

## En reform på vejen fra noget godt til noget bedre

Det er veldokumenteret, at vi har et stigende befolkningstal, færre sygehussenge, flere gamle og flere multisyge, og de kæmpestore sociale forskelle i sygelighed og livslængde er også velbelyste (1).

Ligeledes erkender flere og flere, at der for den enkelte ofte multisyge patient, er et velfærdstab forbundet med at være næsten fuldtidsbeskæftiget med at gå i hospitalsambulatorier.

Det er også erkendt, at indsatsen for især de ældre og multisyge ofte bliver fragmenteret og ukoordineret, således at den samlede kvalitet ikke står mål med anstrengelserne.

Undersøgelser viser igen og igen, at kliniske forløb, som inddrager praksis og (flere) sygehusafdelinger, af både patienter og de sundhedsprofessionelle tit opleves usammenhængende. Det forstærkes, hvis også kommunen er med i kæden.

Lægemanglen i almen praksis har været forudset i 20 år, og der er nu områder, hvor der ikke er læger, og områder hvor næsten alle praksis er lukket for tilgang, således at det frie (og serviceforbedrende) lægevalg reelt ikke eksisterer. Det er i dette scenarie ikke overraskende, at oplevelsen af udbrændthed blandt praktiserende læger stiger.

Vi har øget antallet af sygeplejersker og læger i sygehusvæsnet ekstremt meget i de sidste 15-20 år – en stigning, der i historisk sammenhæng er enestående – fx 60% flere overlæger. Og det er sket samtidig med et fald på tæt ved 10 % i antallet af praktiserende læger. Trods væksten i sygehuspersonale oplever personalet sig ofte mere og mere belastet, og der har da også været en massiv aktivitetsforøgelse i sygehusvæsnet, men vi mangler dybtgående komparative analyser af, om rette ydelser leveres på rette sted i sundhedsvæsnet og af omfanget af og årsagen til, at dele af sygehuspersonalet mistrives.

Trods den store vækst er der ekstreme uligheder i bemanningen og bemanningens kvalitet mellem store og små sygehuse og mellem højt urbaniserede og mindre urbaniserende regioner, og antallet af ydernumre til praktiserende speciallæger er nærmest grotesk geografisk uens fordelt.

Er det da alt sammen jammer og elendighed? Svaret er et rungende nej. De fleste patienter er overordnet set glade for vort sundhedsvæsen, og aldrig har sygehuse præsteret så gode resultater ved alvorlig sygdom som nu. Skulle jeg få en alvorlig sygdom, vil jeg gerne i en dansk hospitalsseng – ingen andre i verden kan konkurrere.

Lad os derfor indledningsvis glædes over sygehusenes gode præstationer og over den stigende levealder og den tilstundende 'ældretsunami'. Det repræsenterer en succes.

Men vejen til og ikke mindst fra sygehussengen eller ambulatoriet opleves alt for ofte lidt bøvl. Derfor er der en række påtrængende spørgsmål og behov, som skal omtales i det følgende, hvor fokus især lægges på den regionale del af sundhedsvæsnet:

- Giver specialiseringen problemer?
- Har vi glemt betydningen af læge-patient-forholdet, relation og kontinuitet?
- Er der balance i styring, dimensionering og vækst?
- Er regioner ledere af et sygehusvæsen eller et sundhedsvæsen?
- 21 sundhedsfælleskaber
- Der er behov for en national strategi for sundhedstjenesteforskning

## Giver specialiseringen problemer?

Vi har over de sidste mange år og med speciallægekommissionens råd som bagtæppe udviklet mange organspecialer, og vi har reelt oplevet, at det generelle internmedicinske speciale er forsvundet. Det stemmer ikke med behovet for på sammenhængende måde at kunne håndtere ældre og multisyge, hvilket kræver læger med overblik og evne til at foretage en generel helhedsvurdering, hvor forskellige snævert medicinske behandlingshensyn skal afvejes mod hinanden, og hvor patientpræferencer, sociale og eksistentielle hensyn på pragmatisk vis skal indgå i en samlet balance.

Samtidig synes løn og prestige i sygeplejesektoren i tiltagende grad at stige med afstanden til sygesengen og med teoriernes afstand til almindelig daglig omgang med komplekse ældre patienter, og hjemmesygeplejen står lavest i det sygeplejemæssige prestigehierarki. Hvorfor skulle vi have 1000 nye sygeplejersker på sygehuse, når behovet er størst i ældreomsorg, kommuner og almen praksis?

Al forskning og erfaring peger på, at netop hjemmesygeplejersker og almen praksis har centrale kompetencer, når helhed skal skabes, men stagnerende kapacitet i primærsektoren står ikke mål med befolkningstvækst, aldring og multisygdom, og vi mangler nu tillige med stigende styrke generalistkompetencer på sygehuse.

Mere og mere tyder på, at det var en fejl, at vi har mistet det generelle internmedicinske speciale. Der er en meget beskeden vækst i antallet af geriater, som frasat pædiatrien nu nærmest er det eneste sygehusspecialer med generalist- og integrationsevne som spidskompetence. Sygehuse har forsøgt at bøde lidt på manglen på generalistkompetencer ved at etablere akutmodtagelser med triagefunktioner, men efter triageringen placeres patienter i specialsiloe, som ofte ikke passer til den multisyge ældre patient.

Mange af specialiseringens bivirkninger ses i den diagnostiske fase og i den ambulante opfølgning af multisyge. Måske er vejen frem en meget betydelig opdatering af konceptet om diagnostiske centre, således at alle komplekse patienter kan færdigdiagnosticeres på generalistkompetente steder, som samtidig kan støtte primærsektoren, hvis der er behov for sygehusets hjælp til justering af multisyges behandling. Samtidig kunne man bløde op for den rigoristiske og ikke sjældent forsinkende brug af akutmodtagelser til monosyge i tilfælde, hvor visiterende praktiserende læge er sikker på, hvilken specialsiloe patienten skal behandles i.

Jeg forbigår her helt psykiatrien med alle dens kapacitetsproblemer, men også her er et væsentligt element mangel på generalistkompetencer og evner og muligheder for at integrere samarbejdet på tværs til somatikken og mellem kommuner, sygehuse og praksis.

Jeg har ikke solid systematisk dokumentation for den næste alvorlige bekymring, jeg har, om utilsigtede følger af en for ensidig specialisering: Alt for mange læger eksponeres nu ikke i den basale lægelige videreuddannelse for de mange almindelige sygdomme på en generel intern medicinsk eller generel kirurgisk afdeling. I min kliniske omgang med unge læger og ved at følge en række meget uheldigt forløbne cases, hvor unge læger har fejlet, oplever jeg en stigende angst for, at vi uddanner læger, som kan rigtig meget om et snævert specialområde, men som kan alt for lidt om de mange almindelige lidelser, som patienter kommer på sygehuset med. Det er en systemfejl og ikke en individuel lægefejl, som kan give katastrofale fejlskøn og utilsigtede hændelser. Mon ikke det er et område, som ud fra et sikkerheds- og kvalitetsperspektiv kræver særligt fokus?

*Er tiden kommet, hvor vi skal have en ny speciallægekommission eller udredning, som går i dybden med de problemer, jeg her skitserer? Og skal vi genvurdere sygeplejerskers uddannelse, stillingsstruktur og aflønning?*

### **Har vi glemt betydningen af læge-patient-forholdet, relation og kontinuitet?**

Man har altid i læggerningen talt om betydningen af 'lægekunst'. Måske har vi i rusen over alle teknologiske fremskridt glemt, at et godt, tillidsfuldt læge-patient-forhold sammen med tavs erfaringsbaseret viden, som ofte opbygges ved at følge forløb, er et terapeutikum i sig selv. (2) Undersøgelser viser, at patienter efterlyser relation og kontinuitet, og at brud på kontinuitet ofte er forbundet med fejl og utilsigtede hændelser fx ved overgang mellem afdelinger og sektorer. Det er nu en gang mere trygt at blive henvist til læge Per Jensen eller socialrådgiver Lis Nielsen ledsaget af god informationsoverlevering end til et anonymt sted med besked om, at du vil få en indkaldelse i din e-boks (3). Bekymring over manglen på relation og kontinuitet bliver ofte mødt med modspørgsmålet 'vil du hellere flyve med en flink pilot end en dygtig pilot'? Nyere forskning viser klart, at dette udsagn er nonsens. Dels giver kontinuitet og god informationsudveksling færre fejl i overgange, dels og nok så vigtigt er det, at moderne neurobiologisk forskning om kontekst- eller placeboeffekten klart viser, at symptomkontrol og også andre vigtige biologiske processer i meget høj grad afhænger af, at patienten oplever 'flinkhed' i form af tillid, tryghed, kontinuitet, relation og deltagelse i informations- og beslutningsprocesser (2). Dette fremmes ikke af mange skiftende behandlere og mange involverede afdelinger, som tilmed evt. er bemandede med højt kompetente teknikere med for lille interpersonelt engagement, for få færdigheder i og for lille viden om betydningen og effekten af interpersonelle forhold (3).

Her er en viden, som ikke i tilstrækkelig grad er nået ind i den lægelige grund- og videreuddannelse, og en viden, som ikke er erkendt og anvendt af mange medicinsk professionelle ledere. Det resulterer i, at mange afdelinger har en meget tøvende tilgang til koncepter som 'den behandlingsansvarlige læge', 'fælles beslutningstagen' og 'sikre, velinformerede overleveringsforretninger ved afdelings- og sektorskift'. En tøven som betyder tab af effekt, kvalitet og tilfredshed.

Når historien om moderne medicin skal skrives om 50 år, ved vi meget mere om dette og om patogenesen ved de mange funktionelle lidelser, vi ser i disse år, og der er grund til at frygte, at beskrivelsen af nutidens mangler på dette område vil fylde meget, og man vil undres over, at vi overså den kliniske betydning af interpersonelle relationer i sygdommes opståen, forløb, behandling efterbehandling (2).

*Man kan derfor konkluderende spørge, om vi her står med et alvorlig kombination af et uddannelses- og ledelsessvigt? Hvordan får vi ledere, som går forrest i det, man lidt højtideligt kan kalde kulturledelse eller ledelse af omgangsformer og samarbejdsrelationer? Altså ledere, som sikrer, at vi gensidigt taler hinandens færdigheder op på tværs af fag og sektorer, og som faciliterer og tilskynder til kontakt og samarbejde mellem få så vidt muligt navngivne personer frem for at skrive frem og tilbage mellem anonyme siloer.*

### **Er der balance i styring, dimensionering og vækst?**

Vi hylder normalt det regionale, decentrale, demokratisk styrede sundhedsvæsen med 98 kommuner, og hvor de 5 regioner har et samarbejde og et sekretariat i Danske Regioner, som så varetager en række forhandlinger og kontakter til styrelser, ministerier og Folketinget. Men lad os igen se på de styringsproblemer, jeg beskrev i artiklens indledende afsnit. Vi har ikke formået at sikre rimelig fordeling af især læger mellem regionerne og indbyrdes i hver enkelt region mellem sygehuse og mellem primær- og

sekundærsektor, ligesom styringen af væksten i primærsektoren (eller manglen på vækst, og uens fordeling af speciallæger) har været en fiasko, hvor enkelte regioner, sygehuse og specialer har haft betydelige gøgeungeeffekter på helhedens bekostning samtidig med, at der ofte er påvist påfaldende forskelle i kliniske præstationer og i arbejdsorganisering. Nuvel, det er alt sammen historie, og de mest ansvarlige ledere vedkender sig fejltagelserne og søger at rette op. Men er der strukturelle problemer, som understøtter, at det er gået, som det er? Ville vort sundhedsvæsen ikke være stærkere, hvis Danske Regioner – eller det, som den tidligere regering kaldte 'Sundhed Danmark' – fik stærkere supervisions- og magtbeføjelser over de 5 regioner. Sundhedsstyrelsen har et væsentligt overordnet fagligt ansvar, men vi mangler en stærkere overordnet driftsmæssig national koordinering, som på grundlag af rammebeføjelser fra stat og Folketinget kan tilse, at der er passende national ensartethed, harmoni og hensigtsmæssighed i de 5 regioners praktiske udmøntning af driften.

*En strukturel styrkelse af Danske Regioner kunne sikre, at de – uden Folketingets indblanding i daglig drift - fik ansvaret for og kunne gøres ansvarlige for den nationale fordeling af personaleresurser og for implementeringen af besluttede konkrete kliniske initiativer som fx diagnostiske centre og lignende. Bør en kommende sundhedsreform derfor ikke sikre, at Danske Regioner og evt. KL bliver stærkere og mere forpligtede på den nationale helhed?*

### **Er regioner ledere af et sygehusvæsen eller et sundhedsvæsen?**

Da jeg var ung læge, fulgte jeg med en vis beundring udviklingen i det forhenværende Ringkjøbing Amt, som bestemt ikke havde ideelle vilkår hverken geografisk, økonomisk eller mandskabsmæssigt. Alligevel klarede de sig godt, og det blev for mig mere og mere klart, at et fortrinligt samarbejde mellem stærke regionspolitikere, et helhedsorienteret embedsværk og en meget stærk amtslig embedslægeinstitution var kernen i samarbejdet. Samfundsmedicinen, folkesundhedsaspektet og et helhedsorienteret medicinsk blik prægede udviklingen.

Hvor er den lokale samfundsmediciner i dag? Hvor er den regionale samfundsmedicin i tæt dialog med politikere og embedssystem i dagens sundhedsplanlægning og i folkesundhedstænkningen?

Har de store opgaver med sygehusdrift betinget, at nutidens regionsgårde har mistet ansvarligheden i forhold til folkesundhed og samfundsmedicin, og har administrationen stille og roligt gjort sig til sygehusledere frem for ledere af et sundhedsvæsen? Har man i alt for høj grad marginaliseret sygesikringsområdet og forebyggelsen i den daglige driftsledelse?

Er tiden kommet, hvor samfundsmedicin og almen medicin igen skal have en fremtrædende plads i den daglige ledelse i en region, således at det kikkertsyn, som nu findes i mange overlægeråd og lignende sygehusdominerede faglige rådgivningsfora, på ny kan udvides til et helhedssyn?

Er det ikke også på tide, at sektoren med praktiserende speciallæger, som ofte har unikke kompetencer til at støtte almen praksis i diagnostik og behandling, inddrages langt mere forpligtende i den samlede nationale og regionale planlægning?

Har folkevalgte regionsråd, der ideelt skal fungere som den lokale folkesundhedsmæssige samvittighed, mistet overblikket?

*Skal en reform sikre, at de folkevalgtes fokus genjusteres, så de gøres ansvarlige for folkesundheden i en region og ikke blot for sygehusdriften?*

*Skal en kommende reform overveje, hvordan man på regionalt niveau kan genskabe faglig og planlægningsmæssig balance og fællesskab i ledelsen af sygehus- og sygesikringsområdet?*

## **21 sundhedsfællesskaber**

Spændende forskning har i de senere år godtgjort, at det bedste driftsmæssige resultat opnås, hvis et område ledes af faglige ledere og ikke alene af personer med almen ledererfaring. Det skal man tage konsekvensen af i ledelsen af indsatsen i et givet område. Omkring hver af de 21 nationale akutsygehuse er der i optageområdet en lang række faglige, konkrete, daglige driftsovervejelser, som indebærer samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og sygehuse. Derfor skal der – og det synes der at være stigende konsensus om – etableres et stærkt sundhedsfagligt og lige triumvirat til at varetage mange af de daglige driftsbeslutninger i denne snitflade. Lederne skal være sundhedsprofessionelt funderede folk fra sygehuse, almen praksis og det kommunale sundhedsområde, og der skal være en læge fra primærsektoren for bordenden for at sikre et fokus på den samlede indsats i et optageområde. En sådan organisering vil også kunne understøtte, at sygehuse i højere grad ser sig som en servicefunktion i forhold primærsektoren og populationens behov, og sikre at vi i langt højere grad flytter specialkompetencer ud til patienten frem for det modsatte. Det kan fx være regelmæssige besøg af speciallæger i lægehuse eller sundhedscentre.

Uden en vis økonomi og magt bliver disse 21 faglige ledelser for svage og med for langsommelige beslutningsprocesser. Derfor skal der til de 21 faglige fællesskaber – uden at bryde det overordnede regionale og kommunale selvstyre – allokeres budgetmidler, således at en vis økonomisk ramme kan knyttes til en forandringsparat og dynamisk lokal ledelse. De nuværende vilkår for lokalaftaler med praksissektoren er for svage og for centralt styrede, og de forvaltes ofte for dårligt og uens med stilstand til følge. En central del af nyskabelsen med sundhedsfællesskaberne skal af denne grund også være at udbygge samarbejdet med de nye praksisklynger og styrke mere dynamiske, lokale og hurtige beslutningsprocesser omkring faglige forhold i praksissektoren som supplement til de nationale overenskomst- eller kontraktforhandlinger på PLO- og speciallægeområdet, som jo typisk kun gennemføres hvert andet eller tredje år.

*En central del af sundhedsreformen bør derfor blive at etablere de nævnte faglige fællesskaber med tilhørende ledelsesorganisering og allokering af økonomi samtidig med præcist beskrevne kommandoveje i forhold til region, praksis og kommuner.*

## **Der er behov for en national strategi for sundhedstjenesteforskning**

Danmark har en fremragende forskningstradition inden for biologisk lægevidenskabelig forskning og til en vis grad også inden for klinisk forskning i behandlingsmetoder. Men sundhedsvæsnets store udfordring er i disse år at få organisering af den lokale opgavevaretagelse smidiggjort og udviklet på evidensbaseret grundlag. Derfor har vi behov for at styrke forskning om organisering og funktion af den samlede, ofte tværgående, indsats - for eksempel organisering af diagnostiske forløb og rehabiliteringsforløb hen over sektorgrænser. At gøre dette på bedst mulige og mest effektive måde er i høj grad knyttet til en national kontekst, og vi er dybt afhængige af danske veltilrettelagte forsøg og udviklingsprojekter, som naturligvis skal udføres i tæt interaktion med tilsvarende internationale projekter.

Vi oplever i disse år en næsten jubelagtig optimisme med hensyn til potentialet i e-udviklingen. Der er utvivlsomt et stort potentiale, men det kræver forskning, udvikling, evaluering og justering.

I den forbindelse kan man overveje, om ikke regioner som driftsherrer for vort sundhedsvæsen bør pålægges langt skarpere forpligtelser til at sikre rammevilkår for forskning i primærsektoren og i snitfladen mellem kommuner og regioner. Ligeledes bør det overvejes, om ikke kommuner skal pålægges at organisere en stærkere, mere kompetent og tungere vidensopbygning om deres indsatser og resultater. Har man til dette de rette rammevilkår, økonomiske midler og forskningsenheder med tilstrækkelig kritisk masse?

*En kommende reform af sundhedsvæsenet bør derfor også se på, om vi har de rette rammevilkår for forskning omkring sundhedsvæsenets organisering og funktion.*

## **Afslutning**

Trods de problemer, som beskrives i artiklens indledning, er det danske sundhedsvæsen i international sammenligning godt. Ingen tvivl om det. Men det kan blive bedre, og den regionalt styrede del af væsnet er over de sidste 20 år trods massiv fremgang også i et vist omfang kommet ud af balance i forhold til demografi, behov og social og national lighed. Det kan gøres bedre, og det skal en kommende reform af vort sundhedsvæsen bidrage til. Fokus for denne artikel har ikke været, om der er behov for kommunale sundhedscentre og om reformbehovet i kommuner, men den kommunale del af sundhedsvæsenet har sideløbende med den her beskrevne udvikling fået massive nye opgaver, og sundhedsvæsenets grænseflade mod socialvæsen og arbejdsmarked bliver også stedse mere og mere betydningsfuld. Overskrifterne i disse kommunale behov kan overordnet set koges ned til, at der på et vidensbaseret grundlag er behov for udvikling af minimale nationale standarder inden for forebyggelse, rehabilitering og basal palliation, ligesom der er behov for en hensigtsmæssig udbygning af ældreomsorgen med tilstrækkelig hjemmesygepleje og hjemmepleje, og denne udbygning skal også omfatte en væsentlig udbygning af konceptet med kommunale aflastningspladser med fast tilknyttet almenmedicinsk dagligt, lægeligt tilsyn. I denne transformation skal et bærende princip være, at borgeren skal møde navngivne personer og så få professionelle som muligt, og de professionelle skal i højere grad komme til borgeren og ikke omvendt.

*De kommende et to år bliver afgørende for vort sundhedsvæsenes fremtidige balance og kvalitet.*

## *Litt.*

1: Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om MULTISYGDOM. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund — fra silotænkning til sammenhæng. Eget forlag 2017. ISBN 978-87-92841-52-0.

2: Benedetti F. The Patient's Brain. The Neuroscience behind the doctor-patient relationship. New York, NY: Oxford University Press 2011.

3: Riiskjær E. I patientens fodspor. Gammel i det moderne sundhedsvæsen. Munksgaard 2019. ISBN: 9788762819450.