

Politikerens visioner for fremtidens sygehusvæsen

Amtsborgmester Johannes Flensted Jessen

Strukturreform

Strukturreformen er en væsentlig brik, når det gælder fremtidens sygehusvæsen. Reformen ser ikke ud, som jeg kunne ønske mig, selv om den har fordele. Blandt andet er jeg glad for, at Århus Amts erfaringer med sundhedsaftaler har givet inspiration til planerne om et mere systematisk samarbejde mellem praktiserende læger, kommuner og sygehuse.

Kritikpunkter har jeg flere af, men jeg vil her fremhæve min nok alvorligste kritik, der går på, at reformen bygger på en gammeldags og statisk opfattelse af opdelingen mellem sygehusopgaver og kommunale opgaver. Herunder er der en meget traditionel og forsimplet opfattelse af, at sygehusvæsenets opgaver er de opgaver og kun de opgaver, der foregår inden for et sygehus' mure. Et eksempel på dette er genoptræning, hvor der i reformen tages udgangspunkt i, at der er et klart og entydigt skel mellem behandling hos en fysioterapeut og genoptræning i kommunalt regi eller hos en privatpraktiserende fysioterapeut. Et andet eksempel er, at der i reformen slet ikke tages højde for den udvikling, at behandling i stigende grad kan foregå i hjemmet, jævnfør næste afsnit. Når denne forældede tankegang kombineres med et eklatant brud på princippet om, at den, der bestiller, også betaler, er der virkelig lagt op til gråzoneproblemer, som i værste fald betyder dårligere kvalitet for patienterne.

I det hele taget virker den finansieringsmodel, der ligger i strukturreformen, ikke hensigtsmæssig. Ud fra et ønske om at give kommunerne et større incitament til at forebygge har man konstrueret et kompliceret og bureaukratisk system med mange finansieringskilder i stedet for det nuværende meget enkle system, hvor det økonomiske ansvar er klart placeret. Dette medfører bl.a., at overskriften for dialogen mellem de kommende regioner og kommunerne meget let bliver økonomi, hvilket vil være en hæmsko for det samarbejdende sundhedsvæsen.

Så med strukturreformen er der spillet en stor udfordring videre til sygehusejerne og personalet på sygehuse. Det bliver afgørende, at vi sikrer, at reformen trods alt realiseres på en måde, så patienterne får den rigtige behandling af høj faglig kvalitet så lokalt som muligt. Specielt er det centralt at sikre, at forløbet for den store gruppe af patienter med en kronisk sygdom bliver håndteret rigtigt.

Kronikere

Der er i dag 1-1,5 mio. kronikere i Danmark. 80-85% af dem klarer stort set sig selv, 12-15% klarer sig med hjælp fra en

praktiserende læge, mens 2-3% jævnligt er i kontakt med sygehusvæsenet. Det forhold, at så mange som overhovedet muligt klarer sig uden at komme på sygehus, bør fortsættes og gerne udbygges. Sygehusenes rolle i denne forbindelse bliver at medvirke til at opkvalificere de praktiserende læger og kommunernes personale, ligesom sygehuspersonalet vil skulle fungere som konsulenter. Sygehuse kan også være med til at oprette sundhedsskoler f.eks. til astmapatienter med det mål at styrke patienternes evne til selv at kunne håndtere egen sygdom.

Hvordan kommunerne vil organisere deres indsats, afgøres lokalt. En mulighed kan måske være sundhedscentre. Det er et lokalt tilbud, der rummer flere fordele, men man risikerer, at det først og fremmest at blive et unødvendigt tilbud til de 80-85% af patienterne, der kan klare sig selv.

Uanset organisering og opkvalificering af den primære sundhedstjeneste vil der fortsat være en lille gruppe kronikere, hvis sygdom er så kompliceret, at sygehusvæsenet nødvendigvis kommer til at spille en væsentlig rolle i deres forløb. Det er i regi af sygehuset, at disse patienter får stillet deres diagnose og får en stor del af deres behandling. Det bliver dermed også sygehusvæsenets opgave at være med til at sikre, at disse patienter får et godt liv med deres sygdom. Sygehusvæsenet må i forhold til disse patienter være den primære garant for, at de får den rigtige støtte til at kunne håndtere deres sygdom.

Behandling i hjemmet

Sygehusvæsenet bør i forhold til de patienter, der skal behandles i sygehusregi, arbejde med på den udvikling, at en række funktioner - også af specialiseret art - i fremtiden vil kunne foregå i hjemmet. Som et eksempel på dette vil jeg pege på udviklingen i Canada, hvor patienter f.eks. hæmodialyseres hjemme overvåget fra et til tider fjertliggende sygehus. Denne udvikling er nok båret frem af Canadas geografi, men jeg mener udviklingen rummer så store fordele, at vi bør overføre det bedste også til vore små forhold.

Sygehusvæsenet skal tilsvarende styrke indsatsen i form af ekspertfunktioner, der udgår fra sygehuse, f.eks. i form af iltsygeplejersker. Man bør således generelt bevæge sig væk fra tankegangen om, at jo mere specialiseret en behandling er, jo længere væk fra hjemmet skal den foregå.

Den teknologiske udvikling bl.a. inden for telemedicin og pervasive computing vil gøre denne udvikling teknisk mulig. Endnu kender vi ikke fuldt ud perspektiverne i denne udvikling. En anden faktor, der gør udviklingen mulig, er, at en stigende del af befolkningen vil ønske og være klar til selv





Billede fra en visionsvideo.
Fremstillet af Center for Avanceret Visualisering og
Interaktion i it-byen Katrinebjerg.

at være ansvarlig for eget sygdomsforløb eller i hvert fald dele af det.

Der er flere fordele ved en sådan udvikling. Det vil skabe større tilfredshed hos patienterne og bewirke en mindre sygeliggørelse af dem. Der er for mig således ingen tvivl om, *at for en stor gruppe af patienter vil det, selv at have kontrollen over eget behandlingsforløb, øge livskvaliteten og også give et bedre klinisk forløb.*

I hvor høj grad patienten skal være ansvarlig for eget forløb, skal selvfølgelig differentieres. Men det bliver afgørende, at ansvaret for forløbet altid er placeret, og at patienter ved, hvem der er ansvarlig. Det betyder, at ledelsesbegrebet skal udvikles i de kommende år. Det bliver nødvendigt med en form for ledelse, der kan gå på tværs af specialer, faggrupper, sektorer osv., uden at vægten på den lægefaglige kvalitet går tabt. Det bliver en af fremtidens udfordringer.

Øget behandling i hjemmet vil også give mulighed for effektiviseringer, så der kan frigøres resurser til de mange andre tiltag, der presser på i sygehusvæsenet. Ligesom overgangen til øget dagkirurgi har givet store produktivitetstigninger i sygehusvæsenet i de seneste 5-10 år, tror og håber jeg, at en overgang til øget behandling i hjemmet vil kunne give produktivitetstigninger nogle år ud i fremtiden.

Samlet set bliver udfordringen for sygehusene som sundhedsvæsenets højt specialiserede funktion at levere den højt specialiserede indsats og at bruge den faglige ekspertise til at medvirke til, at så mange patienter som muligt ikke kommer på sygehuset. Med det mål for øje får sygehuspersonalet til opgave ikke kun løbende at udvikle egne kompetencer, men også at medvirke til kompetenceudvikling blandt andre grupper i sundhedsvæsenet.

Fremtidens sygehus

Fremtidens sygehuse ser jeg generelt som mere specialiserede end sygehusene i dag. Lokalsygehuset, der alene kan klare det meste i lokalsamfundet, er på vej væk. Der vil i lang tid være en del sygehuse med et relativt bredt udbud af basale undersøgelser og behandlinger og med akutmodtagelse. Avancerede behandlinger kræver dog efterhånden inddragelse af specialistkunnen inden for mange funktioner. Og akutbegrebet ændrer sig bl.a. som følge af den stadig mere avancerede præ-

hospital indsats. At nå frem til den rette ekspertise kan dermed blive vigtigere end transporttiden. Samtidig tror jeg, at et sygehus kun overlever i fremtiden, hvis det varetager en eller flere specialfunktioner. Et sygehus vil skulle dække et større område end sit naturlige optageområde med en eller flere behandlinger. Og det er vel at mærke ikke nok at have en enkelt person, der kan noget særligt. En specialfunktion varetages i et team, typisk med deltagelse af flere specialer, hvor alle er på et højt niveau inden for det pågældende område.

Eksemplet fra Canada viser også en anden tendens. Nemlig at patientbehandlingen i stigende grad vil kunne varetages eller måske rettere styres/overvåges af læger, der befinder sig på et andet sygehus end patienten. Jeg tror, at man på det enkelte sygehus kommer til at have alliancer med en række specialister på andre sygehuse eller specialklinikker, som man kan trække på, afhængigt af hvad patienten fejler. Selvfølgelig vil man fortsat i mange tilfælde skulle flytte patienterne, men i fremtidens sygehusvæsen må man være mere gearret til at trække på ekspertise long distance. Dette vil bl.a. være relevant ved behandlinger, hvor flere specialer er involveret, og hvor det derfor kan være vanskeligt at have den bedste ekspertise på alle felter samlet på det samme sygehus. Lægestanden skal altså blive god – eller jeg skulle måske sige endnu bedre – til at kende egne begrænsninger og trække på andres ekspertise i stort omfang. Og lægerne skal være klar til i stigende grad at skulle give faglig backup til læger på andre afdelinger og andre sygehuse og til sundhedspersonale



VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

i primærsektoren. En rolle, som enhver bagvagt er vant til, men som fremover skal udvides.

Fremtidsperspektivet er altså færre små sygehuse, en højere specialiseringsgrad på alle sygehuse og en høj grad af samarbejde på tværs af sygehuse og sektorer.

Et vigtigt element i dette øgede samarbejde bør være en elektronisk patientjournal, der dækker hele sundhedsvæsenet. En sådan journal kan være med til at sikre sammenhængende patientforløb på trods af den specialisering og atomisering, der præger sundhedsvæsenet. Journalen vil herunder kunne bruges som redskab til den faglige backup, som sygehuslægerne skal levere.

Forskning

I perspektiverne for fremtidens sygehusvæsen er det afgørende at styrke forskningen. Det er afgørende, fordi der i stigende grad stilles krav om dokumentation for de behandlinger og undersøgelser, der tilbydes. Begrænsede resurser og flere private udbydere af sundhedsydelser skærper behovet for et godt grundlag for de politiske prioriteringer i sundhedsvæsenet.

Udviklingen i retning af mere behandling i hjemmet samt en større specialisering af de enkelte sygehuse kræver desuden, at forskningsindsatsen styrkes både på og uden for universitets-sygehuse. Det skal således sikres, at man udnytter det forskningspotentiale, der vil være på de specialiserede afdelinger uden for universitetshospitalet og i feltet mellem praktiserende læger, sygehuspersonale og hjemmeplejen. Som en del af dette

Danmark før og efter strukturreformen.



Behandling i hjemmet.

og for at styrke bestræbelserne på at skabe sammenhængende patientforløb skal sundhedstjenesteforskningen også styrkes.

Storsygehuset

Jeg er modstander af storsygehuse. Samtidig mener jeg imidlertid, at de nye ideer og den nye viden, der skal bringe sundhedsvidenskaben og dermed sundhedsvæsenet fremad, i høj grad opstår i samspillet mellem specialer. For en række patienter med et kompliceret forløb er muligheden for et tæt samspil mellem flere specialer også en stor fordel. Derfor arbejder vi i Århus Amt med en masterplan, der sigter på en fysisk samling af specialer og funktioner. Med masterplanen ønsker vi i Århus Amt at finde en alternativ organisering, der tilgodeser hensynet til den faglige udvikling og til patienterne, men hvor man undgår de ledelsesmæssige problemer, der let opstår ved et storsygehus. Svaret på dette er at skabe et antal sygehuse i sygehuset. Det vil sige en fysisk, men ikke en ledelsesmæssig samling.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Jeg vil fremhæve min frygt for, at den sundhedsfremmende og forebyggende indsats som en særskilt konsekvens af strukturreformen svækkes væsentligt. Regeringen har med sit udspil om at lægge det område ud til kommunerne helt under vurderet opgaven. Ingen, der kender noget til området, kan være i tvivl om, at hvis forebyggelse og sundhedsfremme skal lykkes, kræver det udvikling og forskning på højt plan samt et langsigtet helhedsperspektiv.

Livsstil er en af de vigtigste faktorer i forhold til befolkningens sundhed, og livsstil har generelt vist sig at være særdeles vanskelig at påvirke. Derfor er det helt afgørende, at den indsats, amterne har igangsat på området, fortsættes og styrkes. Kommunerne må meget gerne hjælpe med og gøre det jo også i dag - økonomiske incitamenter eller ej, men de vil vedblive med at være for små til at skabe en velfunderet udvikling på området og dermed til at løfte opgaven selv. Og deres indsats vil let blive skæv, fordi de økonomiske inci-



tamenter, kommunerne har fået til at forebygge, ikke motiverer til en langsigtet indsats. Incitamentene motiverer derimod til at gå ind på områder, hvor der er en hurtig og sikker gevinst i form af faldende sygehusforbrug. Eksempelvis kan en kommune ikke regne med en økonomisk gevinst ved at påvirke unge til ikke at begynde at ryge.

Jeg vil gøre mit til, at sygehuse fortsat og gerne i stigende omfang satser på forebyggelse og sundhedsfremme. Sygehusvæsenet har særlige muligheder for forskning og udvikling inden for området og for på en række områder at yde en indsats, der ikke kan erstattes af kommunale tiltag.

Konklusion

Jeg har her i efteråret været i Tyskland for på Århus Amts

vegne at modtage Carl Bertelsmann-prisen. Amtet modtog prisen for at være den bedste offentlige virksomhed i Europa, når det gælder om at udvikle og effektivisere den offentlige sektor. Jeg tror imidlertid også, at prisen er udtryk for, at man i Tyskland er imponeret over den måde, den offentlige sektor og det offentlige sundhedsvæsen i Danmark er drevet på.

Med strukturreformen lægger man op til at gentage nogle af de fejltrin, man ser rundt omkring i sygehusvæsenet i andre lande. Jeg vil gøre mit til, at strukturreformen realiseres på en måde, så den offentlige sektor i Danmark og ikke mindst i Region Midtjylland fortsat vil kunne imponere i udlandet.

Korrespondance: Johannes Flensted Jessen, Amtsgården, Lysegn Allé 1, DK-8270 Højbjerg. E-mail: hl@ag.aaa.dk

Sygehusdirektørens visioner om fremtidig sygehusplanlægning

Sygehusdirektør Bo Jessen

Diagnostik og behandling af patienter vil også i fremtiden være sygehusenes primære opgave, men sygehuset som organisation vil ændre sig fra at være en velafgrænset, fysisk matricel i dag til at blive en »grænseoverskridende« organisation med funktioner ud i de tilgrænsende sundhedssektorer og ikke mindst ud i patienternes hjem.

Begreber som telemedicin, fjernovervågning af patienter og udadgående team, der støtter behandlingen af patienterne i hjemmet, er hastigt på vej frem.

Inden for murene ser de senere års udvikling i retning af øget ambulans behandling og brug af patienthoteller ej heller ud til at stoppe.

I modsat retning trækker udviklingen i behandlingsmetoderne, herunder udbuddet af ny, dyr medicin og kompleks kirurgi, der radikalt forøger behandlingsmulighederne for især de tunge patientgrupper, som f.eks. cancerpatienterne. For sygehuset som fysisk enhed skaber ovenstående udvikling væsentlige udfordringer for fremtiden:

- færre, men langt tungere indlagte patienter
- kraftig øgning af diagnostisk udstyr
- komplekse patientforløb, hvor mange specialer skal involveres i forløbet
- øget ambulans kapacitet
- udvikling af en organisation, der kan indarbejde de mange udadgående funktioner

Kommende generationer vil endvidere stille større krav til de fysiske rammer.

Det er så her, jeg vil trække min kæphest af stalden – den er jysk og nok lidt kantet af statur: Efter 20 års tjeneste i sygehusvæsenet må jeg konstatere, at de danske sygehuses arkitektur og fysiske indretning er for dårlig og helt ude af trit med den høje faglige standard, vi heldigvis kan tilbyde patienterne. De nyeste sygehuse er på dette punkt ikke meget bedre end de ældre. Forholdet mellem den faglige kvalitet og den bygningsmæssige kvalitet på sygehuse svarer til, at Illums Bolighus ville udstille sine møbler og lamper i en udtjent staldbygning. Netto-lavprisvarehuset er et andet godt eksempel, hvor de tarvelige lokaler og indretningen netop bevidst understreger, at her får du som kunde ikke den bedste kvalitet, men at det først og fremmest gælder om at være billig.

Spørgsmålet er dermed, hvad det er for et signal, vi sender til patienterne og de pårørende med vores lange trøstesløse gangarealer, de hvide, næsten kunstløse vægge, den triste standardbelysning, de slidte møbler og i det hele taget manglen på omtanke og omsorg for, hvorledes de fysiske rammer påvirker de syge, som vi har påtaget os ansvaret for at helbrede?

Selvfølgelig er det afgørende den medicinske behandlingskvalitet, vi har at tilbyde i kraft af vores dygtige personale og moderne udstyr. Men næsteften det har det beviseligt i sig selv en betydning, at patienterne føler sig i trygge og livsberokraftende omgivelser. Betydningen af lysindfald, farver, belysning og kunstudsmykning blev faktisk allerede fremhævet