



Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

Indsendt pr. email til sum@sum.dk

1. august 2024

Dansk Selskab for Folkesundhed vil først og fremmest anerkende Sundhedsstrukturkommissionens store og grundige arbejde med rapporten, de tværgående anbefalinger og de modige forslag til den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Kommissionens forslag til at styrke kædeansvaret i forvaltningsmodel 1 og 2 er meningsfuldt set fra et pleje- og behandlingsperspektiv. Det er imidlertid bekymrende, at rapporten ikke lever op til kommissoriets krav om at inkludere modeller for et *forebyggende* og dermed også bæredygtigt sundhedsvæsen. Rapportens modeller vidner om et fokus på et sygdomsvæsen snarere end et sundhedsvæsen. Fokus er rettet på behandling, og de få steder, hvor forebyggelse adresseres, handler det udelukkende om "patientrettet forebyggelse". Forebyggelse er meget mere end det. Et fokus på sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser, inden sygdom opstår, er en forudsætning for et bæredygtigt sundhedsvæsen.

Bæredygtigt sundhedsvæsen

Af opdraget til kommissoriet fremgår det, at "modellerne skal understøtte et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen præget af lighed, nærhed og en bæredygtig organisering". For at skabe et bæredygtigt sundhedsvæsen i en tid med flere ældre borgere, flere borgere, der lever med multiple kroniske sygdomme, hvor der mangler personale og er behov for skarpe økonomiske prioriteringer, er det altafgørende at have et fokus på sundhedsfremme og primær forebyggelse, så vi får mindsket antallet af borgere med behov for hjælp i det behandlende sundhedsvæsen. Denne del af opdraget kommer kommissionen desværre kun med vage bud på. Sundhedsfremme og forebyggelse er ikke (længere) uhåndgribelige indsatser med uklare effekter. I Danmark har vi mange faggrupper, der arbejder med disse områder, ligesom vi har flere forskningsmiljøer af international standard. Vi ved også noget om, hvilke indsatser der virker, og hvordan indsatser kan målrettes forskellige målgrupper, ligesom vi kender effekten af strukturelle tiltag til fremme af folkesundheden. Der er derfor ingen undskyldning for ikke at inkludere konkrete og forpligtende sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag i den model, som vælges.

Forebyggelse er mange ting – men den primære forebyggelse mangler

Der er en væsentlig forskel mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse, og denne skelnen bør være tydelig i rapporten. Primær forebyggelse sigter mod at forhindre sygdomme, før de opstår, sekundær forebyggelse fokuserer på tidlig påvisning og behandling, mens tertiær forebyggelse handler om at reducere komplikationer ved eksisterende sygdomme. Den forebyggelse, der nævnes i rapporten, er langt overvejende patientrettet og rehabiliterende. Det er vigtigt, at primær forebyggelse også prioriteres, da den udgør en nødvendig investering i fremtiden.





Sundhedsfremme og forebyggelse bør være en tværgående anbefaling!

Uanset hvilken model der vælges, vil vi fra Dansk Selskab for Folkesundheds side opfordre til, at sundhedsfremme og forebyggelse indgår som en tværgående anbefaling. Fraværet af et eksplicit og tydeligt fokus på sundhedsfremme og forebyggelse er visionsløst og lever ikke op til kommissoriet, hvoraf det fremgår *"Kommissionen skal i den sammenhæng tillige pege på potentialer for bedre forebyggelse"*, og at der skal skabes *"Rammer for den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats, hvor opgaveløsningen i højere grad bygger på nationale kvalitetsstandarder, og som understøtter mere ensartet kvalitet på tværs af landet"*.

Sundhedsfremmende indsatser kan lette presset på sundhedsvæsenet, forbedre folkesundheden og reducere de langsigtede sundhedsudgifter. Sundhedsfremme handler om at skabe robusthed og sundhedskompetence blandt alle borgere, men også strukturelle sundhedsfremmende tiltag i fx i institutioner og lokalsamfund, der skaber mulighed for at vælge sundt. På et organisatorisk niveau handler sundhedsfremme om at planlægge indsatserne, så der sikres nem og lige adgang for alle, dvs. sænke barren for adgang, anvendelse og udbytte af sundhedsviden og sundhedsindsatser eller skabe muligheder for dette via fx tolkestøtte, social støtte eller anden hjælp til forståelse og navigering (samlet betegnelse sundhedskompetence).

Sundhedsfremme og forebyggelse er investeringer i fremtiden og kan være med til at mindske den sociale ulighed i sundhed. Som rapporten også peger på, er det i dag i høj grad op til kommunerne selv at bestemme, hvilke tiltag der iværksættes, og hvilke grupper disse målrettes. I de foreslåede modeller er det uklart, hvordan det sundhedsfremmende arbejde og ansvar placeres.

Den borgerrettede forebyggelse omfatter en række vigtige initiativer såsom tobaks- og nikoteforebyggelse, forebyggelse af ensomhed og mistrivsel, fysisk aktivitet, forebyggelse af overvægt, brug af skærm mv. Det kan være komplekse indsatser, der kræver stor opmærksomhed fra beslutningstagere, praksis og forskning i implementeringen, så de rette indsatser (fx individuel versus strukturel) leveres til de rigtige borgere (fx aldersgrupper og udvalgte differentierede målgrupper). Forebyggelse indebærer aktiviteter på individer, familie, organisatorisk og strukturelt niveau.

Der er behov for en klar ansvarsfordeling for den samlede forebyggelsesindsats, da det ellers bliver utydeligt, hvem der skal bære ansvaret for dette arbejde - også selvom der kun bliver én myndighed i forvaltningsmodellen.

Hvis forebyggelsesarbejdet ikke bliver klart forankret i rapportens anbefalinger, risikerer vi, at ingen aktører tager ejerskab for denne vitale opgave. Som der står i rapporten *"Borgerrettet forebyggelse dækker den brede forebyggelsesindsats til alle borgere. Opgaven kan tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, der bl.a. omfatter faglige anbefalinger til indsatser indenfor felterne: fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak. Anbefalingerne er vejledende og ikke bindende. Det er op til kommunerne selv at vurdere, hvilke forebyggende og*





sundhedsfremmende tilbud den enkelte kommune finder relevante at udbyde til hvem og i hvilket omfang”.

Så vagt ville man aldrig acceptere en klinisk retningslinje i det behandlende sundhedsvæsen. Her er der anderledes forpligtende krav som fx udrednings- og behandlingsgaranti samt krav til effekten af behandlingsindsatser.

Foruden at inkludere sundhedsfremme og forebyggelse som en af de seks (eller syv) tværgående anbefalinger anbefaler vi, at rapporten inkluderer flere eksempler på, hvordan forebyggelse integreres i de forskellige modeller og bl.a. udfolder, hvad der forstås ved opgaverne i ”borgerrettet forebyggelse”, fx i figur 14.2 på s 284. Vi opfordrer også til, at der til stadighed udvikles kvalitetsstandarder for den borgerrettede forebyggelse. Den nuværende figur 14.2 belyser i stor grad en status quo situation, hvoraf det er vanskeligt at se varetagelsen af den borgerrettede forebyggelse i de fremtidige scenarier.

I Dansk Selskab for Folkesundhed har vi med ovenstående valgt at fokusere på den del af rapporten, vi finder svagest overordnet set. Vi står naturligvis til rådighed med vores ekspertise i forhold til at inkludere sundhedsfremme og forebyggelse som en tværgående anbefaling og bidrager gerne med sparring til andre forslag til forbedringer. Vi ser frem til samarbejdet om implementeringen af disse nødvendige tiltag.

Med venlig hilsen,

På vegne af bestyrelsen i Dansk Selskab for Folkesundhed,

Helle Terkildsen Maindal, forperson

Kontakt:

Forperson Helle Terkildsen Maindal, htm@ph.au.dk

Forperson-elect Christina Bjørk Pedersen, christina.bjoerk.petersen@regionh.dk

