

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
sum@sum.dk

Østerbro 30-07-2024

Høring af Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Lungeforeningen takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Lungeforeningen vil gerne rose kommissionen for deres grundige og omfattende arbejde med anbefalingerne til en ny struktur for sundhedsvæsenet og er enige i behovet for at få gjort noget ved udfordringerne med usammenhængende patientforløb, ubalancen mellem det primære og det sekundære sundhedsvæsen og den geografiske og sociale ulighed i sundhed.

400.000 danskere har lungesygdommen KOL, men kun omkring halvdelen ved det, fordi patienterne findes for sent i deres sygdomsforløb. Det er et stort problem, da KOL er en sygdom med høj dødelighed. Sygdommen er årsag til 10 dødsfald om dagen, og den enkeltsygdom flest danskere dør af. KOL er den sygdom, der giver størst tab af livskvalitet. Det fører ofte til ensomhed og psykiske lidelser som angst og depression. Hertil kommer, at KOL også er den enkeltsygdom, der bidrager mest til social ulighed i sundhed i Danmark. Men sådan behøver det ikke at blive ved med at være. Det er hverken specielt dyrt eller kompliceret at gøre det langt bedre, end vi har gjort de sidste mange år, og her ser vi kommissionens anbefalinger som en vej til at rette op den ulighed i sundhed, som patienter med KOL oplever, og sikre bedre livskvalitet med færre forværringer og indlæggelser til følge.

Vi mener ligesom kommissionen, at der er et grundlæggende behov for at styrke det nære sundhedsvæsen og sikre, at flere kan modtage behandling og pleje tæt på eller hvor de bor, og at det sikres, at alle patienter får lige adgang til sundhed og der skabes bedre sammenhæng i patientforløbet.

Vores hovedbudskaber i høringssvaret er:

- Lungeforeningen støtter forslaget om, at fordelingen af læger geografisk og på tværs af sygehuse bliver tilpasset. De specialiserede afdelinger skal være få, stærke, have døgndækning, og understøtte primærsektoren.
- Lungeforeningen efterlyser et *grundpakkeforløb*, som kræft- og hjertepatienter tilbydes. *Grundpakken* for KOL-patienter og formodede KOL-patienter skal indeholde tidlig opsporing, medicinering, rehabilitering samt tilbud om tobaksafvænnning. Ansvar for opsporing og behandling skal placeres hos de praktiserende læger.

- Lungeforeningen ønsker, at alle lungepatienter i hele landet tilbydes mulighed for at døgndækket hjemmebehandling, som projektet Precare i Odsherred Kommune.
- Lungeforeningen savner fokus på forebyggelse i udspillet. Vi mener, at der skal gøres langt mere for at sikre, at flere stopper og færre begynder at bruge tobaks- og nikotinprodukter. Øgede priser, øget oplysning om rygestoptilbuddene samt mulighed for at få tilskud til rygestopmedicin.

Sundhedsstrukturkommissionen har opstillet seks tværfaglige anbefalinger med tilhørende forslag, som vi vil kommentere mere detaljeret på i det efterfølgende.

Anbefaling 1: Kapacitetsudvidelse af det almenmedicinske tilbud

Hovedparten af patienterne med lungesygdomme følges i almen praksis med de praktiserende læger som tovholdere, men vores medlemmer oplever en presset sektor, hvor der i mindre grad er fokus og tid til at finde patienterne tidligt i deres sygdomsforløb og i højere grad er fokus på at behandle de symptomer, patienterne kommer med.

En styrkelse af det almenmedicinske tilbud er derfor helt nødvendigt, så patienterne findes tidligere i deres sygdomsforløb, kommer i behandling og kan leve et bedre og længere liv med deres sygdom med færre indlæggelser til følge. Lægernes samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og kommunerne skal forbedres.

Lungeforeningen præsenterede sidste år en plan med 16 konkrete forslag til at forbedre forebyggelsen, diagnostikken, behandlingen og pleje af patienter med KOL¹, som også havde fokus på de praktiserende lægers rolle og ansvar og mange af elementer i Lungeforeningens KOL-plan flugter godt med de tiltag som Strukturkommissionen foreslår i deres anbefalinger.

Vores medlemmer oplever, at det indimellem er svært at komme til hos lægen eller, at det lægetilbud, der er i deres landsdel, er ringere end andre steder, hvorfor vi bifalder, at kapacitet og kompetencer udbygges i det nære sundhedsvæsen, som der lægges op til i forslag 1. Det vil også være med til at sikre bedre geografisk lighed.

Vi støtter, at der fastlægges en national opgavebeskrivelse for det almenmedicinske tilbud. Der skal særlig fokus på tilgængelighed, vejledning og rådgivning, og samlet set, kan det være besparende, da vi undgår unødvendige akutbesøg eller kontakter til 1813.

Vi er også tilfredse med, at lægerne skal have differentierede patientantal på baggrund af behandlingsbehovet. Det kan fremme en bedre behandling for vores medlemsgruppe. De nuværende kronikerhonorarer medfører, at lægen får et fast honorar, uanset om hun ser

patienten eller ej. Mennesker med kronisk sygdom og eventuelle andre sygdomme kræver tid fra lægen, og det kan differentieret patientantal være med til at sikre. Samtidig er det vigtigt, at patientens læge bliver tovholder i patientforløbet, så helheden omkring patienten afdækkes og nye planer lægges. Det er essentielt, at samarbejdet mellem almen praksis, hospitalerne og kommunale sundhedsfremmende tilbud forbedres.

Med differentierede patientantal vil lægen have bedre tid til at se sine patienter med kroniske sygdomme og sikre langt bedre behandlingsforløb. En forenklet honorarstruktur kan gavne patienten med lungesygdomme og sikre, at der indarbejdes incitament til at finde patienter tidligt i deres sygdomsforløb.

Databaseret kvalitetsudvikling vil kunne bidrage til en forbedret opgaveløsning, og vi har allerede set eksempler på, hvordan det kan gøres i kvalitetsklyngerne i almen praksis, hvor der er udviklet specifikke forløb omhandlende KOL-patienter. Desværre bruges de kun i begrænset omfang.

Anbefaling 2: Ny organisering for digitalisering og data

Sundhedsvæsenet skal blive bedre til at dele relevante data med hinanden og med patienterne. Derfor er vi meget tilfredse med kommissionens anbefaling om digitalisering og data. Samtykkereglerne er i udgangspunktet fornuftige, dog kan det være relevant at få undersøgt om muligheden for at give et samlet samtykke til deling af data. Der skal udarbejdes en styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data, og dermed et digitalt kædeansvar mellem aktørerne. Vi støtter en samlet national organisation, da vi desværre har set mange eksempler på, at der udvikles lokale løsninger på samme udfordringer, senest illustreret på lungeområdet med udrulningen af tele-KOL, som er forskellig fra region til region, selvom patientbehovet er det samme uanset, hvor du bor.

Når et hospital eller almen praksis har udført en lungefunktionsmåling på en patient, skal resultaterne tilføjes automatisk til patientens journal og være synlige for alle behandlende dele af sundhedsvæsenet. På den måde undgås dobbeltmålinger med den gene, det har for patienterne og sundhedspersonalets tid bruges også mere optimalt. Dette skal også være muligt for de telemedicinske løsninger fra eget hjem. Alle behandlere skal have adgang til de nyeste målinger og data. Tilsvarende bør det være muligt at tilgå let tilgængelig digital information fra kommunen om KOL-rehabilitering, herunder også om rygestop i kommunalt regi. Patienternes forløbsplaner er et oplagt sted at samle de mange data.

Vi håber, at kommissionens forslag om en ny organisering af arbejdet med digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet kan medvirke til et tættere samarbejde mellem kommunerne, almen praksis og hospitalerne. Datadeling i sundhedsvæsenet har været

en udfordring i mange år. En ny overordnet organisering kan være fornuftig, men set fra patienternes perspektiv, har de brug for kun at fortælle deres historie én gang, så de kan bruge deres kræfter bedst muligt.

Lungeforeningen er opmærksomhed på at monitorering af indberettede data kan kræve mange ressourcer, og digitale løsninger skal være en del af de arbejdsgange som allerede findes, så de eksisterende arbejdsgange udnyttes bedre.

Anbefaling 3: Tilpasning af ressourcer mellem primær/sekundær sektor og geografisk

Styrkelse af det nære sundhedsvæsen er helt nødvendigt, da patienterne med lungesygdomme diagnosticeres og behandles her, og gruppen af patienter med kroniske sygdomme stiger de kommende år. Sygehusene skal have en stærkere rolle i at understøtte udviklingen af det primære sundhedsvæsen, hvor særligt muligheden for sparring mellem sektorerne vil være værdifuldt. Når sygehusene rykker ud fra hospitalet og bidrager i det nære, skal ansvaret for patienten placeres hos de praktiserende læger, så lægen bruger sparringen med det øvrige sundhedsvæsen til at være en reel tovholder for patienten i sundhedssystemet. Herved sikres fortløbende og hurtigere kompetenceudvikling, da stort set al ny behandlingsmæssig viden kommer fra specialerne.

Fordelingen af læger geografisk og på tværs af sygehuse skal tilpasses. Der er behov for færre, men stærkere specialafdelinger på lungeområdet. Det vil gøre det lettere at tiltrække kvalificerede læger og sygeplejersker.

Der skal udvikles kvalitetsstandarder som stiller krav til samarbejdet i det primære sundhedsvæsen og styrker monitoreringen. Konkret vil vi foreslå, at man lader sig inspirere af succesen på kræftområdet og indfører *grundpakker* for alle kroniske sygdomme, herunder lungesygdommen KOL. En *grundpakke* bør indeholde elementer, der sikrer, at patienterne får deres diagnose tidligt i deres sygdomsforløb. Det er desværre ikke tilfældet i dag. Det kan bl.a. ske ved at sygehusene bliver opmærksomme på patienter, der indlægges med tegn på lungesygdom og udskriver dem med en henvisning til at få undersøgt lungerne ved den praktiserende læge. Tilsvarende bør de praktiserende læger også blive mere opmærksomme på de patienter, der har tegn på lungesygdom og få dem undersøgt og diagnosticeret tidligt. Når diagnosen er stillet, er det vigtigt, at der er et klart skitseret forløb for patienten med rehabilitering i kommunen, indeholdende rygestoptilbud og træning, hvis det er relevant og løbende opfølgning i almen praksis. Efter endt rehabilitering kan de gode vaner og motivationen fastholdes, hvis der etableres en god overgang til civilsamfundet og de tilbud, de har.

Hjemmebehandling kan være et godt supplement til den generelle behandling og skal tilbydes til alle patienter og gerne være en del af *grundpakkerne*. Ordningen PreCare-KOL fra Region Sjælland er et godt eksempel herpå og et tilsvarende setup bør udbredes til en landsdækkende ordning, så den kan komme alle patienter med KOL til gavn og medvirke til mere tryghed og viden om egen sygdom, mindre transport, men også færre indlæggelser på hospitalerne. Når vi udruller tilbud til borgerne i hjemmet, er det dog vigtigt, at vi sikrer, at der følger tilgængeligt rådgivende sundhedspersonale med, for netop det at have mulighed for at ringe til en sygeplejerske ved en begyndende forværring, skaber tryghed uden, at det koster mange ressourcer. PreCare-KOL-ordningen er et godt eksempel på, at der udvikles indsatser uden for sygehuset og som samtidig forebygger indlæggelser.

Vi bifalder, at man vil styre videreuddannelsen af læger og sikre, at der kommer flere læger til områderne uden for universitetshospitalerne.

Forskningen skal målrettes det primære sundhedsvæsen - både i forhold til indsatserne i almen praksis, i forhold til behandling i hjemmet og de indsatser der sker i kommunerne – i det hele taget at sikre sammenhæng på tværs.

Anbefaling 4: Psykiatrien integreres med det samlede sygehusvæsen

Vi støtter, at der sikres nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter. Mange patienter med lungesygdomme udvikler samtidige psykiske sygdomme, som f.eks. angst eller depression, og da mange patienter med psykisk sygdom desværre også har KOL, kan deres psykiske sygdom ofte skygge for en diagnosticering af en somatisk lungesygdom. Der er stor angst forbundet med, at man ikke kan få vejret, og man frygter at skulle dø, og derfor er det positivt, at der lægges op til, at der sikres nemmere adgang til psykiatriske kompetencer for somatiske patienter.

Anbefaling 5: Effektiv brug af speciallægeressourcer

Vi bifalder, at alle patienter sikres lettere adgang til speciallægeressourcer i alle dele af landet. Der skal en ændret geografisk fordeling til og effektiv brug af speciallægetilbuddet i Danmark, samt sikring af, at patienter med størst behov prioriteres først.

Anbefaling 6: Oprettelse af reformsekretariat

Vi bifalder og forstår Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at der oprettes et sekretariat, der kan følge op på implementeringen af planen. Vi har i forskellige sammenhænge set forskellige tilbud udrullet uden opfølgning og oplevet, at de tiltag, der var aftalt, ikke havde den ønskede effekt, simpelt hen fordi der manglede opfølgning.

Strukturmodeller og opgavesamling

Vi har valgt ikke at komme med en anbefaling om, hvilken af de tre konkrete strukturmodeller eller hvilken opgavesamling, vi anbefaler, da vi mener, at en ændret forvaltningsstruktur ikke i sig selv kan sikre bedre sammenhæng og ensartet kvalitet for patienterne. Vi mener, at den bedste løsning til at sikre dette er, at der udarbejdes *grundpakkeforløb* for kroniske patienter, herunder patienterne med KOL.

Værdien heraf har vi set på kræftområdet, og bør udrulles uanset, hvilken struktur, der bliver på sundhedsområdet. *Grundpakkerne* og tilhørende krav som fx kvalitetsstandarder og patientrettigheder vil være det bedste middel til at løse udfordringerne med sammenhæng i patientforløb og ulighed i sundhed, som er vigtigst for patienterne.

På linje med Danske Patienter mener vi, at hvis ønsket er at sikre mere sammenhæng, så kræver det en stor opgavesamling, hvor ansvaret for drift og udvikling af hele kæden på sundheds- og ældreområdet, inklusivt plejehjem, bliver samlet under samme myndighed.

Mangler fokus på forebyggelse

Udspillet har rigtig mange styrker, men vi savner et fokus på forebyggelse. Der var mange oplagte muligheder for at bringe forebyggelse i spil for kommissionen, blandt andet kunne man på linje med at samle ansvaret for IT- og data-udviklingen have samlet forebyggelsesområdet og sat fokus på dette vigtige område.

Vi mener, at der skal gøres langt mere for at sikre, at flere stopper og færre begynder at bruge tobaks- og nikotinprodukter. Det kan f.eks. ske med øgede priser samtidig med, at der sker øget oplysning om rygestoptilbuddene i Danmark og deres gode effekt kombineret med muligheden for at få tilskud til rygestopmedicin.

Det håber vi, at politikerne vil have blik for, når deres udspil til en ny sundhedsreform kommer.

Lungeforeningen bidrager gerne yderligere og skulle vores høringssvar medføre spørgsmål eller ønske om en yderligere drøftelse, står vi naturligvis til rådighed.

Med venlig hilsen



Ann Leistiko, direktør i Lungeforeningen