



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Høringsvar vedrørende Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.

Indsendt af Dansk Samfundsmedicinsk Selskab pr. email til sum@sum.dk

Indledning

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS) takker for muligheden for at kommentere på Sundhedsstrukturkommissionens rapport.

DASAMS repræsenterer læger, der arbejder inden for det samfundsmedicinske felt og har en særlig position i det danske sundhedsvæsen, idet selskabets medlemmer besidder omfattende viden og erfaring om sundhedsvæsenets indretning og udfordringer på både statsligt, regionalt og kommunalt niveau. Selskabet har særlig viden og erfaring med organisation, kvalitetssikring, patientsikkerhed og ulighed i sundhed på både patient-, gruppe-, organisations- og samfundsniveau. Samfundsmedicinske læger har bl.a. et særligt fokus på de dele af befolkningen, der ofte "falder mellem stolene" i sundhedsvæsenet. En kernefunktion i det samfundsmedicinske speciale er rådgivning, vejledning og samarbejde med sundhedsvæsenets forskellige sektorer og tilgrænsende områder. Faglig myndighedsudøvelse f.eks. i forhold til patientsikkerhed og specialeplanlægning indgår også som del af specialelets arbejdsområder.

DASAMS fremsender hermed selskabets bemærkninger til den foreliggende rapport med særligt fokus på kommissoriets afgrænsning og deraf følgende begrænsninger, samt hovedrapportens analyser, konklusioner og anbefalinger.

Vi vil påpege, at høringsfristen hen over sommerperioden risikerer generelt at resultere i færre og mindre kvalificerede høringssvar, hvilket kan betyde, at relevante stemmer i samfundet ikke bliver hørt forud for vigtige politiske beslutninger. Det anbefales, at der tages højde for dette i planlægningen af den videre proces.

Selskabet vil indledningsvis gøre opmærksom på, at en strukturreform, uanset udformning, indebærer en risiko for at skabe såvel forudsigelige som uforudsigelige nye problemer og udfordringer. Samtidig belyses der vigtige problemer, der skal løses for at fremtidssikre sundhedsvæsenet. En afvejning af fordele og ulemper ved en valgt model er derfor vigtig.

Kommissionen har med den foreliggende rapport ydet et meget stort og imponerende arbejde inden for rammerne af det givne kommissorium og den givne tidsramme. Der er lavet en række analyser af det nuværende sundhedsvæsenes aktuelle udfordringer, som selskabet kan tilslutte sig. Selskabet finder dog, at der mangler viden og evidens for effekten af de anbefalede løsningsmodeller. Dette kan føre til utilsigtede konsekvenser, modstand fra interessenter og vanskeligheder med at evaluere ændringernes effektivitet. Selskabet er bevidst om, at politiske beslutninger sjældent kan baseres på evidens, men vi anbefaler, at hele processen med eventuelle betydelige ændringer i sundhedsvæsenet følges af gennemsigtige og systematiske metoder til udvikling, løbende justeringer og evaluering af de valgte organisatoriske eller strukturelle løsninger. Dette forudsætter endvidere, at de grupper, herunder patienter, borgere og fagprofessionelle, der skal deltage i realiseringen af ændringerne og den fremtidige drift, oplever ændringerne som relevante og meningsfulde, og at de derfor inkluderes og understøttes i indflydelse i den fremtidige proces.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Overordnede og generelle bemærkninger til kommissionens rapport

Selskabet kan tilslutte sig kommissionens generelle vurdering af, at Danmark har et godt og i international sammenligning velfungerende sundhedsvæsen, hvor ryggraden er et velkvalificeret og veluddannet personale, som alle bidrager til at give patienterne den fagligt bedst mulige behandling, pleje og omsorg inden for de rammer, som er politisk fastsatte. Udviklingen i de seneste årtier med øget specialisering og centralisering i sygehusvæsenet har haft til formål at optimere diagnostik og behandling, hvilket i vidt omfang er lykkedes og har bidraget til store forbedringer af behandlingskvaliteten for patienterne.

DASAMS finder i den sammenhæng at det er afgørende at fastholde og videreudvikle de markante forbedringer og resultater, man har opnået i det danske sundhedsvæsen på baggrund af 2007- reformen. Et meget væsentligt element i denne forbindelse har været etableringen af den nationale specialeplanlægning i Sundhedsstyrelsens faglige regi.

Selskabet er fuldt enig i kommissionens analyse af, at udviklingen i det primære sundhedsvæsen, i almen praksis og kommunerne, er gået væsentligt langsommere. Der er i dag store udfordringer i det primære sundhedsvæsen, som vil blive endnu større med den demografiske udvikling. Selskabet støtter således fuldt ud, at der er behov for en betydelig styrkelse af det primære sundhedsvæsen.

Selskabet er enig i de hensyn for sundhedsvæsenet, som kommissionen fremsætter (sammenfatning s. 11 og tabel 6.1 side 131), ligesom selskabets medlemmer i deres daglige arbejde på tværs af de nuværende sektorer fuldt ud mærker konsekvenserne af de stigende udfordringer med social og geografisk ulighed i sundhed. Det er imidlertid afgørende, at initiativer til at løse disse udfordringer ikke indebærer, at man sætter de opbyggede gevinster over styr. Reelle ændringer i sundhedsvæsenet kræver både tilstrækkelig tid og tilførelse af ressourcer som på trods af de begrænsninger, kommissionen er pålagt, ikke kan udelades.

Kommissionens pålagte begrænsninger

Selskabet ser væsentlige begrænsninger i de rammer, som er blevet sat for kommissionens arbejde. Begrænsninger, som bør tages i betragtning, når man laver konklusioner og prioriteringer for fremtidens sundhedsvæsen i Danmark. Kommissionen er i kommissoriet således pålagt en række specifikke begrænsninger samt udvalgte sigtelinjer, som kan påvirke deres vurderinger og analyser med hensyn til modelforslag, herunder:

- **Kommunernes styreform og geografiske afgrænsninger**
Kommissionen må ikke anfægte dette eller dermed antallet af kommuner, selv hvis analyser viser, at de ikke er fagligt eller organisatorisk bæredygtige.
- **Udgiftsneutralitet og personalekapacitet**
Forslagene fra kommissionen skal være udgiftsneutrale og må ikke medføre øget træk på personalekapaciteten. Dette forbud mod at påpege behovet for ekstra ressourcer resulterer bl.a. i en vag beskrivelse af ressourcudfordringerne, som gennemgående holder sig til at tale om ubalance mellem sygehusvæsenets og primærområdets andele af den samlede økonomi. Herved forbigås og usynliggøres, at problemerne ikke alene kan løses ved at flytte rundt på økonomien og personalet mellem sektorer.

Selskabet ønsker herudover at påpege at der gennemgående er en konsensus om, at primærområdet kan og skal overtage flere opgaver fra sygehusvæsenet. Kommissionen anbefaler, at ansvaret for patienter med længerevarende sygdomme i højere grad skal varetages af almen praksis, mens sygehusene skal understøtte udviklingen af primærsektoren for at reducere behovet for sygehusindlæggelser. Samtidig understreges behovet for at fastholde kvaliteten på sygehusene, så de kan behandle akut og alvorlig sygdom effektivt. DASAMS har stor tiltro til det primære sundhedsvæsens evne til at varetage opgaven. DASAMS skal påpege behovet for at undersøge og planlægge denne fremtidige organisering og omlægning af indsatser baseret på bedste foreliggende og opnåelige viden.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Et andet vigtigt aspekt er kommissionens fokus på ældre multisyge kronikere, mens behovene for mennesker generelt med nedsat funktionsevne som følge af fysisk, psykisk eller anden mental funktionsnedsættelse ikke adresseres tilstrækkeligt. Forventningerne om en højere grad af multisygdom blandt ældre må ikke føre til, at behovene for kvalitetsydelse til andre befolkningsgrupper ignoreres. Der mangler således relevante overvejelser, epidemiologiske undersøgelser og prognoser for fremtidens samlede sundhedsbehov.

DASAMS opfordrer til opmærksomhed på disse begrænsninger og forudfattede præmisser, når der træffes beslutninger om fremtidens sundhedsvæsen i Danmark. Alle ændringer bør sigte mod at gavne patienterne og sundhedsvæsenet som helhed samt adressere behovene for alle patientgrupper og bør derfor også inddrage lægefagligt begrundede vurderinger af fremtidige behov og muligheder for f.eks. helbredelse, overlevelse og bedre funktionsevne og livskvalitet via ny diagnostik, nye behandlingsmetoder og rehabilitering. I den forbindelse er kliniske lægefaglige vurderinger og prognoser centrale.

Kommentarer til kommissionens fremhævelse af udfordringer:

DASAMS vil fremhæve, at mange af de udfordringer, kommissionen påpeger, som ulighed i sundhed og manglende sammenhæng i patientforløb, ikke er nye.

Ulighed i sundhed er et veldokumenteret problem, som har været beskrevet i levevilkårsundersøgelser siden 1980'erne. Det er velbelyst, at socialgrupper med dårlig uddannelse, lav indtægt, ringe indflydelse på eget arbejde, ringe boligforhold samt ringe indflydelse i samfundet har den største sygelighed både fysisk og psykisk, herunder også forskelle i levealder og dødelighed. Mere nyt er det, at denne ulighed har været voksende gennem den senere årrække, og at den generelle bevægelse mod de større byer og affolkningen af især mindre landkommuner for folk i erhvervsaktiv alder har medført en særlig geografisk og aldersmæssig skævhed og udfordring bl.a. i forhold til sundhed.

Manglende sammenhæng i patientforløb over sektorgrænser er også velkendt og har tidligere været beskrevet med udtryk som "Bermudatreakanten" og "mellem to stole". Dette kan næppe kun tilskrives en stigende specialisering, men også andre årsager.

DASAMS understreger, at ulighed i sundhed og manglende sammenhæng i patientforløb er multifaktorielle problemer og kræver strukturer, der understøtter interdisciplinært samarbejde med tid og ressourcer til at fokusere på den enkelte patients samlede situation og behov.

Uløste problemer fra strukturreformen i 2007

DASAMS vil henlede opmærksomheden på, at en del af de u hensigtsmæssigheder, der opstod i forbindelse med strukturreformen 2007, stadig ikke er blevet løst tilfredsstillende. Dette inkluderer den store overførsel af tidligere amtslige eller tværamtslige sociale og sundhedsmæssige opgaver til kommunerne, især på det såkaldte specialiserede socialområde, herunder psykiatri og en lang række andre tilbud og institutioner på handicapområdet. Kommissionen adresserer nogle udfordringer på psykiatriområdet, men der savnes i høj grad overvejelser og forslag fra kommissionen til det øvrige specialiserede socialområde. Det har været en del af kommissionens opgave også at se på nærliggende områder og dette er et af eksemplerne på, at kommissionen har haft en for snæver tilgang. En lang række sårbare grupper herunder mennesker med fysisk og psykisk handicap, misbrug mv. har behov for en national specialeplanlægning svarende til sundhedsområdet, der tager hensyn til målgruppernes volumen, kompleksitet og ressourcebehov. Der er som påpeget af relevante organisationer på området foregået en decideret afspecialisering og tab af specialistkompetencer på området, selvom behovet for en kvalificeret indsats i koordineret samarbejde med sundhedsvæsenet bl.a. med det specialiserede sygehusvæsen, herunder højt specialiserede funktioner, er uændret eller stigende. Dette er bl.a. på baggrund af den historiske betingede skelnen mellem handicap og sygdom og den dermed forbundne lovgivning medfører mangel på sammenhæng i indsatsen og kvaliteten for meget store grupper, som samtidig opfattes hhv. som borgere eller patienter. Det forekommer oplagt at dette helt relevant må placeres som en opgave, der samles i bæredygtige specialiserede enheder f.eks. i regionalt



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



regi i en tilsvarende konstruktion som socialmedicin, hvor regionerne aktuelt leverer specialiseret rådgivning til de kommunale beskæftigelsesindsatser.

Anfægtning af konklusion om misbrugsområdet:

Derudover vil DASAMS anfægte kommissionens vurdering af, at misbrugsindsatsen ikke er et centralt led af den løbende omstilling af sundhedsvæsenet (s. 315). Dette område behandler nogle af de dårligst stillede borgere i Danmark, som kræver et stærkt samarbejde mellem sundheds- og socialområdet. Misbrug er en kompleks helbredsrelateret tilstand, og det kan ikke udelukkende ses om en social udfordring. Ydermere er netop sammenhængen – eller mangel på samme – mellem sundhedsvæsenet og misbrugsbehandlingen et stort dagligt problem på sygehusene, eftersom en hel del af afusionerne varetages under indlæggelse. Misbrugsområdet fortjener at blive prioriteret og fuldt inkluderet i det danske sundhedsvæsen med lovgivning og strukturer, som understøtter det tværfaglige samarbejde omkring denne gruppe borgere.

Specifikke kommentarer og opmærksomhedspunkter til kommissionens rapport:

Ambition om nedbringelse af social ulighed i sundhed: Selskabet vil fremhæve og anerkende ambitionen om at sikre bedre lighed som et delelement for en samlet kvalitet i sundhedsvæsenet. Lige adgang til behandling er allerede lovmæssigt sikret i den nuværende sundhedslov, men social ulighed er et multifaktorielt problem som kræver multifaktorielle løsninger. Som nævnt i næste punkt er forebyggelse helt central i den sammenhæng, men vi skal derudover forhindre at fremtidens sundhedsvæsen forstærker den sociale ulighed i sundhed. Derfor er det afgørende ikke blot at sikre lige adgang til diagnostik og behandling, men også lige mulighed for deltagelse og mulighed for at drage udbytte af behandlingsindsatser. Som kommissionen påpeger, kræver dette differentierede behandlingsindsatser, hvor borgere med høj sundhedskompetence tilbydes digitalt understøttede indsatser og færre kontroller, mens borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed får en mere håndholdt indsats, og gerne så geografisk tæt på som fagligt muligt og forsvarligt.

Manglende fokus på primær og strukturel forebyggelse: Mange af de faktorer som kan forklare social ulighed i sundhed, ligger før kontakten med sundhedsvæsenet i bredere forebyggende samfundsmæssige indsatser, der ikke kun vedrører sundhedsområdet, men også bl.a. børne-, undervisnings-, trafik-, social- og beskæftigelsesområdet. I den sammenhæng vil DASAMS gerne henlede opmærksomheden på, at kommissionen på intet tidspunkt har fokus på de vigtige elementer, som ligger inden for primær og strukturel forebyggelse. Fokus på forebyggelse af, at sygdom opstår, bør være en meget væsentlig hjørnesteen i fremtidens sundhedsvæsen. Med 2007 kommunalreformen blev alle hidtidige, bredt sammensatte forebyggelsesråd nedlagt i amtskommuner og kommuner med henvisning til bl.a. at forebyggelsen vidtgående var blevet henlagt til kommunerne. Vi må nu samlet set konkludere at sundhedsfremme og forebyggelse lige siden er blevet forsømt og derfor bør det synliggøres som en afgørende prioritering både politisk og organisatorisk i en eventuel omstrukturering af sundhedsvæsenet.

Kvalitet kontra nærhed: Let adgang til kvalificerede sundhedsydelser er væsentligt, men i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen er det vigtigt at hensynet til kvalitet vægtes højere end nærhed i et moderne sundhedsvæsen. Selskabet mener, at Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning og herunder specialeplanlægningens kriterier som patientunderlag, erfaring og rutine dvs. "øvelse-gør-mester"-princippet som forudsætning for sundhedsfaglig kvalitet i de specialiserede sundhedsvæsen er undervurderet i rapporten. Det er centrale elementer også i sikring af den uddannelsesmæssige kvalitet for fremtidens sundhedspersonale. Dette kan være særligt udfordrende i geografisk udsatte områder, men er en opgave, som den ansvarlige myndighed, som udbyder en sundhedsindsats, bør håndtere og overvåge nøje under hensynet til patienternes krav på let tilgængelighed, jf. Sundhedsloven.

Manglende overvejelser om fremtidige sygdomsbilleder: Kommissionens rapport mangler overvejelser i relation til fremtidige sygdomsbilleder af relevans for det samlede danske sundhedsvæsen, herunder nye og hidtil ukendte eller hidtidige sjældne sygdomme i Danmark. Fremtidens sundhedsvæsen skal således have mulighed for fortsat udvikling



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



og vedligeholdelse af høj specialiseret sundhedsfaglighed med henblik på at være effektivt tilpasningsdygtigt i forhold til forventelige nye udfordringer, hvis karakter og indhold ikke kendes endnu.

Organisering af almen praksis: Kommissionen påpeger, at det paritetiske overenskomsttaftesystem medfører at udviklingen går for langsomt, at enkeltydelsesbetaling er en hindring for samlede patientforløb og at muligheden for videresalg af ydernumre er en alvorlig hæmsko for samlet rationel praksisplanlægning. Selskabet kan følge og tilslutte sig disse synspunkter og overvejelser.

Funktionsevne som primært mål for alle aktiviteter i sundhedsvæsenet: Selskabet finder at der mangler tilstrækkelig italesættelse af hvad formålet med ambitionen om sammenhængende patientforløb er. Fra et samfundsmedicinsk ståsted vil det primære formål med al form for forebyggelse, behandling og rehabilitering altid være patientens livskvalitet samt mulighed og evne til at fungere i sit liv, dvs. at alle indsatser i sundhedsvæsenet har som primært formål at sikre bedst mulig opretholdelse eller udvikling af patientens funktionsevne.

Organisatorisk understøttelse af samarbejde på tværs: Sammenhængende patientforløb kræver strukturer, der fremmer samarbejde på tværs af sektorer, fagligheder, administrative enheder og lovgivninger. Uanset hvilken opgavefordeling, der vælges for sundhedsvæsenet i fremtiden, vil der opstå nye snitflader til nærliggende områder og lovgivning. Det er væsentligt, at fremtidige strukturer understøtter kultur og motivation for det tværgående samarbejde, som er så afgørende for at skabe sammenhængende patientforløb uanset den konkrete opgave- og ansvarsfordeling. I den sammenhæng vil vi gerne henlede opmærksomheden på de allerede eksisterende succesfulde eksempler, som de Multidisciplinære Teamkonferencer-konferencer på kræftområdet og kommunernes beskæftigelsesmæssige rehabiliteringsteam, hvor strukturen understøtter, at det tværfaglige samarbejde organiseres omkring og med den enkelte patient eller borger.

Utilstrækkelig opmærksomhed på snitfladen til beskæftigelsesområdet: Fra et samfundsmedicinsk perspektiv er det tydeligt, at sundhedsstrukturkommissionen ikke i tilstrækkelig grad har haft øje for den støttende indsats i forhold til sundhedsmæssig behandling, som allerede finder sted på beskæftigelsesområdet. Kommissionen nævner under beskrivelsen af differentierende behandlingsindsatser, at "borgere med færre sundhedskompetencer og skrøbelighed tilbydes en mere håndholdt indsats" (side 22 og 133). Denne håndholdte indsats foregår allerede i den eksisterende beskæftigelsesindsats, hvor udsatte borgere på kontanthjælp, ressourceforløb, jobafklaringsforløb eller sygedagpenge støttes til at opnå relevant udredning og eventuel behandling samt kan sikres en aktiv håndholdt rehabiliterende støtte med både et sundhedsmæssigt og beskæftigelsesmæssigt sigte. Den samlede indsats i relation til jobcentrene har været udsat for kritik i den almene befolkning. Det bør imidlertid ikke skygge for de positive effekter af en øget sundhedsfaglig rådgivning i beskæftigelsesindsatsen og styrkelse af samarbejdet på tværs af forvaltningsområder i kommuner. I DASAMS har vi med den socialmedicinske indsats på beskæftigelsesområdet været vidne til, hvordan beskæftigelsesindsatsen kan være med til at fremme aktivitet i sundhedsområdet – og hvor vigtigt det er dette understøttes af viden og samarbejde med sundhedsvæsenet på regionalt niveau for at sikre at den aktivitet, som generes, er relevant og meningsfuld. Selskabet mener ikke, at vigtigheden af denne snitflade, er tydelig nok fremhævet i kommissionens rapport. Kommunernes håndholdte indsats for borgere med lave sundhedskompetencer bør anerkendes, støttes og videreudvikles.

Behov for evidens og dokumentation: Selskabet finder det principielt og generelt bekymrende, at evidens og dokumentation mangler for effekten af de foreslåede ændringer. Selskabet er opmærksom på, at beslutninger om sundhedsvæsenet på mange forskellige niveauer altid beror på mange forskellige perspektiver. Vi finder det dog afgørende, at man gør sig klare metodemæssige overvejelser, identificerer centrale usikkerheder ved store forandringer og sikrer gennemsigtighed og systematik i alt fra beslutninger til gennemførelse af mulige organisatoriske løsninger. Ligesom det er afgørende, at der fra starten planlægges grundig evaluering, monitorering samt løbende justering af de valgte løsninger. Det er gang på gang erfaret, at ændringer på et felt kan afstedkomme væsentlige og utilsigtede problemer andetsteds i en organisation. Her vil selskabet henlede opmærksomheden på, at der findes forskningsmæssige metoder som f.eks. evaluability assessment, som er udviklet til hurtigere at generere data og viden, der kan understøtte politiske beslutninger.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Betydningen af centrale begreber i kommissionens rapport

Selskabet er glad for at se begreber som funktionsevne, sundhedskompetence og social ulighed i sundhed anvendt i rapporten. Disse begreber er afgørende for at beskrive patientnære udfordringer og for at kunne iværksætte og prioritere relevante indsatser. Selskabet ønsker at bidrage med et fagligt perspektiv på disse begreber, da forståelsen af deres definition og anvendelse er essentiel for at sikre, at organisatoriske løsninger gavner patienter og kan evalueres effektivt.

Funktionsevne

Funktionsevne udspringer af den biopsykosociale-model og defineres ud fra WHO's ICF-model (International Classification of Functioning). ICF-modellen beskriver, hvordan helbredstilstanden påvirker funktionsevnen som defineres som de 3 følgende elementer, der også indbyrdes påvirker hinanden: 1) kroppens funktioner og anatomi, 2) aktiviteter og 3) deltagelse. Modellen inddrager også kontekstuelle faktorer og viser hvordan omgivelses- og personlige faktorer i lige så høj grad som helbredstilstanden påvirker funktionsevnen. Denne helhedsorienterede biopsykosociale tilgang er en central grundsten i det samfundsmedicinske speciale. Selskabet bemærker, at funktionsevne-begrebet ofte anvendes som "fysisk eller psykisk nedsat funktionsevne," hvilket er forståeligt, da dette stammer fra serviceloven. I andre sammenhænge bruges begrebet i forbindelse med rene genoptrænende indsatser, hvilket afspejler en forsimplet bio-mekanisk forståelse af funktionsevne. Dette illustrerer en mangel på forståelse af, at patienters/borgers funktionsevne afhænger af et komplekst biopsykosocialt samspil mellem helbredstilstand, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Kun ved at forstå, hvordan vores behandling påvirker patienterne/borgerne i deres hverdag, kan vi sikre, at den givne behandling faktisk gavner og ikke skader. Funktionsevnebegrebet har stort potentiale som organisatorisk mål for sundhedsområdet, da det kan sikre en relevant prioritering af indsatser.

Sundhedskompetence

Sundhedskompetence refererer til borgers evne til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed. Det inkluderer også evnen til kritisk at forholde sig til mødet med sundhedsprofessionelle og evnen til at kunne navigere i sundhedsvæsenet. Sundhedsstrukturkommissionen nævner sundhedskompetence syv steder i rapporten, hver gang med henvisning til sundhedskompetencer på individniveau og i sammenhæng med differentierede behandlingsindsatser. Selskabet mener at sundhedskompetence har et langt større potentiale end det beskrives af kommissionen. I 2023 udgav Sundhedsstyrelsen en publikation om sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen, som beskriver otte veje til bedre organisatorisk sundhedskompetence, altså hvordan sundhedsvæsenet kan tilrette sig for at imødekomme patienternes/borgernes forskellige sundhedskompetencer. Set i lyset af sigtelinjen om at nedbringe social ulighed kan det undre, at opmærksomheden på organisatorisk sundhedskompetence ikke spiller en større rolle i Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Selskabet mener, at et strukturelt fokus på at understøtte organisatorisk sundhedskompetence er afgørende for at kunne nedbringe social ulighed i fremtidens sundhedsvæsen.

Social ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed er gennemgående en væsentlig sigtelinje for kommissionen men på intet tidspunkt forholder man sig i rapporten struktureret til hvilke af de 12 determinanter for social ulighed i sundhed man med strukturændringer har i sinde at påvirke. Allerede i 2011 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten "*Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*". Af denne rapport fremgår de 12 determinanter for social ulighed som kan inddeles i tre overordnede grupper:

- 1) Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred (Børns tidlige udvikling dvs. kognitiv, emotionel og social, skolegang samt segregering og socialt nærmiljø)
- 2) Sygdomsårsager som påvirkes af social position (Indkomst = fattigdom, langvarig arbejdsløshed, social udsathed, fysisk miljø dvs. partikler og ulykker, arbejdsmiljø dvs. ergonomisk og psykosocial, sundhedsadfærd og tidlig nedsættelse af funktionsevne)
- 3) Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser (Sundhedsvæsenets rolle og det ekskluderende arbejdsmarked)



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Disse determinanter kan man med fordel lade være pejlemærker for de områder, hvor man understøtter udvikling for at imødegå den stigende sociale ulighed i sundhed.

Kommentarer til kommissionens modelforslag og tværgående anbefalinger

Selskabet tager ikke stilling til de tre modelforslag. Der er fra forskellige sider talt om at udvikle en fjerde model. I den forbindelse skal selskabet opfordre til, såfremt en eller evt. flere nye modeller udarbejdes mhp. vedtagelse af en plan eller politisk aftale forud for eller i relation til kommende lovforslag, at dette forslag analyseres i forhold til fordele og ulemper samt sendes i fornyet bred offentlig høring forinden.

Kommissionen har fremsat seks tværgående anbefalinger, som kan iværksættes uanset struktur og som derfor kan implementeres umiddelbart. Selskabet skal i korthed kommentere på disse.

Ad anbefaling 1 og 2

Selskabet støtter generelt disse forslag, og anbefaler umiddelbar implementering af disse. Dette vil i sig selv være store og krævende ændringer.

Ad anbefaling 3

Selskabet finder anbefaling 3 om en national sundhedsplan, der sætter en strategisk retning og herunder forslag 1-3, om tilpasning af fordeling af ressourcer relevante.

For så vidt angår **forslag 5** i anbefaling 3 vedr. forskning værdsætter selskabet ønsket om mere sundhedstjenesteforskning idet det er en kerneværdi i vores speciale, ligesom vi finder at et større forskningsmæssigt fokus på det primære sundhedsvæsen og forskning i "det virkelige hverdagsliv" væsentligt. Det er dog væsentligt fortsat at sikre grundforskning såvel som klinisk sundhedsfaglig og lægefaglig forskning i sygdomsprocesser, diagnostik, behandling og rehabilitering som udgør et væsentligt grundlag for udvikling af den sundhedsfaglige behandling herunder bedre muligheder for fx. helbredelse, overlevelse og bedre livskvalitet.

Selskabet har særlige betænkeligheder ved **forslag 6** i anbefaling 3 om at styringen af det højt specialiserede sygehusområde og ønsker at fremhæve, at flere af overvejelserne i rapporten vedrørende økonomiske og andre styringsredskaber og begrænsninger grundlæggende kan stride mod sundhedsvæsenets overordnede formål og sundhedslovens mål.

Selskabet vil gerne understrege, at den nuværende ordning med Sundhedsstyrelsens sundhedsfaglige uafhængighed med en dialogbaseret proces med alle relevante interessenter har medført gevinst for kvaliteten af behandlingen af patienterne på det specialiserede område, herunder det højt specialiserede område. Det er derfor væsentligt at Sundhedsstyrelsens kompetence på det specialiserede område ikke svækkes, ved en eventuel fremtidig justering af balancen mellem det specialiserede og det almene område.

I forhold til anbefaling 3 i øvrigt vil selskabet endvidere gøre opmærksom på, at landets socialmedicinske afdelinger allerede i dag har stor og god erfaring med, som regions-forankret funktion, at understøtte alle landets kommuner i helbredsmæssige vurderinger relateret til beskæftigelsesområdet. Vi ser mulighed for at denne eksisterende praksis fremtidigt vil være til inspiration for en mulig model for også at understøtte det kommunale sundhedsområde og muligvis almen praksis.

Ad anbefaling 4

Selskabet støtter generelt disse forslag om at styrke indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, herunder integreringen af psykiatrien med det somatiske sygehusvæsen, hvilket allerede blev anbefalet af Sundhedsstyrelsen i "*National strategi for psykiatri 2009*". Vi vil dog understrege vigtigheden af at fastholde den aftalte 10-årsplan for psykiatrien.



DASAMS

Dansk Samfundsmedicinsk Selskab



Ad anbefaling 5

Selskabet støtter umiddelbart denne anbefaling, og herunder de overvejelser vedr. dette som fremgår af bilag 15.

Ad anbefaling 6

Som udgangspunkt finder selskabet forslaget hensigtsmæssigt. Såfremt det besluttes at igangsætte et større og længerevarende reformarbejde, er det vigtigt at sikre hensigtsmæssig understøttelse og rådgivning til de organisatoriske enheder, hvor de besluttede ændringer skal implementeres.

DASAMS'-afsluttende bemærkning

Afslutningsvis vil DASAMS understrege, at organisation, struktur, incitamenter og ressourcer, både personalemæssige og økonomiske, kun er midler til at opnå de ønskede grundlæggende mål for indsatsen. Selskabet minder om, at formålet med sundhedsvæsenet er at forbedre og videreudvikle hele befolkningens sundhed samt forbedre sundhed og livskvalitet for hver enkelt patient, uanset socialstatus, alder og sygdommens sjældenhed eller hyppighed.

Uanset valg af fremtidige tilrettelæggelse af det danske sundhedsvæsen skal alle instanser, derfor som anført af WHO, have til formål at sikre forbedring af befolkningens sundhedstilstand i form af:

- et længere liv - med mindre dødelighed
- et sundere liv - med mindre sygelighed
- et rigere liv - med bedre livskvalitet
- lighed i sundhed - med mindre ulighed

Med venlig hilsen

Ane Bonnerup Vind
Forperson Dansk Samfundsmedicinsk Selskab (DASAMS)