



PATIENTFORENINGEN



Kvindelige Lægers Forening

Den 5. august 2024

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Slotholmsgade 10-12

København K.

Att: Indenrigs- og Sundhedsminister Sophie Løhde, MF

Alene fremsendt på mail sum@sum.dk

Høringssvar fra Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening på Sundhedsstrukturkommissionen rapport sendt i høring den 11. juni 2024

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening ønsker Sundhedsstrukturkommissionen (SSK) tillykke med et godt og grundigt arbejde. Vi har skrevet høringssvar på baggrund af den viden, Patientforeningen har opnået gennem mere end 30 års arbejde med at hjælpe patienter, pårørende og borgere, så de får den hjælp de har brug for, og som de har ret til ifølge sundhedsloven. Desuden har Kvindelige Lægers Forening specifikke kommentarer vedr. autorisation og integrering af udenlandsk uddannet sundhedspersonale i det danske sundhedsvæsen.

Vores høringssvar tager udgangspunkt i det kommissorie, der er udarbejdet af Indenrigs – og Sundhedsministeriet (ISM), hvor det overordnede mål var *at opstille modeller, der kan understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen med mere lighed*

og som vil være mere nært og bæredygtigt. Til dette er der opstillet 6 sigtelinjer for indretningen af fremtidens sundhedsvæsen, hvor vi bl.a. læser at:

Patienterne skal i centrum igennem et sundhedsvæsen, der fokuserer på det nære og sammenhængende, og hvor der er lige adgang til sundhedsydelser af ensartet høj kvalitet, og hvor patienterne frit kan vælge behandlingssted, og hvor patientrettigheder kommer i fokus. Dette kræver at det nære sundhedsvæsen skal styrkes, hvor ressourcerne skal bruges, så vi får mest sundhed for pengene (omkostningseffektivt system) og hvor forebyggelse af høj og ensartet kvalitet kommer i centrum.

Vi har i teksten ovenfor fremhævet de pejlepunkter, som vi mener er de overordnede vigtige principper i en sundhedsreform. Nedenfor er en gennemgang af de generelle og specifikke kommentarer og anbefalinger, som vi har til SSK's rapport. §1 beskriver vores kommentarer til forudsætningerne for SSK's arbejde, mens §2 beskriver vores overordnede kommentarer til selve rapporten, §3 til slut beskriver vores kommentarer til SSK's anbefalinger, §4 kommentarerne til SSK's modeller og §5 Det frie valg bør fremhæves.

§1. Overordnede kommentarer til forudsætningerne for SSK's arbejde:

1.1 For at få dette arbejde udført har ISM beskrevet de kompetencer, som ekspertgruppen, der skal udføre dette arbejde, bør have. Her bemærker vi, at trods det at patientperspektiver er inkluderet som en af de kompetencer, der er påkrævet, er dette ikke afspejlet i sammensætningen af ekspertgruppen. Forebyggelse er et andet meget centralt tema i ISM's kommissorie; og her ville vi også gerne have set eksperter, der havde disse kompetencer, specifikt indenfor folkesundhed, forebyggelse og sundhedsfremme (se forinden). Dette er svagheder, som vi ser afspejlet i rapporten inklusiv dens konklusioner.

1.2 SSK har defineret, hvad de forstår ved et sundhedsvæsen med en henvisning til, 'ydelser på sundhedsområdet, som ydes vederlagsfrit eller med offentligt tilskud.' Allerede her er modsætningen mellem en medicinsk tilgang til et sundhedsvæsen, hvor systemerne kommer i fokus og en holistisk patient- og borgerorienteret tilgang, hvor formålet med et sundhedsvæsen er at sikre mest mulig sundhed - af bedst mulig kvalitet - for alle borgere.

1.3 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening vil fremhæve vigtigheden af formålet med og forståelse af begrebet sundhed. I følge WHO er sundhed defineret som 'en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke blot fravær af sygdom, smerter eller andre skavanker.' Dette er også afspejlet i den danske

sundhedslov, hvor sundhedsvæsenets formål er *'at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte.'* Sundhed er altså et positivt begreb, der understreger sociale og personlige ressourcer, såvel som fysisk kapacitet. Og dette sundhedsbegreb burde være det helt centrale princip i SSK's arbejde. Igen med henvisning til sundhedsloven, 'regioner og kommuner er ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme', mangler vi at se sundhedsfremme og ikke kun sundhedsforebyggelse inkluderet som en del af sundhedsbegrebet.

Vores anbefaling 1:

Fremadrettet ser vi gerne, at der inkluderes ressourcepersoner med kompetencer indenfor Folkesundhedsvidenskab og specifikt sundhedsfremme og forebyggelse samt ulighed i sundhed.

§2. Kommentarer til selve SSK's rapport:

2.1 Vores fokus på definition, formål og forståelse af sundhed og sygdom skal ses som en forudsætning for en definition af hvilke strukturer, der bedst passer til de(t) overordnede formål. Det er helt klart, at vi må og skal sikre at få patienten/de pårørende/borgeren i fokus og dermed sikre deres sundhed. Uden at forstå disse begreber samt forstå de sociale determinanter, der fremkalder ulighed og sygdom, giver det i vores optik ikke mening at definere og opstille modeller for et sundhedsvæsen.

2.2 Beskrivelse af problemstillingen i det nuværende danske sundhedsvæsen er vigtig og velanalyseret. De består ifølge SSK af tre tendenser, nemlig:

- 1) det aktuelle og fremtidige sygdomsbillede, hvor et stigende antal borgere får flere alders- og livsstilsbetingede sygdomme; flere borgere, der lever længere med en eller flere kroniske og komplekse sygdomme, samt en udvikling, hvor flere børn og unge bliver diagnosticeret med psykiske lidelser,
- 2) mangel på nogle grupper af sundhedsfaglige medarbejdere, særligt læger, tandlæger, bioanalytikere, sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, og
- 3) befolkningens forventninger til sundhedsvæsenet,

samt tre væsentlige udfordringer, nemlig:

- A) usammenhængende patientforløb,

- B) ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, og
- C) geografisk og social ulighed i sundhed.

Rapporten beskriver i klare tal mænds kortere levetid, som et problem, men ikke som en udfordring. Rapporten er mere tilbageholdende med at beskrive, at en del kvindespecifikke sygdomme underprioriteres samt at flere behandlingstilbud er baseret på evidens med behandling af mænd, ikke kvinder. Særlige kvinde- og mandesygdomme som de meget høje tal for brystkræft og prostatakræft er dog udmærket med, også grafisk. Kønsforskellene er betydelige, og det bør medtænkes i fremtidens sundhedssystem.

2.3 Dog er det her vigtigt for Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening at fremhæve, at hvis vi skal sikre sundhed for alle, er vi nødt til at forstå de underliggende faktorer, der fremkalder sygdomme, og disse ligger jo ofte udenfor sundhedssektorens og ISM's ansvarsområde i snæver forstand og bidrager med ikke mindre end 30-55%¹ til at sikre bedre sundhed. Det drejer sig om faktorer som indkomst, sikring af sociale ydelser, uddannelse, job usikkerhed, arbejde og arbejdsforhold (stress), boliger og basale faciliteter, miljøfaktorer, urbanisering, et barns tidlige udvikling (de første 1000 dage), social inklusion og ikke-forskelsbehandling, strukturelle konflikter og adgang til sundhedsydelser af acceptabel kvalitet. Hvis vi ikke adressere disse faktorer, samt arbejder med og allokere ressourcer til tværfaglige tiltag, kan vi ende med ikke at have ressourcer til behandling af en befolkning i vækst, der kræver mere og samtidigt have et super-specialiseret dyrt sundhedssystem, der ikke kan følge med.

Vores anbefaling 2:

Derfor er vores helt klare anbefalinger, at der skal mere fokus på samt ressourcer til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde!

§3. Kommentarer til SSK's anbefalingerne:

SSK's anbefaling 1: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler en betydelig kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud indenfor rammerne af en ændret organisering. Formålet er, at udviklingen af det almen-medicinske tilbud afspejler patienternes stigende behov for sundhedsydelser og tilgængelighed i det primære sundhedsvæsen. Derfor skal de ansvarlige myndigheders kompetence til at påvirke udviklingen styrkes.

3.1 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening støtter flytning af ressourcer til det primære sundhedsvæsen, men når det er sagt, så er det vigtigt for os at fremhæve,

¹ Se: [Social determinants of health \(who.int\)](http://www.who.int)

at det primære sundhedsvæsen består af alle disse 4 elementer: det behandlende, rehabiliterende, sundhedsforebyggende og sundhedsfremmende sundhedsvæsen. Samtidigt vil vi påpege, at data-baseret kvalitetsudvikling i det primære sundhedsvæsen skal styrkes markant.

3.2 Danmark bør have et ensartet datasystem i sundhedsvæsenet. Vi ser gerne, at der støttes op om at afskaffe Sundhedsplatformen i Region H og Sjælland og indføre det system som p.t. bruges i Region Nord, Midt og Syddanmark i den resterende del af Danmark (venligst også se vores kommentarer nedenfor i anbefaling 2). Der er desuden behov for en markant styrkelse af IT-sikkerheden, da vi er midt i en tid med hybrid-krig, hvor der hyppigt angribes på sundhedsområdet.

SSK's anbefaling 2: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der etableres en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet. En ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det er nødvendigt for, at bedre brug af digitale løsninger og data kan bidrage til at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen præget af nærhed, tilgængelighed og bæredygtighed. En ny organisering skal derfor også ses som et middel til at skabe bedre forudsætning for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne.

3.2 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening har indsat data fra en præsentation af Professor Niels Obel ved Patientforeningens møde om SSK's arbejde samt betydningen af forebyggelse, hvor både SSK's formand Jesper Fisker samt Mathilde Powers, Forebyggelsesordfører og medlem af det sundhedspolitiske udvalg (A), var til stede. Nedenfor i fig. 1 vises, hvor mange data systemer, der p.t. findes i Danmark, samt hvor ukoordinerede disse er:

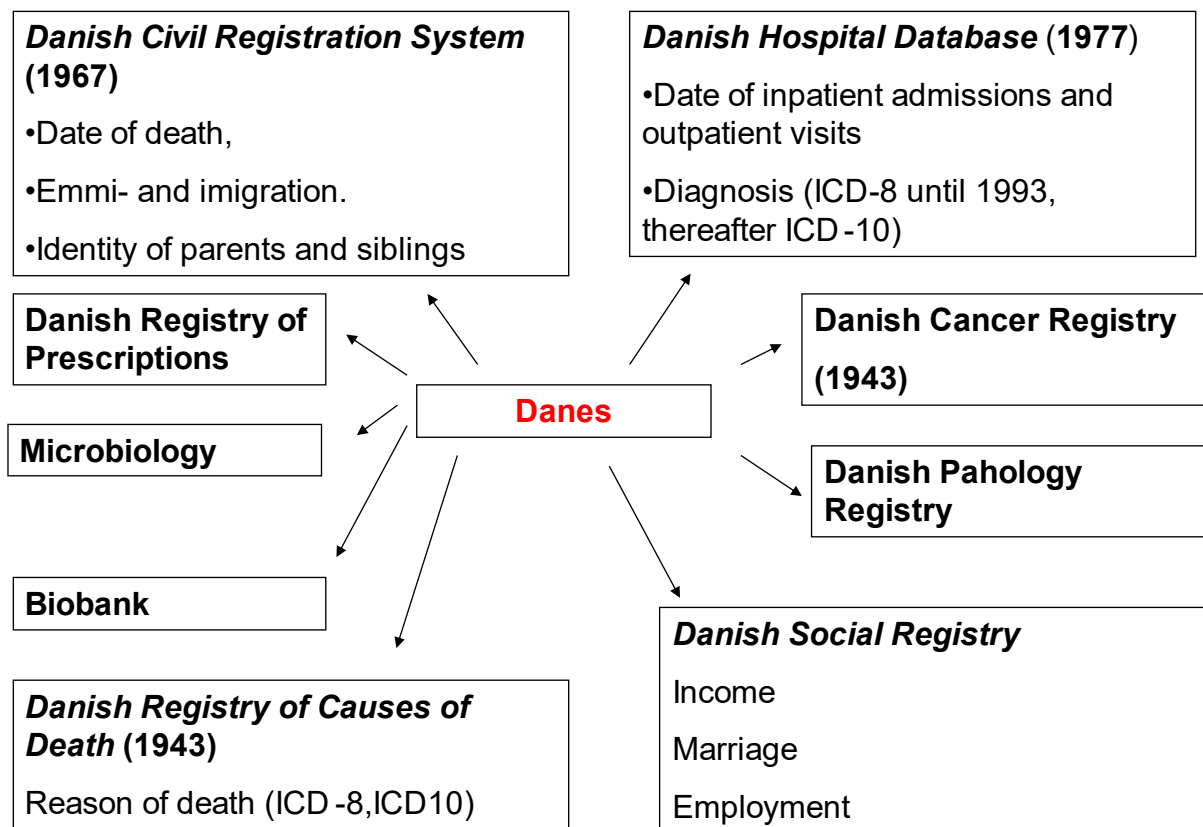


Fig 1: Data registreringssystemer i det danske sundhedsvæsen

Der hersker ingen tvivl om, at når det kommer til data, så mangler disse IKKE i Danmark. Men mange gange kan de ikke bruges, da forskellige systemer ikke er harmoniserede og 'taler sammen,' hvorfor store data ressourcer går tabt i stedet for at komme patienterne til gode.

Til slut har vi i Patientforeningen oplevet tilfælde, hvor der var problemer med data etik, blandt andet at der rettes i journaler, der ellers burde være låste, hvilket er ulovligt ifølge forvaltningsloven, og derfor ikke burde kunne ske. Ligeledes har Patientforeningen i flere år påpeget, at Sundhedsministeriet bør få afsluttet arbejdet omkring rettelser i patientjournalerne. Det er en voldsom belastning for mange patienter, at der er registreret fejlagtige oplysninger i journalsystemerne om dem. Det kan bl.a. forhindre forsikringer, det kan umuliggøre erstatninger og fratage jobmuligheder.

På journalområdet bør der desuden gøres op med den ulovlige praksis med hemmelige journaler i form af såkaldte ”patientresumeer” for nogle patienter, der opfattes som særligt besværlige.²

Ved en sammenknytning af alle informationerne om en patient sikres optimale behandlingsforhold, men et sådant system, vil kunne misbruges, hvis der ikke er den højeste grad af sikkerhed, og hvis adgangen til systemet ikke forbeholdes de autoriserede personer. Uvedkommende adgang til et sådant system må på enhver tænkelig måde undgås.

Vores anbefaling 3:

3A. Harmonisering af de eksisterende patient-datasystemer i Danmark, så de kan, bør og skal understøtte et godt patientforløb, dette er allerede afprøvet i Køge.

3B. Sundhedsplatformen afskaffes i Region H og Region Sjælland, og de overgår til brug af EPJ, som bruges i de 3 andre regioner.

3C. Datasystemerne låses, så der ikke efterfølgende kan rettes i de skrevne journaler.

4.D. Uvedkommendes adgang til sundhedsdatasystemerne skal på enhver tænkelig måde undgås.

3.3 Der kan ikke herske tvivl om vigtigheden af at holde øje med *kvaliteten* i det danske sundhedsvæsen, og heller ikke med *brugen af data til planlægning*. Dette kræver først og fremmest, at de rette data er til stede for planlægning på det rette tidspunkt, at der er en vilje, og også de rette kompetencer til at bruge data samt til at udarbejde og følge op på planer, målsætninger og indikatorer. Til slut kræver det også, at der er uafhængig supervision. Det sker ikke i tilstrækkeligt omfang i dag i rigtig mange af de 98 kommuner, som Patientforeningen har fået kontakt med og indsigt i. Og reelt betyder det, at vi borgere og patienter ikke ved, hvad vi kan forvente af vores sundhedsvæsen, samt hvad vi får for de skattekrone, der investeres i sundheds- og ældrepleje.

3.4 I Danmark har vi alle forudsætningerne for at ændre på dette, da vi har veluddannede specialister i planlægning og folkesundhedsvidenskab, vi har fantastiske data og en befolkning, der forstår vigtigheden af data, og hvor mange kan bruge data.

² https://www.patientforeningen.dk/CustomerData/Files/Folders/5-nyheder/163_pf-2023-09-19-udgave-16-om-patientjournalerne.pdf

Vi mener at en sådan forandring er mulig, hvis der er politisk og administrativ vilje til at dette kan ske. Og som intet andet land i Verden, har vi endda mulighed for at hjælpe erhvervslivet med relevante analyser.

Vores anbefaling 4:

4A. At gode planlæggere, bl.a. fra folkesundhedsvidenskab, laver sundhedsplaner på alle administrative niveauer med mål og indikatorer, baseret på data. Forvaltningen holdes efterfølgende ansvarlige for at opfylde målene, som monitoreres af uafhængige og kompetente fagfolk med inddragelse af befolkningen.

4B. At der laves simple juridiske og administrative retningslinjer for dataharmonisering og databrug tilgængelige på gode platforme (hvor de kan analyseres uden risiko for datalæk) og med kun én indgang (GDPR), samt et sekretariat, f.eks. i regi af Danmarks Statistik.

SSK's anbefaling 3: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at der udarbejdes en national sundhedsplan, som skal sætte en strategisk retning for tiltag, der sikrer tilpasning af ressourcefordelingen mellem både det primære og sekundære sundhedsvæsen og geografisk på tværs af landet. Formålet med anbefalingen er at sikre en mere hensigtsmæssig balance mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen, som skal muliggøre den ønskede omstilling af sundhedsvæsenet, hvor flere borgere har forløb i det primære sundhedsvæsen. Formålet er også at understøtte, at borgere i alle dele af landet har adgang til relevante sundhedstilbud og dermed nedbringe den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

3.3 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening støtter op om denne anbefaling baseret på de kommentarer, som vi har givet ovenfor om den nuværende manglende planlægning indenfor sundheds- og ældreområdet. Dog vil vi bemærke, at det ikke kun er kvalitetsstandarder, der er brug for, for at sikre en effektiv og god planlægning. Der også brug for at kende og inkludere kvantiteten, da antal har betydning for ressourcefordeling. Dette er ikke inkluderet i den nuværende – nærmest ikke-eksisterende - planlægningsmodel.

3.4 Vi er klar over problematikken med mangel på sundhedspersonale, men ser her et potentiale i at få flere udenlandske sundhedspersoner hurtigere igennem autorisationsprocessen. Hvor love og retningslinjer for autorisation af udenlandsk sundhedspersonale blev fastlagt i en tid, hvor man politisk ikke ønskede at få udlændinge – specielt fra lande udenfor EU/EØS – ind i Danmark, har man, i den seneste lovændring (Juni 2024) vedr. autorisationsprocessen foretaget flere ændringer, som gør processen

enklere. For at fuldende disse forbedringer, bør man se på adgangen til finansierede evalueringsansættelser – som er et krav og p.t. stopklodsen for mange udenlandske læger og sygeplejersker – samt adgang til danskundervisning, som en forudsætning for at få det fulde udbytte af det udenlandsk uddannede personale. Ved at tilbyde samlede forløb og finansierede evalueringsstillinger, godkendelse af evalueringsstilling i almen praksis (i lighed med KBU for dansk uddannede læger) samt tilbyde finansieret, sundhedsrelevant dansk undervisning, vil mange udenlandsk uddannede sundhedspersoner søge mod de dele af landet, hvor der er størst personalemangel. Mange af de udenlandske læger kommer desuden fra lande, hvor almen praksis ikke er et speciale på lige fod med andre specialer. Ved at lade dem tage den anden evalueringsansættelse i en almen praksis ville flere af dem få interesse i at uddanne sig i almen medicin.

3.5 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening mener desuden, at der skal ses på tildeling af ydernumre til almen praksis samt på andre sundhedsområder, så som fysioterapi. Tendensen til at lade en de facto 'ikke praktiserende læge' opkøbe ydernumre og sammenlægge disse og derefter lade private - nogle gange kun - profitorienterede udenlandske aktører - ansætte en hærskare af vikarer til et yderområde bør revurderes, da dette ikke fungerer efter hensigten (Patientforeningen kan bl.a. henvise til Alles Lægeklinikker, som det triste eksempel for patienterne). Det bør overvejes om ydernummer-systemet helt skal afvikles over en årrække og/eller om honorering af lægerne skal ske i forhold til de faktiske konsultationer. Der er i den grad behov for, at der indføres et system, hvor patienten med sit gule sygesikringskort godkender at have modtaget de behandlinger der er faktureret for.

Vores anbefaling 5:

5A. For at sikre en tilstrækkelig dækning af sundhedspersonale, anbefaler Kvindelige Lægers Forening med fuld støtte af Patientforeningen, at de barrierer i form af adgang til finansierede evalueringsstillinger samt relevant danskundervisning, der stadig er til stede ved autorisation af udenlandsk sundhedspersonale, specielt læger og sygeplejersker, efterses. Dette gælder specielt de manglende evalueringsstillinger, der sagtens kunne ske i almen praksis i yderområderne, hvor det notorisk er vanskeligt at tiltrække veluddannet sundhedspersonale.

5B. Det bør overvejes om ydernumre helt skal udfases. Det bør undersøges om Danmark kunne få mere lighed i sundhed ved en afskaffelse og ved et honorarsystem, som i større grad er baseret på dokumenterede konsultationer. Læger med mange patienter, som aldrig henvender sig, får en unødigt høj indtjening

for en beskeden indsats, og læger i mere belastede områder får en tilsvarende lavere indkomst for en større indsats. Et sådant system modvirker lige adgang til almen praksis i alle dele af landet.

SSK's anbefaling 4: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler ændringer af organiseringen og samarbejdet på psykiatriområdet, herunder at psykiatrien integreres organisatorisk med det samlede sygehusvæsen, for at understøtte en styrket sammenhæng for den enkelte og et løft af kvaliteten i den tværgående indsats for mennesker med psykiske lidelser.

3.4 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening værdsætter, at psykiatrien har sin egen anbefaling samt at tværsektorielle tiltag fremhæves. Forebyggelse og mistrivsel hos børn og unge bør også fremhæves inklusivt betydningen af brug af sociale medier.

De patienter, der henvender sig til Patientforeningen oplever, at det er uhyre svært at være patient i psykiatriområdet samtidigt med at få anden behandling i det kurative sundhedsvæsen.

Juridisk halter psykiatriområdet meget. Patienter oplever administrative frihedsberøvelser, som ikke prøves efter grundlovens bestemmelser. I § 71 stk. 6. Det ser vi som et stort problem. Patienterne bliver ofte afvist af retsvæsenet, og patientklager til Folketinget og Justitsministeren hjælper desværre ikke. Det er skammeligt, at man ofte må henvende sig udenfor Danmark for at få hjælp på dette område. Patientrettighederne og patientsikkerheden er desværre nedprioriteret indenfor psykiatrien i forhold til andre dele af sundhedsvæsenet.

Vores anbefaling 6:

6A. En øget integrering af psykiatrien i de andre eksisterende sundhedssystemer (kurative, forebyggende og sundhedsfremmende).

6B. En juridisk opgradering af psykiatriområdet så patientrettigheder opgraderes og overholdes samt at patienterne sikres deres grundlovsfæstede rettigheder.

SSK's anbefaling 5: Sundhedsstrukturkommissionen anbefaler, at de organisatoriske rammer for de praktiserende speciallæger tilpasses for at understøtte en effektiv brug af de samlede speciallægerressourcer i omstillingen af sundhedsvæsenet.

3.5 Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening støtter op om denne anbefaling.

3.6 Til slut noterer vi, at 'kommissionen har gjort sig en række overvejelser om brugen af private sygehuse, sundhedsforsikringer og patientrettigheder, men har ikke fundet anledning til at komme med anbefalinger om organisatoriske ændringer indenfor områderne.' Vi er noget skuffede over denne bemærkning, specielt da dette arbejde jo netop handler om at sikre patienternes rettigheder, og da der jo netop ikke har været repræsentation af patienterne i SSK.

I Patientforeningen oplever vi dagligt, at patientrettigheder overtrædes, og patienterne er derefter ofte bange for at klage. Vi oplever også, at patienter ikke forstår deres rettigheder, da oplysningen om dette ikke er effektivt kommunikeret. I de tilfælde, hvor rettighederne er forstået, er der mange administrative blokeringer, der gør at det er svært at overholde dem. Dette gælder specifikt indenfor det frie og udvidede frie sygehusvalg og specielt, når en patient gerne vil behandles i en anden region.

Vi oplever desuden, at journaler forfalskes, hvis sundhedspersonalet har begået fejl, og vi oplever, at behandling af klagesager tager år, hvilket bevirker, at mange patienter giver op. Vi oplever til slut, at der reelt IKKE er frit sygehusvalg, da der er så mange administrative og forvaltningsmæssige forhindringer – bl.a. at det er patienten selv eller deres pårørende, der skal stå for at sikre at retten til fri sygehusvalg/overførsel af en pårørende til andet sygehus kan ske, hvilket ofte medfører, at patienten og deres pårørende opgiver.

Patientmobilitetsdirektivet er implementeret på en uhensigtsmæssig måde. Det er urimeligt at den part, som vil "miste" en patient skal stå for hjælpen. Det opleves af mange som kontraproduktivt.

Her har Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening en klar anbefaling til SSK, nemlig at:

Vores anbefaling 7:

Der bør ske en styrkelse af et uafhængigt centralt ledet Patientvejledningskontor, der sikrer, at alle borgere og patienter har samme afgang til kvalificeret vejledning af veluddannet personale indenfor sundhedsjura, sygepleje og lægegerning.

Hjælp til benyttelse af patientmobilitetsdirektivet bør lægges ved samme uafhængige kontor. Flest mulige valgmuligheder er vejen frem med en stadig mere oplyst og engageret befolkning.

§4. Kommentarer til SSK's modeller

SSK opstiller og vurderer tre modeller for den fremtidige forvaltningsstruktur i sundhedsvæsenet. Dette sker for at understøtte sammenhæng og omstilling af sundhedsvæsenet.

Rationalet i *de første to forvaltningsmodeller* er at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet ved at samle det politiske ansvar for sygehuse, det almenmedicinske tilbud, den øvrige praksissektor og en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. Nedenfor er en gennemgang af de forskellige modeller med kommentarer fra Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening.

4.1 Model 1. *Det politiske ansvar er forankret decentralt med etablering af sundheds- og omsorgsregioner, der ledes af regionsråd med direkte valgt politisk ledelse. De nuværende regioner nedlægges, og der etableres et nyt forvaltningsled i form af 8-10 sundheds- og omsorgsregioner. Hver sundheds- og omsorgsregion ledes af 21-25 direkte valgte politikere, og det foreslås, at der oprettes nærudvalg, som skal understøtte politisk og administrativ opmærksomhed på omstilling til og udvikling af det primære sundhedsvæsen og på de lokale problemer og behov indenfor sundheds- og omsorgsregionerne.*

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening er ikke tilhænger af model 1, hvor kommunalpolitikere skal udpege medlemmer af regionsrådet. Et folkevalgte ledelseslag er afgørende for Patientforeningen. De skal med fire års mellemrum mødes med vælgerne.

4.2. Model 2. *Det politiske ansvar er på det nationale niveau, og der er ingen decentral politisk ledelse af sundhedsvæsenet. Regionerne nedlægges og staten overtager myndigheds- og driftsansvaret for sygehuse, almenmedicinske tilbud og den øvrige praksissektor under "Sundhed og Omsorg Danmark." Derudover får staten ansvaret for en række opgaver på sundheds- og ældreområdet, som i dag bliver løst af kommunerne. Den daglige drift varetages af decentrale, administrative enheder med en decentral bestyrelse for hver enhed.*

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening er ikke tilhænger af en så voldsom centralisering med deraf følgende mangel på borgerinddragelse og indflydelse. Ingen mennesker vil kunne overskue og lede en så stor organisation.

4.3. Model 3. *Regionerne har fortsat ansvaret for sygehuse og praksissektoren, og kommunerne har fortsat ansvaret for deres nuværende opgaver på sundheds- og ældreområdet. I denne model sker en mindre – eller ingen – samling af de opgaver indenfor sundheds- og ældreområdet, som i dag er henholdsvis kommunernes og*

regionernes ansvar. Udgangspunktet for denne model er at styrke nærhed, bæredygtighed, lighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet uden en større samling af opgaver under én myndighed. Modellen fastholder et decentralt politisk ansvar for sundhedsvæsenet, men indebærer ændringer i regionernes politiske styreform, tiltag til at udbygge det primære sundhedsvæsen og styrkede krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet.

Dette er den mindst indgribende model, hvor regionernes økonomi målrettes indsatser i det primære sundhedsvæsen. Formålet er at sikre et øget regionalt fokus på en ændret opgaveløsning, hvor en større del af opgaveløsningen sker i det primære sundhedsvæsen fremfor på sygehusene. Modellen indeholder også et forslag, der skal styrke kommunernes incitament til at prioritere effektive forebyggelses- og plejeindsatser til gavn for borgerne. Herudover indeholder modellen forslag om styrkede statslige krav til den kommunale opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Desuden indebærer modellen en grundlæggende forandring af de nuværende sundhedsklynger og forslag til ændringer af regionernes politiske styreform med bl.a. oprettelse af geografisk forankrede nærudvalg.

Patientforeningen og Kvindelige Læges Forening er enig i denne model.

Til slut er Patientforeningen enig i SSK's konklusion, nemlig at hvis de organisatoriske forandringer skal føre til reelle forbedringer i de sundhedstilbud, som gives til borgerne, skal de føre til forandringer i den måde, der arbejdes og samarbejdes på i sundhedsvæsenet, og det kræver **dedikeret og god ledelse på alle niveauer af ledelseskæden.**

§5. Det frie valg bør fremhæves

Det frie (patient) valg er vigtigt for Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening, og det giver overordnet bedre og hurtigere resultater end en topstyret organisation. F.eks. på fertilitetsområdet er fordelene ved valgmulighederne fint beskrevet af Dr. Med. Svend Lindenberg i Berlingske Tidende den 11. juli 2024, og vi har beskrevet succesmodellen fra høreapparatsområdet i bilag 1.

Vi mener, at danskerne er veloplyste og vidende om deres sygdomme, og med valg følger ansvar. Dette faktum skal udnyttes positivt - ikke negligeres.

Valgmulighederne er også til fordel for pårørende og de ansatte. Hvis en hospitalsansat behandles urimeligt, så er en opsigelse et stort skift i karrieren – sandsynligvis til noget helt andet. Rigtig mange hospitalssygeplejersker arbejder i dag udenfor sygehusene. Var der et andet hospital at få ansættelse på, så ville der komme en bedre balance også

i arbejdsmiljøet for de ansatte. Da TV 2 begyndte, kom en del DR-medarbejdere, som søgte bedre arbejdsvilkår. Det blev en historisk succes begge steder.

Lad sundhedsstruktur-debatten også munde ud i at styrke det fri valg for patienter, pårørende og ansatte. Så kommer succesen og borgernes opbakning.

Patientforeningen og Kvindelige Lægers Forening står naturligvis til rådighed med yderligere informationer.

Med venlig hilsen

Bestyrelsen for Patientforeningen

Niels Jørgen Langkilde

Landsformand

Martin H. Wolffbrandt

Næstformand

Finn Elkjær

Landskasserer

Kirsten Havemann

Lægefaglig konsulent

Niels Enersen

Formand Region Hovedstaden

Majbritt Larsen

Bestyrelsesmedlem

Caspar Mellin

Bestyrelsesmedlem

&

Bestyrelsen for Kvindelige Lægers Forening

Birte Holm Sørensen,

Formand

Ida Lise Arevad Ammitzbøll

Sekretær

Linda Marie Hilsted

Kasserer

Mona Savran

Bestyrelsesmedlem

Christine Felding

Bestyrelsesmedlem

Sheyda Jouhari

Bestyrelsesmedlem

Ellen Signe Filtenborg Tvedskov

Bestyrelsesmedlem



PATIENTFORENINGEN



Kvindelige Lægers Forening

Bilag 1

Det frie valg – høreapparatområdet som et eksempel

Der er gratis høreapparater at låne i det offentlige, men borgerne kan også vælge at købe i det private med et basistilskud, som normalt vil dække de mest enkle og meget benyttede høreapparater. Vil man have nyere apparater med flere muligheder i det private, så må forsikringen eller patienten selv betale. Disse to muligheder har været en stor succes for borgerne, hvorfor vi har en bedre dækning af høreapparater til hørehæmmede i Danmark end de fleste andre lande.

Patienterne bliver hjulpet hurtigt og tæt på i en lokal klinik eller – efter mere ventetid - på et hospital.

Modellen er også en måde at tilføre flere midler til et underfinansieret område uden at skulle hæve skatterne. Videre lægger en sådan model op til, at brugerne overvejer om givne omkostninger er rimelige. Endelig er det værd at notere, at en sådan model vil være løsningen for de mange, som bliver afvist i det nuværende system, når de bliver henvist til hospitalerne. De afviste vil i en sådan model kunne betale for en undersøgelse, som hospitalet afviste. Mængden af frustrerede patienter vil hermed gå ned.

Patientforeningen er opmærksom på, at de økonomiske modeller ligger på kanten af kommissionens arbejde, men synes alligevel, at det er væsentligt at få med i denne sammenhæng.

Frit valg til gavn for hele samfundet

I tillæg har Danmark nu i kraft af de offentlige indkøb af høreapparater tre af verdens største høreapparatsproducenter, Oticon, GN og Widex. Det giver forskning og udvikling i international topklasse til glæde for alle verdens patienter.

Det er således ikke kun godt for patienterne, det er også godt for samfundet, for vi har ikke kun industrierne, vi har flere hørehæmmede på arbejdsmarkedet, og i disse tider med stor mangel på arbejdskraft er det i den grad guld værd for samfundet.

I den sammenhæng er det et vigtigt princip, at pengene følger patienterne. Vi skal ikke have store grupper af patienter, som ikke får behandling på grund af manglende økonomi.

Patienterne og deres rådgivere er i dag så oplyste, at de udmærket kan træffe disse valg lige så godt som dem, der i dag vælger for dem. Når patienterne vælger, så kommer de i centrum, og det er lige der, patienterne gerne vil være.



PATIENTFORENINGEN



Kvindelige Lægers Forening