerende decentral sekundærsektor med adgang til diagnostik (laboratorie, røntgen), men også mulighed for let kontakt til speciallæger. Virker dette samspil, vil det skabe mulighed for velfungerende faglige miljøer, der også kan gå på tværs af faglige skel.

Bredt defineret skal det decentrale sundhedsvæsen tage sig af alt det der ikke kan gøres med højere faglig eller forløbsmæssig kvalitet på de nye regionale storsygehuse. I jo højere grad det lykkes, i jo højere grad vil det også lykkes at skabe høj kvalitet i specialistbehandlingen på de centraliserede og subspecialiserede enheder. Lykkes det ikke, vil de nye sygehusplaner i stedet skabe endnu større udkantområder med udtyndet lægebemanding.

For patienterne vil der være en verden til forskel på om det decentrale sundhedsvæsen lykkes eller afvikles de næste 5-10 år.

5. Faglige miljøer, forskning og uddannelse

Et godt fagligt miljø er afgørende for, at udkantsområderne kan blive attraktive arbejdspladser for sundhedsfagligt personale. Dette fordrer muligheder for faglig udvikling, videreuddannelse og forskning. Specifikt foreslås det, at der udvikles en ordning, hvor centerets speciallæger årligt tilbringer eksempelvis 2 uger på et af landets universitetshospitaler for bl.a. herved at sikre deres faglige udvikling og tilknytning til deres speciale.

Faglig udvikling kan også opnås gennem løbende formaliseret feedback. Det foreslås derfor, at der i udformningen af modellen indtænkes en kvalitetskontrol af den behandling som ydes på centeret. Herved vil der blive opsamlet data om kvalitet og tilfredshed, som kan anvendes til evaluering og forbedring af ydelsernes kvalitet. Det bør således være en del af centerets "regnskab" at der også aflægges et kvalitetsregnskab.

I forhold til forskning giver modellen mulighed for at undersøge effekten af behandling af kroniske sygdomme decentralt, på ambulatorieniveau. På diabetesområdet kan der fx indledes et forskningssamarbejde med NOVO Nordisk, som har deres førende produktionsanlæg i Kalundborg. Yderligere vil det være oplagt at forske i den nye models konsekvenser for det gode patientforløb og dens mulige afledte konsekvenser for det øvrige sundhedsvæsen. En tredje mulighed er at udføre sundhedsforskningsprojekter i samarbejde med Kalundborg Kommune, hvorved effekter af nye kommunale forebyggende og sundhedsfremmende tiltag kan belyses, til gavn for både Kalundborg Kommune, men også andre kommuner i landet.

Det kan i den sammenhæng nævnes, at Ny Kalundborg Kommune netop har søgt midler til i "udviklings- og analysepuljen 2007" fra Indenrigs- og sundhedsministeriet til et pilotprojekt, der skal afdække patienttilfredsheden gennem en specifik interviewmetode, som afdækker patientens oplevelse af et forløb i sundhedsvæsenet. Metoden giver patienten mulighed for at fokusere på, hvad der er vigtigt for dem i deres forløb også selvom det ikke er direkte relateret til selve behandlingen.

Med tiden kan centeret endvidere tænkes at forestå specialuddannelse af sygeplejersker indenfor de kompetenceområder der er til stede på centeret.