

Vejen til sundhed – sammenhæng, kvalitet og lighed

Vedtaget af Radikale Venstres hovedbestyrelse 24. november 2012.
Udarbejdet af programudvalg for sundhed og forebyggelse

Indledning

I 1948 definerede WHO sundhed som en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke alene fravær af sygdom og svækkelse. Senere har definitionen af sundhed udviklet sig til et bredere sundhedsbegreb, som inddrager de faktorer, som påvirker sundheden. Det vil sige livsstil (kost, motion, alkohol, rygning, stress) og levekår (bolig, arbejdsmiljø, økonomi, arbejdsløshed, familieforhold, skole, dagpasning), og derudover påvirker naturligvis arv/ genetik, alder og sundhedsvæsenets ydelser.

Dette program tager sit udgangspunkt i Radikale Venstres principprogram, hvor det erklæres "at vi vil fastholde et offentligt betalt sundhedsvæsen". Der er lagt vægt på nogle grundsætninger nemlig "mennesket udvikler sig gennem sine valg og handlinger i samspil med andre" og "vi tror på det frie og ansvarlige menneske" og "I fællesskabet formes rammerne for den enkeltes liv og frihed"

Kommissoriet for arbejdet var følgende:

"Udvalgets opgave er at udarbejde forslag til en sammenhængende radikal forebyggelses- og sundhedspolitik, herunder forslag til, hvordan samarbejde mellem staten, regionerne og kommunerne kan sikre et barrierefrit sundhedsvæsen, der for den enkelte opleves som sammenhængende"

I et politisk program, der handler om sundhed og forebyggelse, er det naturligt, at begreberne frihed og forpligtelse bliver et centralt tema. Er der en grænse for friheden til at leve et usundt liv, og kan fællesskabet kræve noget af den enkelte omkring egen sundhed? - under alle omstændigheder er der en grænse for friheden til at udøve en adfærd, der skader andre. Det har været intentionen at bruge forbud mindst muligt og i stedet at søge at indrette sundhedsvæsenet og samfundet, således at det er lettere at foretage et sundt valg frem for et usundt. Et andet væsentlig formål har været at beskrive et sundhedsvæsen, der for borgeren og patienten opleves som sammenhængende, uanset hvem der skal levere sundhedsydelsen. Som noget nyt fokuseres meget på kvalitet i sundhed, både hvad angår oplevet kvalitet og hvad angår faglig kvalitet. Begge dele er vigtige, men ikke altid identiske. Et politisk program, som handler om sundhed og forebyggelse må nødvendigvis have et mål om at mindske ulighed i sundhed hos både børn og voksne. Som både barn og voksen har man en stor del af livet tilknytning til offentlige institutioner i kommune og region. Det er vigtigt, at hvert eneste sted leverer kvalitet i sundhed, men også at fordelingen af opgaverne er den rigtige.

Programmet består af to hoveddele. Den første del omhandler aspekter af forebyggelse med særligt fokus på at skabe lighed i sundhed. Den anden del handler om organisering af sundhedsvæsenet med henblik på at skabe et sammenhængende system mellem regioner, kommuner, praktiserende læger og borgere. Endvidere beskrives tiltag, der kan kvalificere sundhedsydelsen både fagligt men også oplevelsen for den enkelte. Endelig er der et afsnit, som beskriver principper for finansieringen af forebyggelse og sundhedsfremme. Hver del indledes med et kort afsnit om holdninger og værdier. Der gives en kort baggrund og opstilles målsætninger i hvert kapitel. Endelig beskrives konkrete tiltag inden for hvert område.

Lighed i sundhed og forebyggelse

Værdier og holdninger

Alle har lige ret til sundhed, herunder mulighed for at kunne træffe de samme valg.

Det er veldokumenteret, at der i Danmark er social ulighed i sundhed. Uligheden målt på middel-levetiden er fordoblet på 30 år. Dette er på trods af, at den økonomiske ulighed er en af de mindste i verden, og at Danmark i årtier har haft et sundhedsvæsen, hvor hovedprincipperne er fri og lige adgang. Disse principper skal fastholdes, men vi er bevidste om, at der på trods heraf forekommer en del brugerbetalte ydelser, hvor eksempler er medicin, tandbehandling samt transport til og fra behandling. Nogle af disse selvbetalte ydelser har social slagside. Ligeledes er der en uens fordeling af livsstilsbetingede risikofaktorer, som alkohol, rygning, overvægt og manglende motion. Der er dog næppe tvivl om, at også andre forhold giver ulighed i sundhed. Barrieren for at søge læge ved alvorlige symptomer er forskellige, kampagner om forebyggelse virker forskelligt afhængig af socio-økonomisk status, og tilgængeligheden til sundheds- og genoptræningsydelser er uens geografisk fordelt, og ikke mindst er tilbøjeligheden til at benytte dem forskellig. Det er derfor vigtigt, at skelne mellem, hvornår man kan bruge standardløsninger, når man forebygger, og hvornår man må lave løsninger målrettet den enkelte. Ligeledes er det vigtigt at lave en struktur i sundhedsvæsenet, der gør det nemt at benytte forebyggelsestilbud, når man er rask borger, og forebyggelses- og genoptræningstilbud, når man er patient. Endelig er der områder, hvor lovgivning er en del af løsningen.

Det sunde barneliv

Alle børn og unge har ret til sundhed 1) en udvikling der er alderssvarende hvad angår vækst, udvikling af sanser og motorik samt intellektuel, psykisk og social udvikling, 2) en god funktionsevne, 3) en grundstemning præget af livsmod og glæde, 4) fravær af alvorlig eller tilbagevendende sygdom. Det lille barns sundhed er i spil allerede under graviditeten og fundamentet for et sundt liv skabes i barndommen og i ungdomsårene, hvor sundhedsadfærd dannes og udvikles. Sundhed blandt børn og unge er ikke ligeligt fordelt, idet børns sundhed er nært knyttet op på forældrenes resurser og livsstil.

Det skønnes, at 50.000-80.000 børn i Danmark vokser op i familier med psykisk sygdom, og at 120.000 børn vokser op i en familie med et alkoholproblem. Mellem 1.000-2.000 børn vokser i Danmark op i et hjem med stofmisbrug.

Børn bør gives lige gode muligheder for at tilegne sig gode kost og motionsvaner i løbet af barndommen og ungdommen. Det bør sikres, at vi prioriterer kost og motion i de institutioner, hvor børnene befinder sig i en stor del af deres vågne tid.

Det sunde voksenliv

Alle mennesker har værdi i sig selv, og dette skal være en grundholdning i indsatserne for at få et sundt voksenliv. Forebyggelse starter hos borgerne. Som udgangspunkt er det op til borgerne selv at forebygge sygdomme. Borgerne har ansvar for eget helbred og samfundet skal understøtte borgernes ønske om at leve sundt.

Samfundet har en særlig forpligtigelse overfor de borgere, som har svært ved på eget initiativ at leve et sundt liv. Det er et vigtigt element i reduktion af uligheden i sundhed.

Mennesker er forskellige, men der tages udgangspunkt i de fleste menneskers ønske om at leve et sundt liv. Et voksenliv indeholder ofte en periode på arbejdsmarkedet og en periode, hvor man er pensioneret. Som udgangspunkt skal man ikke blive syg af at gå på arbejde. Stress, depression og nedslidning skal ikke være en

del af et arbejdsliv i Danmark. De fleste vil over et liv imidlertid pådrage sig en eller flere kroniske tilstande/ lidelser, og det skal være et mål at lære at håndtere dette for at fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet og bidrage til større livskvalitet.

De sunde vaner bør være lette at tage med over i pensionsalderen. Der skal være værdige forhold for de borgere og pårørende der bliver afhængige af hjælp.

Målsætninger

At sundhedsfremme og forebyggelse skal være en naturlig del af hverdagen, både i kommunale institutioner, skoler, på arbejdspladsen og i fritidslivet

At sundhedsfremme og forebyggelse bliver en naturlig del af hverdagen i alle livets faser -fra graviditet til seniorliv

At borgerne oplever, at der tænkes forebyggelse i alle sundhedsvæsenets led

At give målrettede tilbud til de mest udsatte borgere

At borgerne kender sundhedsvæsenet og kender deres rettigheder

At give borgeren redskaber til at komme videre og nyorientere sig i forhold til at "livet giver skrammer og skavanker"

At øge middellevetiden og antallet af sunde år for alle

At mindske forskellen på middellevetid og på antal sunde leveår begrundet i sociale og økonomiske forhold

At nedbringe alkoholforbruget i Danmark generelt og især hos unge

At nedbringe tobaksforbruget i Danmark generelt og især hos unge

At gøre fysisk aktivitet en del af hverdagen for flere børn og voksne

At nedbringe antallet af overvægtige børn og voksne

At borgere der opholder sig i kommunens eller regionens institutioner sikres sunde måltider

At gøre sundheds- og genoptræningstilbud tilgængelige for alle.

Tiltag

- Individuelle tilbud til gravide misbrugere af alkohol, medicin og stoffer,
- samarbejde mellem kommunerne og lokale frivillige foreninger og ildsjæle omkring nyskabende, relevante og attraktive sundhedstilbud i lokalområderne. F.eks. sundhedsstier med motion og legeredskaber og cykelstier.
- Alkohol
- Opfordre til at alle offentlige og private institutioner og virksomheder indfører en alkoholpolitik
- Kampagner rettet mod relevante grupper (mænd, forældre, unge)
- National kampagne om alkohols rolle ved omsorgssvigt, vold i hjemmet og ulykker
- Oprette kursus for lærere, så de kan identificere børn i alkoholfamilier.

Rygning

- Rygestopkursus målrettet gravide
- Oprette akuttilbud om rygeafvænning når en borger får stillet en rygerrelateret diagnose
- Benytte antirygekampagner udviklet af frivillige fx Kræftens Bekæmpelses indsats for unge
- Gøre kommunale og regionale og statslige arbejdspladser røgfri

Børn og unge

- Sikre sund og bæredygtig mad i offentlige institutioner (børnepasning og skole)
- Prioritere de sociale aspekter ved måltidet i alle institutioner
- Indrette daginstitutioner så bevægelse og leg fremmes
- Sikre ordentlige toiletforhold i skoler og daginstitutioner og undervise i god hygiejne
- Gøre alle børns skoleveje sikre, så de kan gå eller cykle i skole, fx med en bilfri zone ved skoler om morgenen
- Skoler og daginstitutioner skal sætte rammer for sund adfærd og regler der fremmer børn og unges sundhed, samt sætte rammer således at børn og unges evne til egenomsorg udvikles og styrkes
- Fokus på børns arbejdsmiljø (støj, plads, inventar mm.)
- Fritidsordninger skal prioritere bevægelse i deres planlægning af hverdagen
- Mere idræt og motion i folkeskole og på ungdomsuddannelser
- Misbrugskonsulenter tilknyttet ungdomsuddannelser. Konsulenterne skal være tilknyttet det faglige miljø i kommunernes centre for misbrug
- Mulighed for at kunne trække på rådgivning fra socialrådgivere, psykologer og psykiatere til støtte for udsatte børn og unge samt eventuel at tilknytte mentorer og frivillige.
- Psykiatribus som et mobilt undervisningstilbud til elever, lærere og pædagoger, jf. Psykiatrifondens forsøg i Nordjylland.

Arbejdslivet

- Arbejdsmiljølovgivningen bør moderniseres så den i højere grad sidespiller det fysiske og det psykiske arbejdsmiljø, da eksempelvis stress er et stigende problem i det moderne arbejdsliv.
- Arbejdspladserne skal opmuntres til at gøre en indsats for det sunde valg på arbejdspladsen: Der kan via arbejdsmiljørepræsentanten sættes fokus på om arbejdspladsen er med til at fremme sunde vaner eller det modsatte for den enkelte medarbejder.
- Alle borgere, hvor der er tvivl om arbejdsevnen (såvel kronikere, som efter sygdom eller ulykker) skal opleve et sammenhængende forløb hvor behandling og social- og beskæftigelsesindsats arbejder sammen om en hurtig behandling og afklaring. Dette forankres i Jobcentret med et tæt samarbejde til de behandlende institutioner (egen læge, hospitaler, o.a.).
- Patientskoler, som underviser kronikere i at leve mest hensigtsmæssigt med deres sygdom, skal oprettes af regionerne efter behov. Hvor kronikere oplever nedsat arbejdsevne skal indsatsen foretages i samarbejde med Jobcenter og/eller arbejdsplads.
- Tilbud om førstehjælps- og hjertestarterkurset til borgere fx hvert tiende år.

Ældre

- Bedre tilbud om demensudredning
- Etablere tilbud til pårørende til demente
- Sikre kvalificeret personale på plejehjem (håndtering af medicin mm.)
- Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL skal afklare hvor det lægelige ansvar for beboere på plejehjem ligger
- Sikre sund kost på ældreinstitutioner
- Mulighed for tildeling af "social" hjemmehjælp for at komme til læge, bank, apotek, indkøb mm - gerne i samarbejde med frivillige
- Tilstrækkeligt antal aflastningspladser til fx genopretning af væskebalance og medicinregulering.

Det sammenhængende sundhedsvæsen

Værdier og holdninger

Det er Radikale Venstres ambition at skabe et sundhedsvæsen, der for den enkelte opfattes som sammenhængende. For borgeren er det ikke vigtigt hvem, der leverer og finansierer en sundhedsydelse, men det er vigtigt, at den har høj kvalitet og giver mening. Det er vigtigt, at oplysninger og ressourcer ikke går tabt i overgangene mellem indlæggelse og udskrivelse, og det stiller krav til arbejdsgange kommuner, sygehuse og praktiserende læger imellem. Der findes næppe en løsning, der passer på alle patienter, alle landsdele og alle sygdomme, men der kan beskrives nogle rammer, man kan bevæge sig inden for.

I den nuværende struktur er udfordringerne givet på forhånd. Kommunerne og regionerne er to driftsherrer med hver deres opgaver, og alment praktiserende læger og speciallæger er selvstændige erhvervsdrivende.

Kommunerne er ansvarlige for hjemmeplejen/plejehjem, samt forebyggelse og genoptræning, mens regionen tager sig af sygehusbehandlingen og aflønner de praktiserende læger og speciallæger i henhold til gældende overenskomst (kommunerne er dog medfinansierende), dog uden at have instruktionsbeføjelser overfor lægerne. Der er behov for at se på opgaverne og samarbejdet mellem de forskellige led. For borgeren/patienten vil det være en fordel at skabe et sundhedsvæsen, der er mere enkelt og med færre indgange. Vi ønsker at beholde familielægen som et bærende princip. Det har vist sig at være billigt og alment accepteret i forhold til andre organisationsformer i andre lande.

Målsætninger

- Borgerne skal opleve, at kommunen, sygehusene og de praktiserende læger arbejder sammen, således at overgang fra den ene til den anden enhed sker fuldstændig gnidningsfrit, set fra borgernes synsvinkel.
- Patienterne skal opleve kvalitet i behandling og pleje uden, at den sundhedsfaglige kvalitet kompromitteres
- Borgerne skal opleve smidige indlæggelser og sammenhængende rehabiliteringsforløb, hvor optimal behandling iværksættes umiddelbart
- Borgene skal opleve overgangen mellem en indlæggelse på et hospital til udskrivelse som tryk og meningsfuld
- Enhver borger skal have kendskab til og nem adgang til kommunens sundhedstilbud
- Borgerne skal nyde godt af de relevante telemedicinske løsninger

Sundhedshuse

Med en stadig mere centraliseret sygehusstruktur og dermed store afstande, bør der i alle kommuner etableres sundhedshuse med sundhedsfaglige aktører. Disse huse skal ikke udvikle sig til minisygehuse, men tilbyde standardiserede sundhedsydelser på højt fagligt niveau afstemt med sygehusenes specialiserede tilbud.

Nærheden til andre sundhedsfaglige professioner i de lokale sundhedscentre bør være attraktiv for almen praksis, og være med til at sikre fortsat lægedækning i de mere tyndt befolkede dele af Danmark.

Radikale Venstre ser sundhedshuse, som en del af løsningen på forebyggelse til alle. Sundhedshusene behøver ikke være ens, men skal tilpasses de særlige

forhold en kommune eller region har. Nogle kommuner har en størrelse, der gør, at mere end ét sundhedshus er oplagt. Der tilstræbes et samarbejde regionerne/kommunerne imellem ved etablering af sundhedshuse. Tilbuddet skal sikre borgerne nærhed og give mulighed for, at flere behov kan dækkes samme sted. Personalet kan bestå af flere praktiserende læger, praktiserende speciallæger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere, psykologer, diætister, fodterapeuter og andre.

Formålet er bl.a. at sikre bedre samarbejde mellem de forskellige aktører og fremme den faglige udvikling. Der kan f. eks. etableres en vis form for akutfunktion med mulighed for at behandle mindre skader, fælles laboratorium, fælles røntgenstue og derudover evt. fælles administrativ bistand til rengøring, rengøring, kantine etc.

Sundhedshusene skal etablere/udbygge forebyggende indsatser som patientskoler, træning og sundhedsoplysning. Der kan være mulighed for foredrag og konferencer. Sundhedshuse kan huse de lokale patientforeninger og netværk. Helt konkret kan man forestille sig at sundhedshuse:

- Bør oprettes i samarbejde med den region kommunen ligger i (ikke nødvendigvis et økonomisk samarbejde)
- Bør udnytte telemedicinske løsninger
- Bør oprette en enhed/ koordinator, der vejleder borgeren ind og ud af sundhedsvæsnet og relaterede tilbud
- Opfordres til at samarbejde med patientforeninger
- Opfordres til at involverer mange personalekategorier
- Fortsat udvikling af effektive tilbud til kronikere, f.eks. KOL, diabetes, hjerte/kar sygdomme, kræft og muskel-skeletlidelser.
- Kan oprette amme-hotline, "ung mor" cafe og lignende helt nære tilbud

Vejen ind til sygehuset

Det afgørende ved enhver indlæggelse er hurtig diagnosticering og korrekt visitation og dermed korrekt behandling af patienten. Akutfunktionen er velbeskrevet i Program for regionspolitik.

Radikale Venstre vil arbejde for, at vagtlægesystem og skadestuefunktion integreres til en enhed under regionernes og placeres i relation til akutmodtagelser. Der kan oprettes skadepoliklinikker i områder med langt til en akutmodtagelse. Disse kan f.eks. placeres i sundhedshusene.

Vejen ud af sygehuset

Når en patient udskrives, udfærdiger sygehuset en genoptræningsplan, som kommunerne står for at udføre. Det skaber ofte større forventninger hos patienter og pårørende end den enkelte kommunes tilbud. Der må skabes et formaliseret samarbejde om dette, ikke bare organisatorisk, men relateret til den enkelte patient. Der skal skabes et forpligtende samarbejde omkring sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner. Radikale Venstre foreslår, at en del af hospitalssengene konverteres til pladser, hvor fokus er pleje, og den specialiserede patientuddannelse og træning. Disse pladser bør fjernes fra de behandlingsorienterede pladser, fordi miljøet skal være et andet, og ud fra den betragtning, at det der ikke er svært skal være nært. En genoptræningsplan bør foruden den fysiske træning indeholde mål for psykiske og sociale tiltag.

Rehabiliteringshuse

Der indføres en ny type institution – Rehabiliteringshuse. Rehabiliteringshusene skal ikke lægebemandes (måske undtaget en tilknyttet konsulent), men bemandes med sygeplejersker, fysio-ergo-terapeuter, diætister osv. Det er ikke målet at genskabe de små sygehuse. Rehabiliteringshuse er alene for patienter på vej ud af systemet, hvor der er et klart overblik over patientens/borgerens behov, og hvor der er lavet en rehabiliteringsplan. Omfanget af rehabiliteringshuse kan forventes at blive stort målt i antal senge/ambulante pladser. Måske endda større end antallet af ”teknologiske” behandlingspladser. Imidlertid vil rehabiliterings-pladser blive langt billigere.

Det er helt centralt, at der ved oprettelsen afsættes midler til evaluering og udvikling. Det må ikke primært opfattes som en let vej til besparelser, men derimod vejen til større kvalitet. Rehabiliteringshuse bør være et tilbud, der organiseres af kommuner og regioner i fællesskab på grundlag af sundhedsaftaler, men de kan godt fysisk være placeret væk fra de store sygehuse.

Fælleskommunale tilbud

En lang række opgaver klares fint i de eksisterende kommuner, men ved nogle sundhedsopgaver er mange kommuner for små. Før kommunalreformen havde mange hospitaler oprettet rehabiliteringstilbud, patientskoler og rygestopkurser til patienter. Mange steder forsvandt initiativerne, da det i forbindelse med strukturreformen blev kommunernes opgave at forebygge. Kommunerne har nogle steder haft svært ved at løfte denne opgave, bl.a. fordi det nærmest er en umulig opgave at lave optimale tilbud til alle patientgrupper.

Det er derfor oplagt at flere mindre kommuner går sammen om at rette et sundhedstilbud eller, at store kommuner udbyder deres sundhedstilbud til mindre omkringliggende kommuner. Et eksempel herpå er misbrugsbehandling, hvor borgerens eneste udfordring alene er misbrug.

Etablering af indvandrermedicinske klinikker, herunder sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund og tolkecenter er et andet eksempel.

En særlig problemstilling er patienter med dobbeltdiagnoser (misbrug og samtidig psykisk lidelse). Det har været svært at oprette kommunale tilbud til disse borgere, og ansvaret bør overflyttes til regionerne.

Patientrettet forebyggelse skal være et regionalt ansvar

Skoler for patienter med kroniske sygdomme (diabetes, lungelidelse, hjertelidelse) med orientering mod øget selvforvaltning har vist sig at reducere antal genindlæggelser og skabe øget oplevet kvalitet for patienterne (empowerment). Patientskolerne for borgere med kroniske sygdomme skal holdes adskilt fra rehabiliteringshuse, og tilknyttes regionens sygehuse. De behøver ikke være placeret på sygehusene, men skal drives derfra.

Specialtilbud

Vi kender en række tilbud til specielle patienter oftest forvaltet af patientforeninger, men med massiv skattefinansieret støtte. Et eksempel er dissemineret sclerose og behandlingsstedet i Haslev, et andet er optræning af hjerneskade og ”de små handicapgrupper”. Der er ikke tvivl om, at sådanne specialtilbud skal placeres ganske få steder i landet og skal være tilgængeligt for alle relevante patienter. De er derved ikke relevante for den enkelte region, men for et regionalt samarbejde, hvis der ikke skal indføres en statslig driftsinstans.

Praktiserende læger

Praktiserende læger ses stadig som en væsentlig tovholder i patienters og borgeres forløb i sundhedsvæsenet. Rollen er dog under pres af flere årsager. Det er svært at skaffe praktiserende læger til yderområder. De praktiserende lægers måde at tilrettelægge deres arbejde, gør det svært for dem at deltage i tværfaglige og tværsektorielle møder. Radikale Venstre mener, at almen praksis bør placeres i tilslutning til sundhedshuse. Regionerne skal have mulighed for at fastansætte praktiserende læger, hvor der er mangel på disse. Regionerne skal have ansvaret for den akutte og præhospitale modtagelse og behandling og i den udstrækning praktiserende læger indgår i disse funktioner har regionerne ansvar for aflønning, men også instruktionsbeføjelserne. Overenskomsten for praktiserende læger bør justeres, således at de praktiserende læger lettere kan inddrages i forebyggelse.

Kvalitet

Der er i Danmark som i den øvrige vestlige verden sket en centralisering af hospitalsdelen af sundhedsvæsenet. Denne er begrundet i at den faglige kvalitet skal sikres for alle. Det har betydet nedlæggelse af små sygehuse og undertiden på bekostning af den oplevede kvalitet, som er patientens oplevelse af selve forløbet. Nærhed og pleje tæller meget for den oplevede kvalitet også i tilfælde, hvor den faglige kvalitet ikke fulgte med. Evidens er blevet kodeordet i hele den vestlige verden, og det har betydet mere vægt på videnskabelig dokumentation end vægt på processen. Ambitionen er, at den ene kvalitet ikke skal udelukke den anden, og det kræver et opgør med nogle fasttømrede holdninger til sundhedsvæsenet omkring, hvordan vi driver højt specialiserede hospitaler. Patienten med et højteknologisk behov skal placeres i højt specialiserede afdelinger, og patienten med andre behov skal ikke være i samme omgivelser. Dette betyder, at der er behov for individuel differentiering af tilbud i modsætning til de pakked løsninger, der er gældende i dag.

En af centraliseringens konsekvenser er, at sygehuse bliver orienteret mod den lægelige kerneydelse, operation eller intensiv medicinsk behandling. Når patienterne er på vej ud af disse regimer, har de ingen naturlig placering. De har behov for pleje og optræning/rehabilitering, men er i et miljø, der er orienteret mod behandling og diagnostik.

Ved direkte udskrivelse til hjemmet opleves for mange genindlæggelser. Årsagerne er flere. I mange kommuner er antallet af og kvaliteten i midlertidige ophold utilstrækkelig, det kommunale beredskab er typisk indrettet til mere selvhjulpne borgere og økonomien til investeringer er begrænset. Sygehuse og almen praksis belønnes samtidig for aktivitet frem for at forebygge unødvendige indlæggelser og prioritere koordinationen med kommunerne. Dette medfører, at borgerne og deres pårørende ofte oplever svigt. En af løsningerne kan være rehabiliteringshuse eller flere midlertidige opholdsp-ladser i borgerens nærområde, som er gearet til at tage sig af borgere med stort midlertidigt pleje- og genoptræningsbehov. Men det er også nødvendigt at se på samspillet mellem aktørerne, disses incitamenter og områdets finansiering.

Kommunikation og Telemedicin

Et af de områder, hvor borgerne føler, at det går galt er i kommunikationen mellem forskellige del af sundhedsvæsenet. Patienterne oplever, at oplysninger går tabt, og at de skal forklare de samme ting hver gang, de møder en ny sundhedsperson. Kommunikation mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet er helt essentiel, og her er det bydende nødvendigt med fungerende

IT-systemer der kan "tale sammen" på tværs af sektorer og regions- og kommunegrænser. Radikale Venstre foreslår:

- At der med det samme afsættes resurser til optimering af IT systemer
- At patienter har nem adgang til egen journal og medicinordinationer via Borger.dk og NEM-ID
- At det prioriteres at udvikle og investere i telemedicinske løsninger overalt i sundhedsvæsenet.
- At det prioriteres at der afsættes resurser til telemedicinske tværfaglige konferencer
- Det skal være et krav at IT systemer inden kan kommunikere med hinanden på nationalt plan
- At det prioriteres at praktiserende læger anvender telemedicinske løsninger i almen praksis i forhold til patienter fx Skype-lignende løsninger ved telefon-konsultation.
- At praktiserende læger kan udnytte telemedicinske løsninger i samarbejde med hospitalerne fx ved konference om et EKG, et udslæt eller lignende
- At den enkelte kommune bør have ét telefonnummer og én mailadresse, der formidler den ønskede kontakt mellem borger, almen praksis eller sygehus og kommune. Denne funktion kan placeres i sundhedshuse.
- Fra 2015 får udvalgte grupper af kronisk syge og brugere af kommunal hjemmepleje og genoptræning en decideret ret til at tilvælge velfærdsteknologi som en del af deres behandling og omsorg. Herefter vil andre områder blive inddraget.

Dokumentation

I en tid med begrænsede økonomiske midler er det vigtigt at anvende dem med omhu. Radikale Venstre mener derfor, at sundhedsydelse, der har dokumenteret effekt, prioriteres højest. Der skal ikke gives offentlige midler til projekter, der ikke har en klar strategi for evaluering og dokumentation af forventede virkninger. Kommunernes sundhedsydelse og resultater skal dokumenteres i samme systemer som det øvrige sundhedsvæsen, så kvaliteten på tværs af sektorgrænser kan måles. Dette kræver, at der udvikles nationale databaser på bl.a. kronikerområdet.

Finansiering af sundhed med kvalitet

Værdier og holdninger

Kommunerne finansierer en del af regionens sundhedsudgifter. Intentionen hermed har været, at give kommunerne et incitament til at undgå indlæggelser. Der er formentlig kun ganske få tilfælde, hvor det på kort sigt er billigere for kommunen at forebygge. Det mest oplagte område, hvor kommunernes medfinansiering giver mening er formentlig i forhold til genindlæggelse af ældre borgere, som ved en bedre forebyggelse og bedre pleje kan undgå hyppige sygehusindlæggelser.

Sundhedsvæsenets finansieringssystem skal reformeres, så kvalitet, effektivitet og sammenhæng honoreres. Den kommunale medfinansieringsdel bør differentieres, så incitamentet til at skabe nære, forebyggende og rehabiliterende tilbud øges. Systemets gennemsigtighed skal øges, så kommunerne for alvor kan arbejde strategisk mod laveste effektive omkostningsniveau. Tilsvarende skal fx sygehusenes finansiering ændres, så incitamentet til øget aktivitet og flere behandlinger bliver mindre, og belønningen omvendt større

for forebyggelse af unødvendige indlæggelser, for fokus på kvalitet i patientforløb og på samarbejdet med kommunerne.

Effektiv forebyggelse kræver kommunale investeringer og erkendelse af, at de vigtigste resultater er langsigtede. Kommunerne bør have detaljeret indsigt i hvilke ydelser de medfinansierer.

Målsætning

Finansieringen af sundhed skal understøtte de værdier Radikale Venstre lægger til grund for sundhedsfremme og forebyggelse:

- Finansiering af sundhedsvæsnen skal være med til at reducere ulighed i sundhed
- Finansiering af sundhedsvæsnen skal fremme kvalitet
- Finansiering af sundhed skal tilrettelægges, så det ikke giver anledning til "kassetænkning"

Forslag til finansiering behandles aktuelt i andet udvalg.