



Muligheder og forudsætninger for omstilling til det primære sundhedsvæsen

Oplæg til Sundhedsstrukturkommissionens
Sundhedstopmøde

Et sammenhængende sundhedsvæsen, der er stærkt i hele kæden

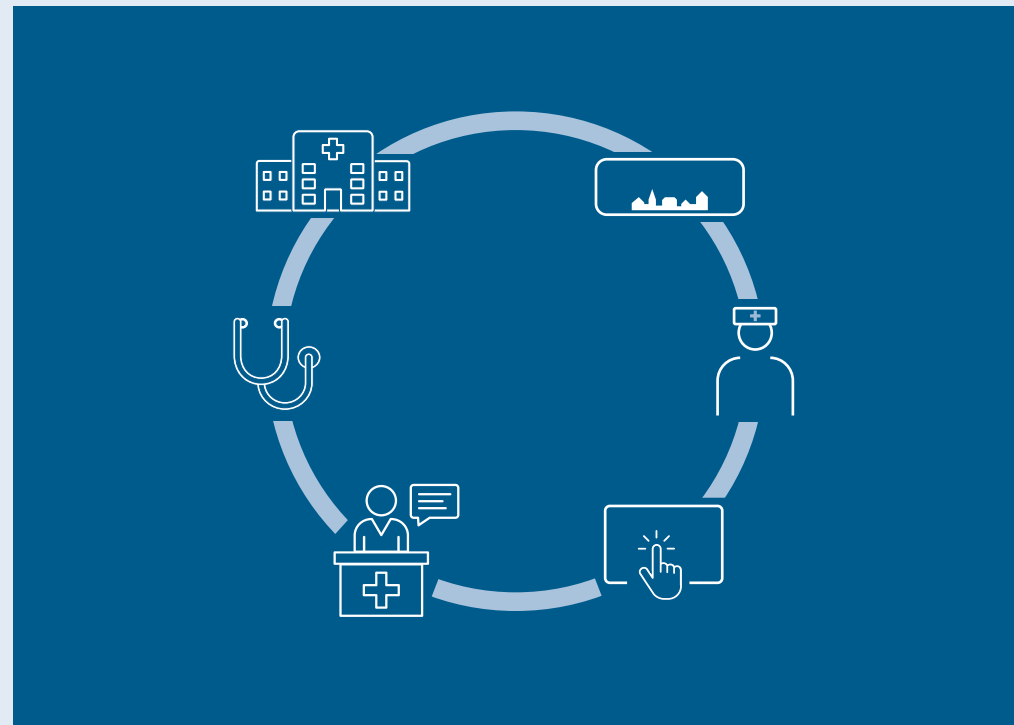
Formål

Sundhedsstrukturkommissionen har bedt Sundhedsstyrelsen om en analyse af langsigtede og visionære muligheder for opgavevaretagelse i det primære sundhedsvæsen:

- muligheder for omstilling – herunder med oplæg til, hvilke opgaver og målgrupper der kan varetages i det primære sundhedsvæsen
- forudsætninger – herunder med beskrivelse af de forhold, der skal være opfyldt for, at opgavevaretagelsen kan finde sted i det primære sundhedsvæsen

Dette drøftelsesoplæg vedrørende muligheder for omstilling til det primære sundhedsvæsen er udarbejdet i forbindelse med Sundhedsstrukturkommissionens sundhedstopmøde. Sundhedsstyrelsen har ikke taget stilling til, hvorvidt oplægget giver anledning til ændringer i sundhedsvæsenets styring, organisering og forvaltningsstruktur.

Oplægget vedrører indsatser i sundhedsvæsenet og omfatter derfor sygepleje, diagnostik, behandling, genoptræning, rehabilitering, palliation mv. Af hensyn til læsbarheden af oplægget anvendes gennemgående en samlebetegnelse, 'behandling'.



Behovet for omstilling

En markant omstilling af det samlede sundhedsvæsen kan forbedre kvaliteten for flere i befolkningen og samtidig imødegå nogle betydelige udfordringer; uklart ansvar for det samlede patientforløb, ubalance mellem det primære og specialiserede sundhedsvæsen samt skæv fordeling af sundhedstilbuddene.

Udviklingen i de seneste årtier med øget specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har haft til formål at optimere diagnostik og behandling af mennesker med veldefinerede helbredsproblemer. Det har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten, og det skal fastholdes.

Ændringer i befolknings sammensætning og sygdomsmønster betyder imidlertid, at stadigt flere vil have gavn af at blive behandlet i det primære sundhedsvæsen fremfor i det specialiserede. Det handler særligt om det velkendte forhold, at stadigt flere lever længere med sygdomme, der tidligere ville have været livstruende. Det medfører, at der vil være relativt mange med flere samtidige kroniske sygdomme – fysiske og psykiske – og skrøbelighed på grund af alderssvækkelse mv.

For mange mennesker betyder det, at den optimale samlede behandlingsstrategi skal sammenvejes ud fra mange hensyn – blandt andet kombinationen af sygdomme og symptomer, bivirkninger, oplevet sygeliggørelse i hverdagen, livskvalitet og ønsker for livet. Det hører med her, at kombinationen af flere samtidige behandlinger kan give uønskede effekter, og at diagnostiske undersøgelser langt fra altid fører til behandling, der opleves at have en sundhedsmæssig værdi. Desuden er det erfaringen, at det kan være til ulempe at blive behandlet på sygehus med risiko for under-/overdiagnostik og -behandling, fejl og tabt effekt af tidligere indsatser. Forskellige undersøgelser i Danmark viser (og internationale er samstemmende), at 20 pct. eller mere af aktiviteterne på sygehuse er unødige.*

Omstillingen må derfor omfatte en nøje vurdering af, hvilken behandling der giver værdi, reducere og gen-tænke. Ikke blot flytte opgaver 1:1 og i øvrigt fortsætte uforandret.

Udover, at en anden måde at levere indsatser på i et omstillet sundhedsvæsen kan øge kvaliteten for mange mennesker med sammensatte helbredsproblemer, viser fremskrivninger af udviklingen på efterspørgsels- og personalesiden i de kommende årtier, at en fortsat specialisering med sygehusene som omdrejningspunkt ikke er mulig, fordi arbejdskraften ikke kan udvides svarende til befolkningens stigende levetid og sygelighed.

Et stærkere primært sundhedsvæsen, som varetager flere patientforløb selv, kan samtidig frigøre sygehusene fra opgaver forbundet med indlæggelser og ambulante kontakter, der ikke er meningsfulde for personalet, som kan bruge deres tid bedre.

En anden tendens på samfundsniveau er den ulige fordeling af sygdom og sundhed samt tilsvarende skævhed med hensyn til arbejdsstyrken i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet og de enkelte dele heri bør tilpasses denne udvikling, da et sundhedsvæsen, der er stærkt i hele kæden, er til gavn for borgerne.

*Kilder

Robusthedskommissionens anbefalinger, 2023

Luksusfælden i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for læger, november 2023

Tackling Wasteful Spending on Health. OECD

Forebyggelse af indlæggelse. Dansk sundhedsinstitut, 2011

Principper for omstilling

Principper

En omstilling med et styrket primært sundhedsvæsen vil tilgodese relativt mange i befolkningen. Den muliggøres af den stadige udvikling af nye behandlingsformer, der i mange tilfælde kan understøttes teknologisk. Det betyder, at borgere og personale stilles langt mere frit i tid og sted for konsultation, undersøgelse og behandling; mindre afhængighed af samtidig fysisk tilstedeværelse fx på et sygehus, et lægehus eller et sundhedshus. Flere indsatser kan leveres uden at være bundet til sundhedsvæsenets matrikler. Det kan ses som en fortsættelse af den hidtidige omlægning fra stationær til ambulans aktivitet på somatiske og psykiatriske sygehuse.

Der er et stort potentiale for omstilling ved at øge andelen af aktiviteter i det primære sundhedsvæsen (et groft skøn i størrelsesorden 30-40 pct. over en årække). Det hviler på reduktion af aktiviteter uden reel sundhedsmæssig værdi, opgaveflytning og -transformation af aktiviteter fra sygehuse til det primære sundhedsvæsen, uddannelsesdimensionering og støtte til egenomsorg via digitaliseret hjælp-til-selvhjælp mv. Her særligt fokuseret på det store antal mennesker med multisygdom, der kan have mange kontakter med sundhedsvæsenet.

Igennem de seneste tyve år er der sket en stor vækst i personalet på sygehuse, fx sygehuslæger med 68 pct., og andelen af de samlede sundhedsudgifter, der er sygehusrelateret, ligger markant højere i Danmark end i sammenlignelige lande. Det er sket i en periode, hvor sygehusenes sengetal og indlæggelsestider samtidig er reduceret, og kommunerne har etableret 'midlertidige pladser' i et antal svarende til anslået 25 pct. af de samlede stationære sengepladser. Sundhedsvæsenet er dermed blevet udbygget særligt til den specialiserede behandling.*



*Kilde

Robusthedskommissionens anbefalinger, 2023

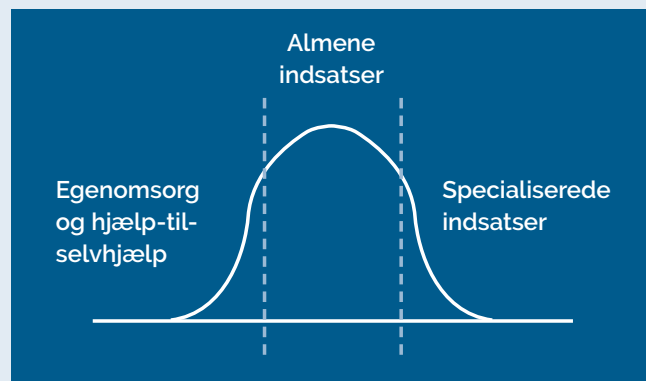
Principper for placering af sundhedsvæsenets opgaver

Placeringen af sundhedsvæsenets opgaver fremover kan tage udgangspunkt i en normalfordelingskurve. Den klokkeformede midterste del af kurven illustrerer således de opgaver, der skal varetages i det primære sundhedsvæsen, mens venstre hale indikerer borgernes egenomsorg og højre hale sygehusenes opgaver, hvor der kræves tilstedeværelse af flerfaglige kompetencer samme sted eller særligt dyrt/krævende udstyr.

Mere konkret kan anvendes følgende rettesnore:

- mennesker med enkle, afgrænsede og forbigående helbredsproblemer får let adgang til hjælp-tilselvhjælp
- mennesker med symptomer på kroniske sygdomme, som ikke er akut livstruende, behandles i regi af det primære sundhedsvæsen (inklusiv behandlingsansvar)
- mennesker med symptomer på akut og eventuel livstruende sygdom med behandlingsindikation, der kræver flerfaglige kompetencer og udstyr på sygehuse, indlægges samt mennesker med komplicerede elektive behandlinger, som hverken er akutte eller livstruende, men kræver pleje, observation og samtidig flerfaglighed
- mennesker på plejecentre og tilsvarende tilbud modtager behandling dér for ukomplicerede og ikke-akutte tilstande

Kompetencerne kan være placeret lidt forskelligt rundt om i landet, hvilket må inddrages i planlægningen.



Principper for placering af sundhedsvæsenets opgaver

Muligheder for omstilling

Greb

Der skal ske en stor og gradvis omstilling af sundhedsvæsenet for at imødekomme befolkningens behov for indsatser af høj kvalitet i takt med, at befolkningssammensætningen, sygdomsmønstrene, behandlingen og de teknologiske muligheder ændres.

Blandt de centrale greb kan være:

1. **Egenomsorg og hjælp-til-selvhjælp** ved hjælp af teknologiske værktøjer rettet til borgere, undervisning og nem mulighed for opskalering af hjælp, der giver tryghed ved egenomsorgen; fx subakutte tider i almen praksis, åben indlæggelse og åben behovsdrevet ambulatorium. I sundhedsvæsenet udbredes metoder til systematisk populationsidentifikation og fastlæggelse af et behandlingsniveau og en samlet behandlingsstrategi med differentiering af indsatser ud fra borgerens præferencer og behandlingspotentiale givet funktionsevne, skrøbelighed og sundhedskompetence mv.

2. **Kapaciteten til almene indsatser øges** og med et fastholdt behandlingsansvar i almen praksis. Generel mulighed for sparring med kompetencer fra andre dele af sundhedsvæsenet og fælles konferencer om og med borgere. Blandt de lægelige kompetencer vil især gennemgående almenmedicinske geriatriske kompetencer være relevante og bør være en del af det primære sundhedsvæsen. Flere borgere bliver behandlet i eget hjem med færre sygehuskontakter, hvilket giver mulighed for kontinuitet i borgerforløbene og giver dermed sygeplejen og hjemmeplejen en tydeligere rolle og et potentiale for systematisk at agere forebyggende, rehabiliterende og palliativt. Det kræver let adgang til en behandlingsansvarlig læge – fx fasttilknyttede til institutionerne – og sparring med eksperter andre steder i sundhedsvæsenet. Opgaver placeres hos aktører i det primære sundhedsvæsen for at få en tydeligere prioritering af opgaver i almen praksis, hvor fx børneundersøgelser i stedet varetages af sundhedsplejen, udredning og behandling af lettere muskelskeletlidelser af fysioterapeuter og sæsonvaccinationer udføres på apoteker ligesom opgaver vedrørende undersøgelse og behandling kan varetages af sygeplejen. Det kan dreje sig om mennesker med fysiske såvel som mentale/psykiatriske problemstillinger, ofte kombineret med sociale problemstillinger, der modtager forskellige typer af indsatser.

Eksempler på digital understøttelse

Mange mennesker vil fremover være i stand til at klare sig selv og hjælpe familien med støtte fra sundhedsvæsenet, fx ved hjælp af:

- Guidning via chat med henblik på afklaring af symptomer og handlinger
- Genoptræning i eget hjem fx med bevægelsesmonitorering med visuel feedback, træningsvideoer og -apps, hvor en plan og et program gives på en skærm
- PRO-data mv. styrende for behandlingskontrol mv.
- Onlineforløb i psykiatrien til behandling af fx angst og depression
- Forebyggelse af indlæggelse vha. værktøjer til hjemmemonitorering
- AI til identifikation af borgere i risiko for indlæggelse
- Sensorteknologi til monitorering og forebyggelse af fx fald

3. Visitation fra almen praksis til specialiseret tilbud;

Der bør være en fagligt effektiv visitation til støtte for borgernes egenomsorg og tilknytning til det primære sundhedsvæsen, når den er mest hensigtsmæssig. I visitationen skal omfattes akut opståede og/eller forværede helbredsproblemer. Visitationen og eventuel opfølgende behandling skal ske i relevant regi gennem et tæt samarbejde mellem akutberedskab, almenmedicinske kompetencer og sygepleje/hjemmepleje også uden for almindelig dagtid. Visitationen understøttes af fælles kriterier og vejledninger.

4. Specialiserede indsatser kræver tilstedeværelse af flerfaglige kompetencer på samme sted, mulighed for indlæggelse, observation og pleje, samt evt. særligt udstyr. Organisering af patientforløb i de specialiserede indsatser optimeres, så de i højere grad understøtter udredning og behandling af patienter med komplekse helbredsproblemer og så behovet for kontakter på sygehusene og indlæggelser reduceres. De specialiserede indsatser på sygehusene vil have en væsentlig konsultativ rolle ud i primær sektor ift. konkrete patienter, uden at overtage behandlingsansvaret, hermed undgås unødige henvisninger, og at behandlingerne optimeres. Dette stiller krav om øget virtuel tilgængelighed, øget tilgængelighed for adhoc sparring og subakutte tider.

Flerfaglige kompetencer på sygehuse

Tilstedeværelsen af flerfaglige kompetencer på samme sted og/eller særligt udstyr er en forudsætning for specialiserede indsatser. Samtidig skal de bevare en høj behandlingskvalitet.

Opgaveløsningen skal systematisk inddrage patienters præferencer; derved undlades diagnostik og behandling uden sundhedsmæssig værdi.

Funktioner, der er sårbare for udsving i antallet af patienter og personale, skal robustgøres således, at der på landsplan opretholdes den ønskede kapacitet og kompetencer.

En stram kapacitetsstyring er nødvendig for at undgå uheldig vækst.

Organisering og tilrettelæggelse af arbejdet skal muliggøre støtte til de fire greb vedrørende borgernes egenomsorg, almene indsatser og visitation.

Forudsætninger for omstilling

Centrale forudsætninger

En række forudsætninger skal være tilstede for at realisere omstillingen. Nogle af de mere konkrete om end centrale er:



Digitale værktøjer skal udbredes til borgere som støtte til egenomsorg med nemme førstevalg til hjælp-til-selvhjælp og i dialogen med sundhedsprofessionelle



Kommunikation og datadeling mellem sundhedsprofessionelle skal muliggøre koordination i indsatsen, et samlet patientansvar, og understøtte, at borgere så vidt muligt kan blive i eget hjem



Der skal være tilstrækkeligt personale med relevante kompetencer fordelt på tværs af landet efter befolkningens behov (strukturel prioritering), og det skal være let for sundhedsprofessionelle at få adgang til rådgivning på tværs af enheder, afdelinger eller sektorer

Disse udgør tilsammen en helt afgørende forudsætning for egenomsorgen og patientforløbene i det primære sundhedsvæsen således, at udvalgte data og digitale værktøjer ikke blot gøres tilgængelige, men at der også er reel mulighed for hurtig sparring og visitationsdrøftelse suppleret med fleksible kontaktformer. Ellers kan der opstå en utryghed, fornemmelse af knaphed og kamp om ressourcerne.

Yderligere centrale forudsætninger er:

Der skal arbejdes med skarpere prioritering af sundhedsindsatser på både organisatorisk- og individniveau, herunder udvikling og udbredelse af metoder til, at sundhedsprofessionelle kan differentiere mere skarpt efter borgernes behov:



Sundhedsplanlægning på nationalt og lokalt niveau, der skal sørge for, at aktørerne forpligtes på mål, grebene og forudsætningerne for omstillingen



Uddannelse, forskning og systematisk kvalitetsudvikling skal styrkes især i regi af det primære sundhedsvæsen for at udvikle kompetencer, indsatser, infrastruktur og organisering til uddannelse, kvalitetsudvikling og forskning således, at kvalitet og ny viden skabes de relevante steder, hvor borgerne er, og så der er faglige miljøer og attraktive arbejdspladser landet over



Prioritering af forebyggelse skal forbedre folkesundheden og reducere behovet for indsatser generelt i sundhedsvæsenet, blandt andet rettet imod kroniske sygdomme og til fremme af sund aldring. Med til det hører også vedvarende at begrænse sygeliggørelse af befolkningen og afledt efterspørgsel, som sundhedsvæsenet ikke har gode indsatser rettet mod

Ligeledes bør den generelle struktur understøtte et omstillet sundhedsvæsen bedst muligt. Sundhedsstyrelsen har ikke taget stilling til hvilke forvaltningsmæssige tiltag, som er relevante for at understøtte den udvikling, som er skitseret i dette papir.

Desuden er det afgørende for en ambitiøs omstilling som denne, at der er en forståelse bredt i sundhedsvæsenet og i befolkningen af, at sundhedsvæsenet med denne indretning vil tilgodese befolkningens og samfundets behov i øvrigt bedst muligt.

Sundhed for alle ♥ + ●