

Beslutningsforslag nr. B 78. Fremsat den 14. januar 1988 af Birgitte Husmark (SF), Agerschou (SF), Carsten Andersen (SF), Tommy Dinesen (SF) og Ebba Strange (SF)

Forslag til folketingsbeslutning

om nedsættelse af et udvalg til udarbejdelse af forslag til en sundhedslov

Folketinget pålægger regeringen at nedsætte et udvalg, der inden den 1. juni 1989 skal udarbejde et forslag til sundhedslov omfattende den primære sundhedssektor efter følgende retningslinjer:

- alle i den primære sundhedssektor skal ansættes af kommunen, speciallæger dog af amtskommunen,
 - der skal i kommunerne etableres lokale sundhedscentre, dækkende behovet for en befolkning på 5.000-10.000 personer,
 - det lokale sundhedscenter skal udføre lægevagt og lettere skadestuearbejde døgnet rundt, forestå de forskellige hjemmepleje-
- ordninger, forestå lokalsamfundets sundhedstjeneste på skoler og i småbørnsinstitutioner samt dække behovet for kommunale konsulentfunktioner. Det frie lægevalg skal bevares i samme omfang som i dag,
- sundhedscentre skal bemannes tværfagligt, og følgende kategorier foreslås repræsenteret: praktiserende læge, tandlæge, syge/hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske. Herudover skal der være tilknyttet socialrådgiver, jordemoder, psykolog, fysio- og ergoterapeut samt speciallæger,
 - kommunerne skal udarbejde lokale sundhedsplaner, der skal fremlægges i en offentlig høringsfase.

Bemærkninger til forslaget

Generelle bemærkninger

Sundhedsvæsenet er midt i en brydningstid. Inden for næsten alle områder er der uro og opbrud. De yngre lægers ansættelses- og arbejdsvilkår er under debat, vågtlægerne kritiseres, de offentligt ansatte overlæger styrter ud af døren for at passe privatbiksen, de alment praktiserende læger har for travlt og er for ødsle med midlerne – de er »ustyrkelige« – eller rettere udgifterne til sygesikringen kan ikke holdes inden for de budgetterede rammer.

Igennem mange år har det været officiel dansk politik at styrke de alment praktiserende læger og de praktiserende speciallæger på bekostning af sygehusene. Men kigger man på tallene, ser man, at denne politik i virkeligheden ikke er ført ud i livet.

I 1984 tiltrådte Danmark WHO's program »Sundhed for alle i år 2000«. Det er et visionært og sammenhængende program med et langsigtet mål. Det kan danne grundlag for sundhedsplanlægningen mange år fremover.

Og det er da også på tide, at vi får en langsigtet planlægning, der samtidig er smidig, når nye opgaver pludselig trænger sig på, som det f.eks. er tilfældet med sygdommen AIDS.

Noget af det første, der springer i øjnene, når man betragter det danske sundhedsvæsen, er den kunstige opdeling, der finder sted. Noget er tillagt staten, noget amtskommunen og noget kommunen, og herin denfor foregår der en yderligere unaturlig opdeling, typisk mellem sygehusområdet og social- og sundhedsområdet. Områderne hænger selvfølgelig sammen som forbundne kar, men alligevel føres der i udstrakt grad en destruktiv kasseøkonomi, ikke af ond vilje, men på grund af utilsigtede bivirkninger af den økonomiske struktur. En opdelt kassestruktur hæmmer også kommunikationen mellem de enkelte sektorer. I det hele taget er dårlig kommunikation kendetegnende for hele området i bredeste forstand. Den ene hånd ved ikke, hvad den anden foretager sig, eller drager i hvert fald ikke nytte af det.

Oven i dette kommer en historisk betinget, men ikke funktionelt betinget glidende opdeling mellem rent privat virksomhed over halvoffentlig virksomhed til rent offentlig virksomhed. Et moderne sundhedsvæsen kan ikke fungere efter »kasseprincippet«.

Emnet for dette beslutningsforslag er den primære sundhedssektor, dvs. den del af sundhedsområdet, der ligger uden for sygehusene, men som anført kan et moderne sundhedsvæsen ikke fungere efter »kasseprincippet«. Hver enkelt sektor kan ikke betragtes isoleret, men må ses i sammenhæng med de øvrige.

Den dårlige samordning ses både internt i den primære sundhedssektor og mellem den primære og den sekundære sundhedssektor (sygehusene).

Der er dårlig kommunikation mellem praktiserende læger indbyrdes, mellem den alment praktiserende læge og de praktiserende speciallæger, mellem de praktiserende speciallæger indbyrdes, mellem praktiserende speciallæger og sygehusenes speciallæger, mellem lægerne og hjemmesygeplejerske/sundhedsplejerske.

Der er uens og ofte uhensigtsmæssig geografisk placering af speciallæger, hvor nogle landsdele har alt for mange, i hvert fald i forhold til andre områder, der udpræget mangler speciallæger.

Der finder i dag en mere eller mindre bevidst negliger fra sygehusenes side sted af praktiserende speciallægers funktion og formåen.

Der mangler klientfællesskab mellem lægerne og de øvrige personalegrupper i det primære sundhedsvæsen. Således skal f.eks. sundhedsplejerskerne i dag typisk samarbejde med mellem 10 og 40 læger, hvilket selvfølgelig umuliggør andet end sporadisk og tilfældigt samarbejde. Noget intenst, grundigt og sammenhængende samarbejde findes ikke.

Der finder stort set intet samarbejde sted mellem den enkelte praktiserende læge og kommunens socialrådgivere trods åbenlyse behov i talrige tilfælde.

Forebyggende tiltag er sygesikringsoverenskomsten ganske uvedkommende, og det resulterer i, at læger er fuldt beskæftiget med udelukkende at behandle den enkelte. Der afsættes ikke tid til sundhedspæ-

dagogik, hverken til den enkelte eller til grupper i samfundet.

Opsøgende arbejde honoreres ikke efter overenskomsten. De praktiserende læger kender en stor del af de mennesker, der er ved at komme i knibe, men initiativer honoreres ikke.

Der er i øjeblikket for ringe sammenhæng mellem indsatsen i hospitalssektoren og efterbehandlingen i praksissektoren. F.eks. opsøger patienter meget tit deres praktiserende læge få dage efter udskrivelse fra hospital, mens de praktiserende læger typisk først får besked om, hvad der er foregået under indlæggelsen, efter en uge, og ofte kan der gå meget længere tid.

Alt i alt giver dette forklaring på, hvorfor en øgning af antallet af læger i den primære sundhedssektor ikke giver den ønskede/forventede aflastning af andre sektorer, specielt hospitalssektoren. Strukturen må ændres radikalt.

Det her foreliggende beslutningsforslag tilgodeser også intentionerne i det af SF den 27. oktober 1987 fremsatte beslutningsforslag om amtskommunale åbne rådgivninger og behandlingsinstitutioner for psykisk kriseramte (Beslutningsforslag nr. B 13, se Folketingstidende 1987-88, forhandlingerne sp. 698, 701 og 1586). Disse forslag vil begge fremme det forebyggende og brugerstyrede i sundhedsarbejdet.

Bemærkninger til de enkelte punkter

»Alle i den primære sundhedssektor skal ansættes af kommunen, speciallæger dog af amtskommunen«

De praktiserende lægers enestående stilling på arbejdsmarkedet som en uåndterlig størrelse midt imellem offentligt regi og liberalt erhverv skal fjernes. På den ene side er de ikke underlagt det liberale erhvervs jernhårde markedsmechanisme, og på den anden side er halvdelen af honoreringen såkaldte ydeshonorarer (altså en slags akkord) – en honorering, som i hvert fald med den nuværende sygesikringsoverenskomst ikke sikrer en adfærd hos lægerne, der øger sundheden. Samtidig kan det offentlige ikke bestemme antal, ydelsesmængde og art samt placering, samarbejdsrelationer, tidsforbrug m.m.

Speciallæger skal ansættes ved sygehusene, og der skal oprettes distriktsordninger med udadgående kvalitetsorienterede ambulatorier i tilknytning til sundhedscentrene. Dette vil give øget samordning mellem hospital og almen praksis – og i kraft af tilknytning af socialrådgivere – også mellem sundhedsvæsenet og den kommunale sociale sektor.

Hvis indsatsen for alvor skal forbedres, kræver det en så omfattende koordinering af de forskellige sektorer, at alle må ansættes i offentligt regi.

»Der skal etableres kommunale sundhedscentre, dækkende behovet for en befolkning på 5.000–10.000 personer«

Det har vist sig, at man i lægehusene kan påtage sig større og bredere behandlingsopgaver end i solo-praksis, men der mangler i dag integration med speciallægefunktionen, således at lægehuset kan blive den fremskudte enhed, der kan overtage en større del af de nuværende sygehusopgaver.

Det lægelige fagområde er efterhånden så stort og stadig stigende, at den nuværende opbygning af almen praksis med én eller ganske få alment praktiserende læger kun i begrænset omfang kan give et kvalitetsstøt.

Der foreslås derfor oprettet kommunale tværfaglige sundhedscentre, hvor der samarbejdes tæt med den kommunale socialforvaltning og lokalhospitalet.

Den faste stab af læger i sundhedscentret skal være alment praktiserende læger, hvis antal aktuelt skal være ca. 7 for, at døgndækning skal kunne lade sig gøre. Det vil svare til et befolkningsgrundlag på 5.000–10.000 personer.

Speciallægerne skal ansættes på lokalsygehusene, men skal i en del af arbejdstiden som led i sygehusets distriktsordning fungere i de lokale sundhedscentre, dels med patientkonsultationer og dels som rådgivere/undervisere for de praktiserende læger.

Når speciallægerne på sygehusene også har konsultationer i sundhedscentrene, vil patienterne i hvert fald kende én læge på sygehuset, og koordinationen mellem, hvad der foregår hos den praktiserende læge før og ikke mindst efter indlæggelse, vil blive bedre. Efterkontrollen efter indlæggelse foregår i det lokale sundhedscenter. Nærhedsprincippet skal udbygges.

Når det lykkes at få etableret samarbejde mellem enhederne, vil flere kunne færdigbehandles i primærsektoren med færre indlæggelser og færre ambulante kontroller på sygehusene til følge. Det vil også give bedre koordinering ved indlæggelse, »grydeklare« indlæggelser og sidst, men ikke mindst, en langt større udveksling af erfaring, som modvirker faglig isolation.

Alt i alt giver det større tilfredshed hos patienterne, større effektivitet og færre indlæggelser og dermed kortere ventelister.

»Det lokale sundhedscenter skal udføre lægevagt og lettere skadestuearbejde døgnet rundt, forestå de forskellige hjemmeplejeordninger, forestå lokalsamfundets sundhedstjeneste på skoler og i småbørnsinstitutioner samt dække behovet for kommunale konsulent-

funktioner. Det frie lægevalg skal bevares i samme omfang som i dag«

Nærhedsprincippet skal respekteres i så høj grad som muligt, og en stor del af de tilfælde, der ses på skadestuerne i dag, vil kunne klares af det lokale sundhedscenter. Der vil også kunne foretages planlagte, mindre operative indgreb.

Det lokale sundhedscenter vil have forudsætninger for at kunne rådgive om lokale forebyggende foranstaltninger og for at kunne indgå i lokale sundhedsråd. Der skal afsættes øgede ressourcer til sundhedspædagogiske initiativer og registreringsopgaver, således at sundhedscentret kan påpege lokalsamfundets sundhedsproblemer. Sundhedscentret kunne måske fungere som krisecenter. Princippet om det frie lægevalg («familielæge-princippet») skal føres videre i samme omfang som i dag.

Familielægeordningen fungerer i dag kun mellem kl. 8.00 og 16.00. Resten af døgnet dækkes store dele af landet af vagtlægeordninger med skiftende læger, som ikke har tilknytning til lokalområdet. Når det lokale sundhedscenter klarer lægevagten, vil lægerne have kendskab til lokalområdet, og de vil i sundhedscentret have adgang til familielægens oplysninger, ligesom der vil være mulighed for før en vagt, men især efterfølgende, at udveksle erfaringer mellem lokalområdets læger.

»Sundhedscentrene skal bemandes tværfagligt, og følgende kategorier tænkes repræsenteret: praktiserende læge, tandlæge, syge/hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske. Herudover skal der være tilknyttet socialrådgiver, jordemoder, psykolog, fysio- og ergoterapeut samt speciallæger«

Samordningsproblemerne, som jo rækker fra paramedicinske områder, ergo/fysioterapeut m.m. over socialsektoren, psykologområdet og til sekundærsektoren, er meget påtrængende og medvirkende til en dårlig ressourceudnyttelse. Derfor skal en øget tværfaglig arbejdsmetode fremmes.

Inden for primærsektorens område er nøglepersonen i hvert fald i alle ikke decideret sociale problemer i dag den praktiserende læge, og dennes funktion som koordinator, visitator og kommunikationsknudepunkt skal bevares og forbedres.

Men det kræver undervisning. Der skal indlæres nye holdninger og prioriteringer i behandlingsarbejdet, og lægernes uddannelse inden for det sociale og psykologiske område skal udbygges.

Kontaktfladen til andre sektorer skal være bredest mulig for at udnytte ressourcerne i de forskellige systemer bedst muligt.

En smidig primær sundhedssektor kræver et velsmurt samarbejde mellem læge, hjemmesygeplejerske, sundhedsplejerske, fysioterapeut og socialrådgiver m.fl. Det kræver klientfællesskab, så antallet af samarbejdspartnere bliver rimeligt.

Forudsætningerne for, at den primære sektor kan udnytte ressourcerne bedst muligt, er øget samarbejde med jævnlig professionel kontakt, klientfællesskab og fælles målsætning og strategi.

»Kommunerne skal udarbejde lokale sundhedsplaner, der skal fremlægges i en offentlig høringsfase«

Befolkningens stigende utilfredshed med behandlingssystemet hænger bl.a. sammen med fremmedgørelsen og den manglende medindflydelse.

Der skal på samme måde som i forbindelse med f.eks. lokalplaner udarbejdes lokale sundhedsplaner, som skal fremlægges til offentlig høring.

Lokale sundhedsråd med forbrugere, politikere og fagfolk skal være hovedhjørnestenen i tilrettelæggelsen af lokalsamfundets sundhedsplan.

Bemærkninger vedrørende udvalget

Udvalget nedsættes under sundhedsministeren. Udvalget skal bestå af personer med bred indsigt i området som helhed og med mulighed for også at lægge overordnede perspektiver til grund for udarbejdelsen af lovudkastet. Desuden skal udvalget have deltagelse af medlemmer udpeget af de berørte organisationer.