

AFRAPPORTERING

UDVALG OM DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUND- HEDSVÆESEN

JUNI 2017

Indhold

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Sammenfatning	9
3. Tendenser og udfordringer i sundhedsvæsenet	22
4. Visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 2025	31
5. Målsætninger for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	35
5.1 Den ældre medicinske patient	35
5.2 Patienter med kronisk sygdom	36
5.3 Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug	39
6. anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen	41
6.1 Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor.....	41
Anbefaling 1 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning	41
Anbefaling 2 - Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres	43
Anbefaling 3 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse	44
Anbefaling 4 - Kommuner og regioner skal sikre en model for forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis.....	45
Anbefaling 5 - Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug	47
Anbefaling 6 – Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordelingen for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes.....	48
6.2 Rette kompetencer til rette opgaver.....	49
Anbefaling 7 – Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis	50

Anbefaling 8 - Reglerne om benyttelse af medhjælp skal understøtte klare og fleksible rammer for sygeplejefaglige opgaver i kommunerne samt et tydeligt ansvar	52
Anbefaling 9 - Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	54
Anbefaling 10 - Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	55
Anbefaling 11 - Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb	57
Anbefaling 12 - Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis	58
6.3 Ensartet kvalitet over hele landet	59
Anbefaling 13 - Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	60
Anbefaling 14 - Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til kroniske patienter	61
Anbefaling 15 - Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang	63
Anbefaling 16 - De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal dokumenteres og udbredes	64
Anbefaling 17 - Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes	65
6.4 Bedre digital understøttelse og brug af data.....	66
Anbefaling 18 - Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet.	68
Anbefaling 19 - Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.	70
Anbefaling 20 - Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet.....	73

1. Indledning

Borgere skal også i fremtiden møde et sundhedsvæsen, der tilbyder indsatser af høj kvalitet med let og lige adgang for alle, uanset hvor i landet man bor. Derfor skal alle patienter inddrages og understøttes i at mestre egen sygdom ud fra individuelle behov, ressourcer og mål, så den enkelte patient kan leve et liv med højest mulig livskvalitet. Det betyder samtidig, at sundhedsvæsenets ressourcer fortsat skal anvendes effektivt til at skabe indsatser til gavn for patienterne.

Et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen er en central del af svaret på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. Samtidig skønnes det groft, at der i 2025 vil være 60 pct. flere borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme, end der var i 2013. Derudover er der de seneste år sket en vækst i antallet af kontakter til den regionale psykiatri og socialpsykiatrien.

Ældre patienter, patienter med kronisk sygdom og mennesker med psykiske lidelser oplever ofte et langt sygdomsforløb, hvor sygdom bliver en fast del af hverdagslivet. Samtidig har disse grupper ofte komplekse behandlingsforløb, der indebærer indsatser på tværs af sektorer og behov for kontakt med forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet. Det stiller krav til, at sundhedsvæsenet samarbejder om patientens forløb med henblik på, at patienterne hjælpes til at mestre egen sygdom i størst muligt omfang. Det er både til gavn for den enkelte patient og ressourceudnyttelsen i sundhedsvæsenet.

Mange patienter lever langt størstedelen af deres liv med sygdom i eget hjem og med kontakt til forskellige sundhedstilbud tæt på borgeren. Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har derfor en vigtig rolle i patienternes sundhed, blandt andet ved at tilbyde patienterne en helhedsorienteret indsats med fokus på sundhed samt eventuelle beskæftigelsesmæssige og sociale tilbud til de patienter, der har dette behov. Derudover rummer det nære og sammenhængende sundhedsvæsen et stort potentiale i at forebygge, at sygdom overhovedet opstår. Endvidere understøttes en generel udvikling, hvor patientens behandling, pleje og rehabilitering sker i tæt tilknytning til patientens hverdag og med styrkelse af patientens mestring af egen sygdom.

Det er et potentiale, der skal realiseres blandt andet for at imødekomme det økonomiske pres, som den demografiske udvikling sætter på sundhedsvæsenet. Med grænser for væksten i de offentlige udgifter er der behov for bedre samarbejde og ressourceudnyttelse gennem blandt andet nytænkning og bedre levering af ydelser på laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Derfor forventes det nære og sammenhængende sundhedsvæsen fremtidigt at være en del af svaret på nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for i dag og i de kommende år. Det kræver, at samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren styrkes, at kompetencerne i sundhedsvæsenet anvendes effektivt, at indsatserne er af høj, ensartet kvalitet, og at brugen af data samt digitale løsninger styrkes. Derfor kommer udvalget med 20 anbefalinger, der skal understøtte et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenets udvikling

Sundhedsvæsenet er konstant i udvikling, og nye behandlingsmetoder og teknologier vil ændre på mulighederne for behandling og mulighederne for, hvordan, hvor og af hvem patientens behandling, pleje og rehabilitering varetages.

Sundhedsvæsenet har over de seneste mange år arbejdet henimod, at patienter i højere grad behandles, plejes og rehabiliteres ambulant i dagtilbud uden sygehusindlæggelse eller i eget hjem og nærmiljø. For det første er det en udvikling, der har fundet sted ud fra hensynet til at være mindre indgribende i den enkelte borgers hverdag, ligesom der bliver en bedre mulighed for at sikre sammenhæng til eventuelle øvrige kommunale indsatser tæt på borgerens hverdagsliv. For det andet giver mere behandling, pleje og rehabilitering af patienter i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen mulighed for en øget specialisering på sygehusene til gavn for borgere med behov for en højt specialiseret indsats, eksempelvis behandling af kræft. For det tredje frigøres kapacitet på sygehusene til at imødekomme et generelt øget behandlingspres. Og for det fjerde er udviklingen i tråd med princippet om, at indsatser skal leveres på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON).

Udviklingen i sundhedsvæsenet er således sket med udgangspunkt i en række grundlæggende positive hensyn, men udviklingen har også været fragmenteret, med en uensartet kvalitet på tværs af landet og har ikke haft tilstrækkeligt fokus på sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Der er derfor behov for et mere helhedsorienteret syn på sundhedsvæsenet, med fokus på en mere systematisk og styret udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. En udvikling, som skal understøtte den stigende specialisering i sygehusvæsenet. Hvis udviklingen skal blive værdifuld, er det afgørende, at den nødvendige kapacitet og de rette kompetencer er til stede i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig stiller udviklingen krav om et stærkt samarbejde om patientens samlede forløb, herunder tydelig dialog og rådgivning om varetagelsen af opgaver på tværs af sundhedsvæsenets parter, samt den rette brug og deling af informationer. Udvalgets anbefalinger har til formål at understøtte denne udvikling.

Udvalgets opgave

Med økonomiaftalerne for 2016 blev det besluttet at nedsætte et udvalg, der skal komme med forslag, der kan indgå i en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget, der består af KL, Danske Regioner og staten, blev nedsat i januar 2016 (kommissoriet for udvalget er vedlagt som bilag 1).

Af kommissoriet fremgår det, at udvalget skal komme med forslag til styrkelse af indsatsen inden for følgende områder:

- 1) *Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor*
Herunder skal udvalget se på, hvordan der kan skabes bedre samarbejde vedrørende eksempelvis hjemmesygepleje og genoptræning efter sundhedsloven samt rehabilitering og tilbud i praksissektoren. Udvalget skal endvidere belyse, hvordan der eksempelvis kan sikres anvendelse af lægefaglige kompetencer samt deling af information og viden på tværs af sektorer så udvalgets målgrupper oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet, der understøtter en omkostningseffektiv indsats.
- 2) *Rette kompetencer til opgaver*
Udvalget skal vurdere grundlaget for et løft af kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med henblik på at sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede i håndteringen af borgere med forløb, der går på tværs af sektorer og som herudover har et rehabiliterende sigte. Udvalgets forslag skal understøtte en omkostningseffektiv tilrettelæggelse af indsatsen.
- 3) *Ensartet kvalitet i hele landet*
Udvalget skal komme med forslag til, hvordan det sikres, at de nære sundhedstilbud har samme kvalitet landet over. Herunder, at der arbejdes efter standarder, 'best practise', evidensbaserede metoder og retningslinjer, og at der skabes ny viden igennem løbende dokumentation af kvaliteten med henblik på systematisk udbredelse af metoder, der virker. Dette gælder både i forhold til sundhedsfaglige tilbud, herunder indsatser på ældreområdet, det patientrettede forebyggelsesområde og psykiatriområdet.
- 4) *Bedre digital understøttelse og brug af data*
Herunder skal det belyses, hvordan det kan understøttes, at der etableres mere og bedre dokumentation på sundhedsområdet, specielt i kommunerne og almen praksis, og bedre rammer for digital kommunikation på tværs af sektorer. En fortsat styrkelse af datagrundlaget og kobling af data skal

understøtte et mere sammenhængende sundhedsvæsen og ses i sammenhæng med eksisterende initiativer og igangværende arbejde.

Det er centralt at bemærke, at det er en grundlæggende præmis for udvalgets forslag, at indholdet af disse samlet set er omkostningseffektive og neutrale i forhold til de offentlige finanser. Endvidere har det været en præmis for udvalgets arbejde, at udvalgets forslag skal bygge på den grundlæggende struktur i sundhedsvæsenet.

Udvalgets målgrupper

Arbejdet fokuserer på tre målgrupper:

- Den ældre medicinske patient
- Patienter med kroniske sygdomme
- Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug.

Dette fokus skyldes, at der er tale om målgrupper, som ofte har forløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet og i visse tilfælde er i risiko for overlappende tilbud. Der er imidlertid også overlap imellem målgrupperne, mange ældre medicinske patienter lider fx ofte af kroniske sygdomme. Den demografiske udvikling medfører en stigning i antallet af patienter, særligt i de to første målgrupper, mens der ligeledes ses en stigning i kontakter til psykiatrien og behovet for støtte til mennesker med psykiske lidelser. Det stigende antal patienter med forløb på tværs af sektorer understreger behovet for, at hele sundhedsvæsenet skaber sammenhængende forløb. Samtidig stiller udviklingen krav til omkostningseffektivitet og sikring af økonomisk holdbarhed i sundhedsvæsenet.

Interessentgruppen

Til udvalget er der nedsat en interessentgruppe, som er kommet med indledende og løbende inputs til udvalget. Interessentgruppen består af:

- Lægeforeningen (2 repræsentanter)
- Sundhedskartellet (1 repræsentant)
- Dansk Sygeplejeråd (1 repræsentant)
- FOA (1 repræsentant)
- Danske Patienter (2 repræsentanter)
- Danske Handicaporganisationer (1 repræsentant)
- Apotekerforeningen (1 repræsentant)

Der er holdt to møder i den samlede interessentgruppe, hvor interessenterne er blevet inviteret til at komme med deres perspektiver på udfordringer og løsninger i forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Yderligere er der holdt særskilte møder med interessenterne med henblik på inddragelse i forhold til udvalgets anbefalinger. Udvalget har med interesse modtaget og læst de mange input til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som interessenterne er kommet med. Det er ikke inden for udvalgets rammer muligt at imødekomme alle interessenternes forslag. Udvalget har ladet sig inspirere af interessenternes forslag. For at illustrere nogle af de mange input er dele af interessenternes forslag gengivet i forbindelse med udvalgets anbefalinger (kapitel 6).

”Sammen om Sundhed” – KL’s anbefalinger til et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen

- Det skal afklares, hvilke opgaver, der skal varetages i det nære sundhedsvæsen, hvilke sundhedsfaglige kompetencer kommunerne skal råde over og hvilken kapacitet og ressourcer der er nødvendige
- Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en klar kronikerstrategi, som bl.a. skal afklare hvad der skal til for at flere borgere kan få foretaget kontroller lokalt, herunder hvilken lægefaglig backup, det vil kræve
- Bedre lægebetjening af borgere i kommunale tilbud – i somatikken såvel som i psykiatrien. Det mest oplagte er via samarbejde med almen praksis, men tilknytning af regionalt ansatte læger, mulighed for ansættelse af kommunale læger eller samarbejde med private læger er også muligheder.
- En udvidet adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe.
- Sundhedsstyrelsen skal etablere en specialuddannelse til sygeplejersker målrettet medicinske patienter.

”Sundhed for alle” - Danske Regioners anbefalinger til et bæredygtigt sundhedsvæsen

- Det samlede sundhedsvæsen skal i langt højere grad fokusere på sundhed frem for at fokusere på behandling af sygdom.
- I fremtidens sundhedsvæsen skal parterne måle og styre efter det, der skaber mest værdi for patienten.
- Sundhedsvæsenets indsatser skal tilpasses den enkelte borger.
- Der skal være bedre adgang til relevante data om patienters forløb og resultater. Det skal muliggøre en proaktiv indsats, at se på tværs af diagnoser og skabe bedre sammenhæng i patientforløb.
- Regionerne vil arbejde mod i højere grad at understøtte, at tilbud tæt på borgeren har høj kvalitet, og at der er sammenhæng i indsatsen.
- Analyser skal bidrage til at sikre en optimal opgaveløsning, så sundhedsvæsenets opgaver løses der, hvor de giver mest værdi for borger og for samfund.
- Nye samarbejdsformer med fælles finansiering og organisering skal udvikles og afprøves.
- Digitale og teknologiske muligheder skal være et centralt redskab til i fremtiden at opnå mest mulig sundhed for befolkningen.

Hvad er det nære og sammenhængende sundhedsvæsen?

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er de indsatser og funktioner, som borgeren tilbydes i eget hjem eller i deres nære omgivelser. Indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan dermed både leveres af kommuner og regioner. Det kan dermed både være forskellige kommunale sundhedstilbud, ydelser i praksissektor og funktioner dækket af sygehuse. Det afgørende er ikke, hvem der leverer en indsats, men at der er tale om en indsats tæt på borgerens eget hjem eller hverdag. Samtidig er et tæt samarbejde mellem kommunale sundhedstilbud, almen praksis og sygehusene ofte afgørende for at skabe en samlet indsats til gavn for patienten.

Kommuner og almen praksis er helt centrale parter. De praktiserende læger, og for mange plejkrævende patienters vedkommende også det kommunale personale, har kontinuerlig kontakt til borgeren og kan dermed se helhedsorienteret på borgerens situation. En central funktion for sygehusene er hér at sikre rådgivning og understøtte det alment medicinske tilbud samt kommunernes indsatser i patientens nærmiljø.

Den alment praktiserende læge har traditionelt set ofte et personligt og langvarigt kendskab til sine patienter. Almen praksis varetager rollen som patientens primære indgang til sundhedsvæsenet og er dermed gatekeeper til videre udredning og behandling i det øvrige sundhedsvæsen. De alment praktiserende læger er generalister og arbejder ud fra en personcentreret tilgang. De behandler de sygdomme og tilstande hos befolkningen, som ikke kræver en specialiseret behandling. De alment praktiserende læger har desuden et tæt samarbejde

med sygehusene, den øvrige praksissektor og med kommunerne. Den praktiserende læge har dermed gode forudsætninger for at være tovholder for patienten, og for at hjælpe patienten med at navigere i et komplekst og specialiseret sundhedsvæsen.

Kommunerne har en afgørende rolle i at understøtte borgernes sundhed i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Kommunerne varetager opgaver inden for forebyggelse, pleje, behandling, rehabilitering, basal palliation og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, men i borgerens nære miljø. De kommunale sundhedstilbud til blandt andre ældre og kronikere skal skabe mulighed for, at borgeren kan blive i eget hjem (herunder plejehjem), hvad enten der er tale om midlertidig eller kronisk sygdom, forskellige handicap eller situationer, hvor døden er nært forestående, når det er hensigtsmæssigt for patienten og ud fra en lægefaglig, sygeplejefaglig og/eller social vurdering. Hjemmesygeplejen varetager forebyggelse af sygdom, fremme af sundhed, yder sygepleje, behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. Størstedelen af kommunerne har gennem de seneste år etableret akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen. Disse er enten etableret som akutteams, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, og/eller som akutpladser, der er et tilbud om midlertidigt døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter.

Ansvar for den borgerrettede forebyggelse er primært kommunernes, mens den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem kommuner og regioner. Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, og at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom. Stort set alle kommuner oplyser, at de har patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med diabetes, hjertekarsygdomme, KOL og kræft.

Regionerne spiller en helt central rolle i forhold til at skabe sammenhæng i patientens forløb, blandt andet fordi regionerne sikrer behandling i praksissektoren, og fordi sygehuse har kontakter med patienter med fx kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. Samtidig har regionerne en vigtig rolle i forhold til at understøtte den behandling og pleje, som foregår uden for sygehusene. Sygehusene har en stadig vigtigere funktion som rådgivere og skal, blandt andet via understøttelse af det alment medicinske tilbud og de kommunale sundhedstilbud, være med til at sikre at patienterne så vidt muligt kan behandles uden at blive indlagt.

Regionerne har etableret forskellige udgående funktioner, hvor sygehuspersonale tager ud i patientens eget hjem og udreder, undersøger og behandler patienten. De udgående funktioner har blandt andet til formål at forebygge indlæggelser, at styrke samarbejdet på tværs, og at imødekomme patienternes behov med en større fleksibilitet. En stor del af de udgående funktioner er rettet mod patienter i psykiatrien, men også mod den ældre medicinske patient.

Rådgivning fra henholdsvis sygehusene og praksissektoren, herunder de praktiserende speciallæger, til de kommunale indsatser i såvel konkrete behandlingsforløb, hvor det kommunale personale handler som lægens medhjælp som i rådgivning af mere generel karakter er centralt i forhold til at sikre et stærkt nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Regionernes rådgivning skal ligeledes være med til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten kan behandles uden indlæggelse, og hvor viden deles mellem sektorer og faggrupper.

Dertil kommer, at en lang række af privatpraktiserende sundhedspersoner, som eksempelvis privatpraktiserende speciallæger, tandlæger og tandplejer, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og fodterapeuter, samt apotekerne yder en vigtigt indsats for at understøtte patientens sundhed og evne for egenomsorg.

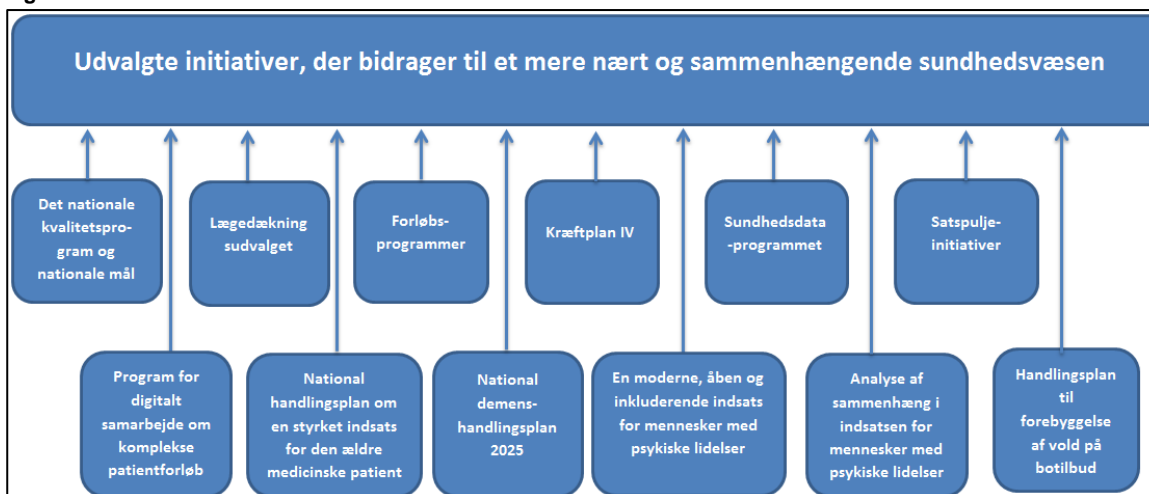
Samspillet med patienten og patientens netværk samt det øvrige civilsamfund er ligeledes en central del af mange patienters bedring. Gennem aktiv involvering af patienten, det omgivende netværk og civilsamfund er der mulighed for, at patienten hurtigere kommer i bedring og dermed nemmere rehabiliteres til det sociale og beskæftigelsesmæssige hverdagsliv.

Initiativer, der bidrager til et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen

Der er allerede taget mange skridt på vejen til et mere samarbejdende, nært sundhedsvæsen med fokus på kvalitet, rette kompetencer og bedre brug af data og digital understøttelse. Og der tages løbende nye initiativer, der har til formål at fremme og styrke et samarbejdende og nært sundhedsvæsen.

Udvalgets forslag bygger overordnet videre på blandt andet evalueringen af kommunalreformen, udvalgsrapporten "Bedre incitament i sundhedsvæsenet" og psykiatriudvalgets rapport "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", alle tre fra 2013.

Figur 1



Læsevejledning

Udvalgets rapport opridser indledningsvis de udfordringer og tendenser, der er baggrunden for udvalgets arbejde (kapitel 3).

Udvalgets forslag, der kan indgå i en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, består af en vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025, som udfoldes med en række skridt, som sundhedsvæsenet skal lykkes med for at realisere visionen (kapitel 4). Yderligere har udvalget opstillet en målsætning for hver målgruppe (kapitel 5). Med henblik på at skitsere vejene til at opnå visionen og målsætningerne er udvalget yderligere enige om 20 anbefalinger, der skal bidrage til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen (kapitel 6).

2. Sammenfatning

Det danske sundhedsvæsen skal også i fremtiden være kendetegnet ved høj kvalitet med let og lige adgang for alle, uanset hvor i landet man bor. Derfor skal sundhedsvæsenets ressourcer anvendes effektivt til at skabe indsatser til gavn for alle patienter.

Et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen er en central del af svaret på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. Den demografiske udvikling lægger et pres på den offentlige sektor. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. Samtidig skønnes det groft, at der i 2025 vil være 60 pct. flere borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme, end der var i 2013. Vi bliver altså flere ældre og flere borgere med én eller flere kroniske sygdomme. Det er patienter, der i fremtiden i højere grad skal tilbydes indsatser i nære omgivelser fra det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor kræver et økonomisk holdbart sundhedsvæsen i verdensklasse, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen styrkes.

Gennem de seneste mange år har den målrettede specialisering i sygehusvæsenet kombineret med den teknologiske udvikling, der indebærer nye og bedre behandlingsmuligheder, løftet kvaliteten i det danske sygehusvæsen. Det er samtidig en udvikling, der stiller stigende krav til indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Patienter er i dag indlagt i kortere tid end tidligere. Fra 2009 til 2015 er den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene faldet fra 4,1 dage til 3,4 dage. Det er en positiv udvikling, der betyder, at borgerne har mulighed for at vende hurtigt tilbage til deres dagligdag. Samtidig kan mange sundhedsindsatser i dag finde sted uden for sygehusene. Flere borgere har dermed stadig et behandlings- og rehabiliteringsbehov, efter de udskrives fra sygehusene, der kræver sundhedsfaglige indsatser varetaget af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Den konstante teknologiske udvikling og løbende effektivisering betyder samtidigt, at grænserne for, hvor og af hvem indsatserne i sundhedsvæsenet kan foregå, bevæger sig. Det er en udvikling, der allerede har betydning for regioner og kommuner, og som sundhedsvæsenet fremadrettet skal udnytte til i fællesskab at skabe et effektivt sundhedsvæsen, der understøtter patienten i eget hjem eller nære omgivelser. En udvikling, hvor digitale løsninger samt bedre brug af og adgang til data er afgørende for at skabe bedre indsatser, mere sammenhængende patientforløb og bedre planlægning på tværs af sektorer. Både for, at patienterne kan bevare deres hverdag bedst mulig, og for at sikre økonomisk holdbarhed, hvor indsatserne leveres på lavest effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Et effektivt sundhedsvæsen, hvor patienten understøttes ud fra egne behov og ressourcer, kræver, at potentialet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udnyttes bedst muligt. Derfor nedsatte regeringen, Danske Regioner og KL udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget har til opgave at komme med forslag, der kan indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er de indsatser og funktioner, som borgeren tilbydes i eget hjem eller i deres nære omgivelser. Indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan dermed både leveres af kommuner og regioner. Det kan dermed både være forskellige kommunale sundhedstilbud, ydelser i praksissektoren og funktioner dækket af sygehusene. Det afgørende er ikke hvem, der leverer en indsats, men at der er tale om en indsats tæt på borgerens eget hjem eller hverdag. Samtidig er et tæt samarbejde mellem kommunale sundhedstilbud, almen praksis og sygehusene ofte afgørende for at skabe en samlet indsats til gavn for patienten.

Vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 er følgende:

Sundhedsvæsenet understøtter patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet.

For at realisere visionen er der behov for, at sundhedsvæsenet lykkes med følgende:

Høj, ensartet kvalitet ud fra rette kompetencer, rådgivning og data er grundlæggende for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Indsatserne skal leveres af høj og ensartet kvalitet, både klinisk og borgeroplevet, i hele landet og være baseret på den bedste faglige viden. Det kræver blandt andet, at sundhedsvæsenets otte nationale mål forankres, blandt andet gennem lokale mål og indsatser, at relevante faglige standarder og vejledninger følges, samt at relevante data deles.

Systematisk styrkelse af patientens håndtering af egen sygdom er en forudsætning for, at patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet. Derfor skal udgangspunktet for sundhedsvæsenet være den enkelte patients individuelle behov, ressourcer og målsætninger. Det kræver, at patienten og patientens netværk systematisk og aktivt bliver involveret.

En fælles tilgang til patienten er afgørende for, at patienten oplever et sammenhængende forløb og ressourcerne i sundhedsvæsenet udnyttes optimalt. Derfor er der behov for at øge fokus på, at hele sundhedsvæsenet tilrettelægger indsatserne med henblik på at optimere det samlede forløb.

En populationsbaseret tilgang, dvs. tilrettelæggelse af indsatserne ud fra tilpasning til patientpopulation på baggrund af patienternes behov og risikoprofiler, skal bidrage til at sikre lighed i sundhed, økonomisk holdbarhed, og at patientens individuelle behov understøttes. En populationsbaseret tilgang kræver blandt andet overblik og viden om populationen, som indsatserne derefter tilrettelægges efter. Alle patienter skal tilbydes de indsatser, de har brug for under hensyntagen til individuelle ressourcer, uden at alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Derfor skal sundhedsvæsenet differentiere indsatserne.

Levering af indsatser på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet) skal i højere grad være med til at sikre økonomisk holdbarhed og hensynet til mindst mulig indgriben i patientens hverdag. Derfor skal indsatserne tilbydes i patientens nærmiljø, når det er fagligt og økonomisk begrundet.

Målsætninger for udvalgets målgrupper

Alle patienter skal understøttes i at mestre egen sygdom i det nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så den enkelte kan leve et liv med højest mulig livskvalitet. Udvalget har særligt haft fokus på tre patientgrupper, der ofte har forløb på tværs af sektorer. Til hver patientgruppe er der opsat følgende målsætning.

Målsætning for den ældre medicinske patient:

- *Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte ældre medicinske patient sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.*

Målsætning for patienter med kroniske sygdomme:

- *Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.*

Målsætning for mennesker med psykiske lidelser

- *Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring.*

Anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets anbefalinger, der skal bidrage til at realisere visionen, er struktureret inden for udvalgets fire temaer. Anbefalingerne er opridset i nedenstående boks og udfoldes dernæst enkeltvist. Flere af anbefalingerne bidrager til flere af udvalgets fire temaer, men er placeret under det tema, hvor de har størst relevans.

Det er samtidig centralt at se udvalgets anbefalinger i sammenhæng med de mange initiativer, der før og under udvalgets arbejde er igangsat, og som bidrager til visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det gælder blandt andet den nationale handlingsplan om en styrket indsats for den ældre medicinske patient og den nationale demenshandlingsplan 2025, hvor der eksempelvis er afsat midler til kompetenceløft i blandt andet det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og midler til blandt andet udgående sygehusfunktioner og rådgivning af kommuner samt almen praksis. Det gælder ligeledes lægedækningsudvalgets forslag, Folketingets efterfølgende politiske aftale om bedre lægedækning og handlingsplanen til forebyggelse af vold på botilbud. Et andet eksempel er aftalen om fast tilknyttede læger til plejecentre. Endvidere understøtter en række initiativer i Patienternes kræftplan - Kræftplan IV et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor fokus blandt andet er på at understøtte behandling tættere på hjemmet og at løfte de rehabiliterende samt basale palliative indsatser i patientens nære omgivelser.

En række interessenter har, i tillæg til at bidrage til udvalgets arbejde under de løbende møder med interessentgruppen, beriget udvalgets arbejde med udspil, der kommer med forslag til udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget har modtaget interessenternes udspil med stor interesse og taget de forskellige forslag med i overvejelserne og diskussionerne bag udvalgets anbefalinger.

Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor	Rette kompetencer til rette opgaver	Ensartet kvalitet over hele landet	Bedre digital understøttelse og brug af data
<p>1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning</p> <p>2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres</p> <p>3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse</p> <p>4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p> <p>5. Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser og mennesker med samtidig misbrug</p> <p>6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes</p>	<p>7. Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p> <p>8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver</p> <p>9. Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</p> <p>10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</p> <p>11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb</p> <p>12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p>	<p>13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</p> <p>14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme</p> <p>15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og mål-sætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang</p> <p>16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes</p> <p>17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes</p>	<p>18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet</p> <p>19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p> <p>20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet</p>

Mindretalsudtalelse fra KL

KL vurderer, at en realisering af målsætningerne om, at flere borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen, forudsætter en planlagt opgaveflytning til og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Det er endvidere afgørende med løbende national opfølgning og tydelige rammer for den pågående opgaveudvikling, samt at almen praksis og kommunerne knyttes tættere sammen for at skabe bedre rammer for dialog og samarbejde om patienterne. KL har som konsekvens heraf mindretalsudtalelser til anbefaling 7 og 13.

Anbefaling 1 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning

Specialiseringen i sundhedsvæsenet og mange patienters behov for indsatser på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren betyder, at der er behov for at styrke integrationen af indsatserne. Derfor er der fortsat behov for at udvikle, afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, der bidrager til en mere helhedsorienteret indsats tilpasset patientens individuelle behov, eksempelvis gennem fælles finansiering, ledelse og planlægning. Ligeledes er der behov for at forbedre mulighederne for at planlægge mere effektive og patientcentrerede forløb.

Derfor anbefaler udvalget, at

1. *Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner understøtter og udbreder integrerende samarbejdsmodeller, som tilgodeser de lokale behov og muligheder.
- Kommuner, regioner og staten udvikler og forbedrer rammerne for planlægning, samarbejde og flere integrerede løsninger på tværs af sektorer med det formål at skabe mere sammenhængende og effektive patientforløb.

Anbefaling 2 - Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres

Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber er et af de områder, hvor det ikke altid står klart, hvem der har ansvaret. Det betyder, at nogle patienter i dag oplever, at kassetækning er styrende. Ved overgang fra sygehus til kommunale omgivelser kan der opstå tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at levere et givent redskab eller hjælpemiddel. Det kan efterlade patienten med en oplevelse af manglende sammenhæng og kan medføre unødvendigt besvær for de involverede regionale og kommunale parter. Uklarheder omkring ansvarsdeling kan bl.a. skyldes områdets konstante udvikling, som betyder, at grænserne for, hvad der er et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, kan ændre sig over tid. Derfor er der behov for, at organisationen på området bliver revideret blandt andet med henblik på at understøtte, at borgeren oplever en sammenhængende indsats på tværs af sygehuset og kommunen, at skabe klarhed for sundhedsvæsenets personale og at sikre en omkostningseffektiv anvendelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Derfor anbefaler udvalget, at

2. *Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Reglerne om hjælpemidler og behandlingsredskaber opdateres og tydeliggøres. Dette vil indebære, at det eksisterende afgrænsningscirkulære på området erstattes af en ny vejledning, der beskriver kommuner og regioners forpligtelser i forhold til at levere behandlingsredskaber og hjælpemidler efter sundhedsloven samt håndteringen af snitflader til andre områder, herunder hjælpemidler efter serviceloven.

- Der etableres en fælles samarbejdsstruktur for hjælpemidler og behandlingsredskaber på nationalt niveau, som kan fungere som et hurtigt afklarende organ i tilfælde af uklarheder mellem myndigheder om bevillingsansvaret for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Den nationale samarbejdsstruktur kan desuden medvirke til generel videndeling på området og vurdering af nye produkter.
- Der igangsættes yderligere undersøgelser med henblik på at tilvejebringe en mere hensigtsmæssig – og mindre opdelt – organisering af området, fx via analyser af muligheden for standardisering, fælles indkøb og distribution mellem regioner og kommuner samt afgrænsede forsøg med fælles organiseringer med henblik på at indhente yderligere erfaringer.

Anbefaling 3 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse

For nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse bliver somatiske lidelser ikke i tilstrækkelig grad opsporet og behandlet, ligesom nogle oplever, at der ikke tages tilstrækkeligt hensyn i behandlingen for somatiske sygdomme. Det kan medvirke til, at nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse lever markant kortere end mennesker uden psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse. Derfor er der behov for at styrke opmærksomheden på somatiske lidelser for denne gruppe. Det kræver, at der er de rette kompetencer på sygehusene, i kommunerne og almen praksis til at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Ligeledes er det centralt, at sikre de rette kompetencer til at opspore og behandle psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse i forbindelse med somatisk behandling.

Derfor anbefaler udvalget, at

3. *Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, fortsat skal have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser hos borgere med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse.
- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal fortsat have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne opspore psykiske lidelser i forbindelse med somatisk behandling, rehabilitering og pleje.

Anbefaling 4 - Kommuner og regioner skal sikre model for forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis

I overgangen fra sygehus til kommunale sundhedsindsatser er forløbskoordination ofte vigtig for patientens oplevelse af et trygt og samlet forløb. Erfaringer viser, at forløbskoordination kan være med til at forebygge indlæggelser og øge det tværsektorielle samarbejde. Derfor skal regioner og kommuner sikre, at der er aftaler om forløbskoordination for relevante patienter. Der er flere måder at sikre forløbskoordination, og det er vigtigt blandt andet at være opmærksom på, at alle patienter ikke har de samme behov, ligesom lokale forhold taler for forskellige modeller. Samtidig er det centralt, at forløbskoordinationen tager udgangspunkt i de etablerede erfaringer og viden på det somatiske og psykiatriske område.

Derfor anbefaler udvalget, at

4. *Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Regioner og kommuner aktivt skal sikre, at der mellem sygehuse og kommunale sundhedstilbud, under relevant inddragelse af praksissektoren, er en aftale om forløbskoordination for de patienter, der vurderes at have gavn af dette.
- Tilrettelæggelsen af forløbskoordinationen skal tage hensyn til patienternes forskellige behov, ligesom lokale forskelle kan tale for brug af forskellige aftaler.

- Det igangværende evalueringsarbejde på området, herunder i regi af Sundhedsstyrelsen, skal tages i betragtning i videreudvikling af forløbskoordinationsinitiativer fremadrettet.

Anbefaling 5 - Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder med samtidigt misbrug

For nogle mennesker med psykiske lidelser, og personalet omkring, er der et særligt behov for, at overgangen fra behandling i den regionale psykiatri til de kommunale indsatser understøttes af tæt koordination med rette udveksling af oplysninger. For at styrke det tværfaglige samarbejde mellem den regionale psykiatri og de kommunale indsatser er der behov for at styrke udarbejdelsen og anvendelsen af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser, herunder samtidigt misbrug.

Derfor anbefaler udvalget, at

5. *Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Samarbejdet om de fælles planer skal tilpasses Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Kommuner skal kunne foreslå, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Anbefaling 6 - Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes

For mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er misbrugsbehandling ofte en forudsætning for den psykiatriske behandling og omvendt. For at styrke samtidighed i indsatserne og den enkelte dobbeltdiagnoseredes udbytte af indsatserne er der derfor behov for at belyse mulighederne for, at den regionale psykiatri får ansvar for misbrugsbehandlingen for en mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser, også når de ikke er indlagt i psykiatrien.

Derfor anbefaler udvalget, at

6. *Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal se nærmere på en faglig afgrænsning af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, der forløbs- og behandlingsmæssigt vil have gavn af en ændret ansvarsfordeling.
- Sundheds- og Ældreministeriet skal derefter arbejde videre med de lovgivningsmæssige rammer.

Anbefaling 7 – Sundhedsaftalesystemet skal fornys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at der løbende er behov for justering i den konkrete opgavevaretagelse, og tilhørende tydelig ansvarsfordeling mellem sektorerne. De fem sundhedsaftaler er helt centrale værktøjer for at sikre sammenhængende forløb for de patienter, som har forløb på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. De skal give tydelige politiske rammer, som skal understøtte en fleksibel opgavevaretagelse og sikre, at indsatserne varetages af høj, ensartet kvalitet på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau tæt på borgerens eget hjem. Derfor skal sundhedsaftalesystemet fornys, så aftalerne bliver mindre bureaukratiske men til gengæld understøtter en klar opgavedeling.

Derfor anbefaler udvalget, at

7. *Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Bekendtgørelse og vejledning for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres. En fornyelse skal understøtte klare aftaler for samarbejdet og sikre, at sundhedsaftalerne bliver mindre bureaukratiske og administrativt tunge, men at fokus er på klare politiske mål for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalget anbefaler, at det indarbejdes i vejledningen, at aftalerne som minimum skal skabe klarhed om:

- Kapacitet og kvalitet i indsatserne, eksempelvis klarhed om hvilke opgaver henholdsvis de regionale udgående funktioner og kommunale indsatser varetager
- Det eventuelle lægelige behandlingsansvar, herunder klar og entydig adgang til lægelig ekspertise på sygehus og i almen praksis (jf. autorisationslovens bestemmelser om brug af medhjælp)
- Adgang til sparring og faglig rådgivning (eksempelvis via fælles skolebænk og kompetenceudvikling knyttet til konkrete opgaver)
- Adgang til medicin og remedier på sygehusene vedrørende patientbehandling, der varetages af kommunen
- Klarhed om opfølgning på indsatser og monitorering via data
- Aftale om opfølgning på kvaliteten
- Vilkår for ændret arbejdsdeling, herunder økonomi

Derudover anbefales det, at

- Kadencen for indsendelse af sundhedsaftalerne skal ændres snarest således, at disse skal indsendes senest 1. juli inde i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. Det vil sige, at de næste sundhedsaftaler skal indsendes til Sundhedsstyrelsen d. 1. juli 2019.

Derudover anbefaler KL, at de to regionale politiske udvalg, Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget, slås sammen. Dette vil medvirke til at forenkle den politiske decentrale samarbejdsstruktur og sikre større sammenhæng mellem sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Udvalget har drøftet KL's forslag, men Danske Regioner vurderer, at der ikke er grundlag for at sammenlægge de to udvalg, da der ikke alle steder er sammenfald mellem medlemmerne, ligesom at beslutningskompetencen i de to udvalg ikke er sammenfaldende. Afgørende er det dog, at de to udvalgs opgaver ikke er ens. En sammenlægning vil indebære et væsentligt større udvalg med en større og mere kompleks opgaveportefølje, som for en stor dels vedkommende ikke har samklang, og som potentielt kan hindre fremfor at fordre sammenhæng. Danske Regioner finder det dog væsentligt, at arbejdstilrettelæggelse i de to udvalg koordineres med henblik på at skabe et så effektivt samspil som muligt.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL anbefaler, at der på nationalt plan systematisk følges op på opgaveudviklingen aftalt i regi af sundhedsaftalerne og den lokale udvikling i øvrigt. På baggrund heraf skal der i relevant omfang udarbejdes nationale rammer for varetagelse af konkrete nye opgaver i kommunerne. Dette er nødvendigt for at sikre overblik over den løbende opgaveglidning fra sygehuse til kommuner og skabe større ensartethed, effektivitet og kvalitet på tværs af landet.

Anbefaling 8 - Reglerne om benyttelse af medhjælp skal understøtte klare og fleksible rammer for sygeplejefaglige opgaver i kommunerne samt et tydeligt ansvar

Delegation af sundhedsfaglig virksomhed er en vigtig del af det daglige arbejde med at sikre en fleksibel og effektiv opgavevaretagelse. Både af hensyn til patientsikkerheden og tilrettelæggelsen af opgaver er det centralt, at delegation sker under klare rammer med tydelig ansvarsfordeling. De eksisterende regler om benyttelse af medhjælp er i dag ikke i tilstrækkelig grad med til at sikre klare og fleksible rammer for varetagelsen af delegerede opgaver i kommunerne. Derfor er der behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Styrelsen for Patientsikkerhed ser nærmere på mulighederne for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Anbefaling 9 - Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Hjemmesygeplejens varetagelse af indsatserne i borgerens nære miljø har udviklet sig og kræver et tæt samarbejde med almen praksis og sygehusene. Denne udvikling og tilhørende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen afspejles imidlertid ikke i den nuværende beskrivelse af hjemmesygeplejens opgaver i bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje. Derfor er der behov for at modernisere og præcisere bekendtgørelsen og vejledningen. Moderniseringen skal blandt andet sikre, at alle parter er opmærksomme på samarbejdsrelationen og forpligtelsen til samarbejde og understøtte, og at hjemmesygeplejen har mulighed for at varetage indsatserne i patientens nære miljø.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 9. Reglerne for hjemmesygepleje skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet vil tage initiativ til en revision af bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje.

Anbefaling 10 - Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Den specialiserede behandling på sygehusene kan ikke ses adskilt fra opfølgende behandling, rehabilitering og pleje i almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Rådgivningen fra sygehuse til kommuner og almen praksis skal i højere grad afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet. Som det fremgår af udvalgets målsætninger, vil en større del af opgaverne vedrørende mennesker med kroniske sygdomme og veludredte ældre medicinske patienter fremover blive varetaget uden for sygehusene. Det kræver tæt samspil mellem sygehuse, de kommunale sundhedstilbud og de praktiserende læger. Sygehusene skal i højere grad understøtte det øvrige sundhedsvæsen med specialistrådgivning, både generelt og i forhold til konkrete patienter. Dette skal understøtte at sundhedsvæsenet arbejder populationsbaseret.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Regionernes rådgivningsforpligtelse i sundhedsloven revideres, så den i højere grad understøtter opgaveløsningen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Tilrettelæggelsen af sygehusenes rådgivning sker i dialog med kommuner og praksissektoren og afstemt efter konkrete behov i den enkelte region.
- Kommunerne skal have nemmere adgang til rådgivning fra almen praksis.

Anbefaling 11 - Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb

Der er behov for at løfte kompetencerne hos det eksisterende sundhedspersonale i kommunerne, almen praksis og sygehuse, der i dag koordinerer og understøtter komplekse patientforløb på tværs. Der er især behov for at styrke social- og sundhedshjælpere og -assistenter systematiske handlekompetencer gennem praksisnær læring. Dernæst er der behov for at styrke kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, især i forhold til patienter med multisygdom.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Efter- og videreuddannelserne skal tilrettelægges så praksisnærhed er det bærende element.
- Kompetencerne hos social- og sundhedshjælpere og -assistenter til at reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom og dermed forståelse for effekten af tidlig indsats samt opfølgning herpå skal styrkes.
- Kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, herunder kompetencer til at handle på egne og andre medarbejders observationer skal styrkes.

Anbefaling 12 - Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

For at styrke de specialiserede kliniske kompetencer og kompetencer inden for håndtering af tværsektorielle forløb i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, har udvalget igangsat en ny specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker. Specialuddannelsen skal have fokus på kliniske og organisatoriske kompetencer samt formidling af disse til det øvrige sundhedsfaglige personale. Den mindre gruppe sygeplejersker skal dermed styrke de kliniske kompetencer i patientens nære miljø, men også samarbejdet, rådgivningen og forståelsen mellem sygehus, kommuner og almen praksis.

Derfor har udvalget anbefalet, at

- 12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen er gået i gang med at beskrive en ny specialuddannelse for sygeplejersker, hvor udvalget foreslår, at specialuddannelsen med fordel kan opbygges omkring fire emneområder:
 - 1) Almenkliniske kompetencer koblet med en rehabiliterende og borgerinddragende tilgang.
 - 2) Organisatoriske kompetencer – særligt i forhold til tværsektorielle forløb.
 - 3) Sundhedspædagogiske og formidlende kompetencer.
 - 4) Kvalitetsarbejde med fokus på organisatorisk forankring af viden samt implementering.

Anbefaling 13 - Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Der er i dag variation i omfanget og kvaliteten af sundhedstilbuddene i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det skyldes blandt andet forskelle i kommunernes tilbud, i regionernes organisering og i samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis, og gør, at udviklingen er fragmenteret og præget af tilfældigheder. Derfor er der behov for en national model for beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser med henblik på at skabe en fælles ramme for at arbejde systematisk og ensartet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal bl.a. medvirke til at realisere visionerne om, at patienter med de mest almindelige kroniske sygdomme og den veludredte ældre medicinske patient varetages i det nære sundhedsvæsen i 2025.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage indsatsen, herunder forpligtelserne i alle sektorer.
- Sundhedsstyrelsen skal prioritere områder, inden for udvalgets tre målgrupper, hvor der skal udarbejdes konkrete anbefalinger for de konkrete kommunale sundhedsopgaver, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt almen praksis og sygehusenes rolle. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen og indhold, kompetencer, samarbejde og kapacitet mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL finder, at den nationale model for kvalitetsplanlægning bør suppleres med en egentlig udviklingsplan for flytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen for at sikre opfyldelsen af udvalgets målsætninger om, at flere patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. En mere hensigtsmæssig fordeling af opgaverne i sundhedsvæsenet efter LEON-princippet skal bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen og udbygge det nære sundhedsvæsen. Processen med vurdering af opgavefordelingen bør ske med inddragelse af relevante parter.

Anbefaling 14 - Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme

Almen praksis har forudsætningerne for at spille en central rolle i behandlingen af bl.a. ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med visse psykiske lidelser. Blandt andet disse patientgrupper har et stort behov for en langvarig og kontinuerlig indsats, som de alment praktiserende læger har både kompetencerne og mulighederne for at understøtte. Fremtidens almen praksis skal derfor løfte et større ansvar i forhold til disse grupper, som har et længerevarende forløb uden behov for kontakt til det specialiserede sygehusvæsen. Det forudsætter en fleksibel adgang til specialiseret rådgivning fra sygehus, ligesom det forudsætter et stærkt samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme*

Det betyder konkret, at

- Kompetencerne i almen praksis skal løbende videreudvikles i tæt samspil med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

- Opgavevaretagelsen i almen praksis skal registreres og dokumenteres, og rammerne for at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling skal styrkes i sammenhæng med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen
- Regionerne skal udvikle og understøtte det alment medicinske tilbud gennem systematisk adgang til blandt andet specialistrådgivning.
- Almen praksis skal i højere grad samarbejde med sygehuse og kommunale sundhedstilbud, så patienterne oplever et sundhedsvæsen, der hænger sammen.
- Almen praksis skal i højere grad organiseres i bæredygtige enheder med flere læger, der arbejder sammen og anvender sundhedspersonale til en faglig velunderbygget arbejdsdeling i klinikken.

Anbefaling 15 - Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang

Den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger skal være udgangspunktet for indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er et afgørende skridt mod lighed i sundhed. Derfor skal indsatserne tilrettelægges differentieret, og patientens mestring af egen sygdom styrkes. Det skal sikre en individuel indsats til gavn for den enkelte patient, og være med til at frigøre ressourcer til de patienter, der har brug for andre og mere krævende indsatser samt den generelt stigende efterspørgsel i sundhedsvæsenet.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sygehuse, kommuner og praksissektoren aktivt og systematisk skal involvere patienten ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger samt styrke patientens mestring af egen sygdom.
- Sygehuse, kommuner og praksissektoren skal i højere grad tilrettelægge indsatserne ud fra populationsbaseret tankegang, hvor indsatser differentieres, eksempelvis ud fra risikostratificering af patientgrupper.
- Regioner skal sikre set-up for prøvetagning i borgerens nære omgivelser.

Anbefaling 16 - De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes

Mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug er en særlig sårbar gruppe. Disse borgeres problemstillinger er ofte komplekse, ligesom borgerens misbrug kan modvirke psykiatrisk behandling og omvendt. Det stiller krav til kvaliteten og samtidighed i indsatsen. På nationalt og lokalt niveau er der igangsat mange projekter, der har til formål at styrke indsatsen og samarbejdet om mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug. Der mangler dog viden om de effektive indsatser af høj kvalitet til gavn for borgeren. Der er behov for at udbrede bedste praksis.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Stat, kommuner og regioner skal øge viden gennem en erfaringsopsamling.
- Kommuner og regioner aktivt skal sikre, at tilrettelæggelsen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug sker med udgangspunkt i evidens og erfaringer fra effektive indsatser, der skaber højere kvalitet i indsatserne til gavn for den enkelte.

Anbefaling 17 - Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Mistrivsel kan i perioder være en naturlig del af det at være ung, men uanset kan mistrivsel have alvorlige konsekvenser for den enkelte og i nogle tilfælde være et tegn på psykisk lidelse. Derfor er det afgørende, at børn og unge får tilbud om rette tidlige indsatser og at samarbejdet mellem de kommunale tilbud, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri er stærkt. I de seneste år har der været en stigning i antallet af børn og unge, der mistrives og som skal takle psykiske udfordringer. Det betyder, at der både i kommunerne og i den regionale psykiatri er et stigende behov for indsatser for denne gruppe. Derfor er der behov for at styrke indsatserne og samarbejdet om børn og unge, der mistrives, og der er behov for at få bedre indblik og større viden på området. Større viden og en styrket indsats samt samarbejde skal understøtte, at børn og unge får den rette indsats i rette tid, og at indsatserne finder sted, hvor det fagligt og økonomisk er mest hensigtsmæssigt.

Derfor anbefaler udvalget, at:

17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Det betyder blandt andet konkret, at

- De forebyggende og tidlige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for børn og unge, der mistrives, skal styrkes. Det indebærer både de kommunale og regionale indsatser, herunder regionernes understøttelse med relevant rådgivning.
- Der skal skabes større viden om børne- og ungeområdet, herunder afprøvede initiativer ift. at skabe en sammenhængende indsats for gruppen.
- Der skal følges op på de igangværende initiativer, herunder de tværgående forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer, der skal understøtte en styrket tværsektoriel indsats.

Anbefaling 18 - Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet.

De digitale muligheder er med til at flytte rammerne for, hvordan og hvor indsatserne i sundhedsvæsenet kan varetages. Det skal det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udnytte til at understøtte og involvere patienten i patientens nære miljø, blandt andet gennem brug af telemedicinske løsninger. Den digitale understøttelse skal tilgodese mange patienters ønske om aktivt at være en del af indsatserne. Samtidig kan de digitale løsninger bidrage til bedre udnyttelse af tid og ressourcer i sundhedsvæsenet såvel på det somatiske som det psykiatriske område.

Derfor anbefaler udvalget, at

18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, skal arbejde sammen om den landsdækkende implementering af telemedicin med fokus på videndeling og fælles opgaveløsning, hvor det giver mening.
- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, afprøver nye teknologier og telemedicinske løsninger.
- Stat, kommuner og regioner dokumenterer i fællesskab erfaringerne fra afprøvningsprojekterne og implementerer de virksomme løsninger i stor skala.
- Stat, kommuner og regioner undersøger i fællesskab mulighederne for, at borgerne som led i behandling eller forebyggelse i højere grad kan anvende fx smartphones, wearables og apps til selv at indsamle sundhedsoplysninger.

Anbefaling 19 - Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren

Det danske sundhedsvæsen er på mange områder nået langt i arbejdet med at digitalisere det kliniske arbejde og kommunikationen i sundhedsvæsenet. Det er dog afgørende, at sundhedsvæsenet følger med den teknologiske udvikling og udnytter potentialet i de bedre og mere funktionelle løsninger, som løbende udvikles.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet skal sikre klarhed om de gældende regler om anvendelse af data.
- Kommuner og regioner skal sikre, at medarbejderne kender deres muligheder for at dele og udveksle oplysninger til den direkte patientbehandling og til kvalitetsopfølgning inden for lovgivningens rammer
- Kommunerne og regionerne sikrer, at medarbejderne kan se og registrere fælles oplysninger let og meningsfyldt direkte i deres fagsystemer.
- Stat, regioner og sygehuse understøtter moderniseringen kommunikation mellem sektorer så epikriser, henvisninger og korrespondancer bliver mere målrettede, handlingsorienterede og rettidige. Samtidig undersøges mulighederne for, at relevante kommunale sundhedspersoner modtager konkrete patienters epikriser ved behov.
- De lovgivningsmæssige rammer skal løbende udvikles, så de understøtter moderne og sikre muligheder for at indsamle og anvende oplysningerne og data, herunder kobling af data.

Anbefaling 20 - Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal øge synligheden om aktivitet og resultater. I takt med at flere og mere komplekse opgaver skal varetages i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er det afgørende at få udbygget og nyttiggjort data, særligt fra praksissektoren og kommunerne. Ligeledes er et mere dækkende tværsektorielt datagrundlag en væsentlig forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan udnytte ressourcer bedst muligt, tilrettelægge mere integrerede indsatser og skabe mere sammenhængende patientforløb.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Staten stiller relevante data til rådighed for kommunerne, regionerne, herunder praksissektoren. Det skal give kommuner og regioner mulighed for at kunne evaluere indsatserne og planlægge en mere målrettet og sammenhængende indsats for den enkelte patient. Det kræver samtidigt, at kommuner og regioner har det rette og sikre set-up for behandlingen af disse data.
- Kommunerne og regionerne sikrer, at personalet har adgang til relevante data, der muliggør sammenligning af resultater på tværs og til planlægning samt tilrettelæggelse af en sammenhængende indsats af høj kvalitet.
- Der skal være bedre gennemsigtighed og synlighed om det sammenhængende sundhedsvæsen med henblik på at understøtte kvalitetsudvikling. Praksissektoren skal styrke gennemsigtighed og adgang til oplysninger om aktivitet, kvalitet og økonomi. Kommunerne skal udvikle strukturerede data, som kan skabe gennemsigtighed og anvendes til det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

3. Tendenser og udfordringer i sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen skal være i stand til at sikre sundhed af høj kvalitet for alle patienter i hele landet. Det kræver, at sundhedsvæsenet adresserer de tendenser og udfordringer, som eksisterer i dag og fremover.

En af de afgørende tendenser i sundhedsvæsenet er udviklingen mod kortere og mere intensive behandlingsforløb på sygehusene, målretning af tilbud efter behov og mere behandling i eller tæt på patientens eget hjem. En af de store udfordringer for sundhedsvæsenet er samtidig de kommende års demografiske udvikling og udvikling i sygdomsmønsteret. Tilsammen skaber det et behov for at se på, dels hvordan kvaliteten, kompetencerne og kapaciteten i de nære sundhedstilbud kan styrkes i takt med, at der skal varetage flere opgaver og dels at se på, hvordan omkostningseffektiviteten og sammenhængen på tværs af sektorer i hele sundhedsvæsenet kan styrkes, herunder hvor og hvordan opgaverne mest hensigtsmæssigt løses og forankres.

I dette kapitel beskrives de nuværende og kommende års udviklingstendenser, som især medvirker til behovet for et stærkere, nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenet er et vigtigt og højt prioriteret velfærdsområde. I 2015 var de samlede offentlige udgifter til sundhedsvæsenet på knap 163 mia. kr. (2017-priser) jf. tabel 1, hvilket svarer til cirka 30 pct. af det samlede offentlige forbrug.

Over de seneste år er der således prioriteret flere midler og ansat mere sundhedsfagligt personale i det danske sundhedsvæsen, men presset på sundhedsvæsenet vokser, og karakteren af de efterspurgte ydelser ændrer sig konstant. Derfor er det en væsentlig udfordring for holdbarheden i den offentlige økonomi at sikre en hensigtsmæssig udgifts-udvikling i sundhedssektoren.

Internationalt vurderer man, at især seks tendenser, der rummer både udfordringer og muligheder, fremadrettet vil få betydning for sundhedsvæsenets udvikling:

1. Den aldrende patient og vigende arbejdsstyrke
2. Stigning i antallet af mennesker med kronisk sygdom og multisygdom
3. Teknologiske muligheder og stigende specialisering
4. Større adgang til information og brug af data
5. Patientens forventninger og ressourcer

Mia. kr.	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stat	1,0	1,3	1,5	1,5	1,3	1,3	1,0	0,9	1,0
Region	106,3	109,5	112,6	112,2	111,4	115,3	116,0	117,9	120,0
Kommune	37,7	38,4	40,0	39,9	39,2	39,7	40,0	41,0	41,8
I alt	145,1	149,2	154,1	153,5	151,8	156,3	157,0	159,8	162,7

Anm.: Det offentlige forbrugsudgifter består af de varer og tjenesteydelser, som den offentlige sektor stiller gratis til rådighed for borgerne. Forbrugsudgifterne svarer til summen af den offentlige produktion og sociale ydelser i naturalier fratrukket salg af varer og tjenester, herunder brugerbetaling. Det offentlige forbrug indeholder både drifts- og kapitaludgifter. Ifølge nationalregnskabs COGOG-klassifikation dækker forbrugsudgifter i det regionale sundhedsvæsen hovedsageligt over udgifter til sygehuse inkl. central administration, sygesikringen fx almen læge, praktiserende speciallæge, tandlæge, fysioterapi og medicintilskud. Forbrugsudgifter i det kommunale sundhedsvæsen dækker hovedsageligt over udgifter til genoptræning og vedligeholdelsestræning, vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut, kommunal tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse og andre sundhedstjenester. Derudover omfatter forbrugsudgifterne i det kommunale sundhedsvæsen også en delmængde af udgifterne til pleje og omsorg af ældre og handicappede, forebyggende indsatser for ældre og handicappede og hjælpemidler og boligindretning.

Kilde: Særkørsel fra Danmarks Statistik - OFF241

6. Udnyttet potentiale i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Betydningen af de seks tendenser i en dansk sammenhæng beskrives i det følgende.

Den aldrende patient, stigning i antallet af mennesker med kronisk sygdom samt udvikling i psykiatrien

De to første tendenser udspringer af den demografiske udvikling. Som figur 2 viser, sker der en markant stigning i gruppen af 75-84-årige over de næste år.

I de kommende 20-30 år forventes stigningen i antallet af ældre borgere over 75 år for alvor at tage fart, og stigningen i antallet af ældre borgere vil overgå den skønnede generelle befolkningsudvikling. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. Frem mod 2030 forventes en stigning i antal borgere over 75 år på 250.000 personer og i 2050 en stigning på knap 500.000.

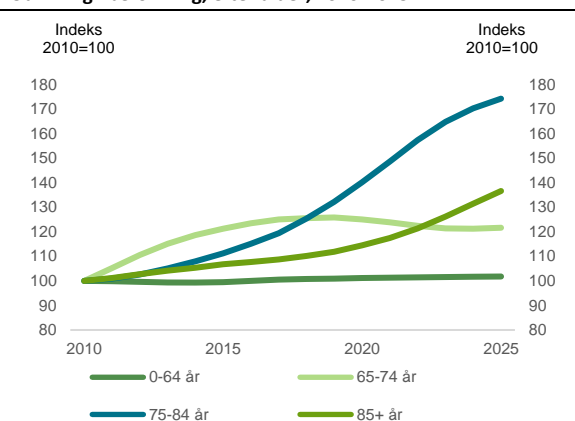
Det betyder også, at der forventes at komme flere borgere, der skal leve med én eller flere kroniske sygdomme. Antallet af danskere, som lever med en kronisk sygdom er allerede steget gennem de seneste år. I 2014 havde over 860.000 voksne danskere minimum én af de udvalgte kroniske sygdomme². Det kan groft skønnes, at antallet af personer med de udvalgte kroniske sygdomme (eksklusiv hjertesvigt) stiger knap 60 pct. fra 2013 til 2025. Skøn over udviklingen af danskere med kroniske sygdomme fremgår af figur 3. Kort inden udvalgets afrapportering har Statens Institut for Folkesundhed foretaget en fremskrivning af de kroniske sygdomme type 2-diabetes og KOL. Fremskrivningen viser, at diabetesdiagnoserne forventes næsten at blive fordoblet frem mod 2030. Og KOL-diagnoserne ventes at stige med op mod 40 procent til cirka 250.000 de næste 13 år³.

Den demografiske udvikling med en aldrende befolkning, og dermed også mindre arbejdsstyrke, skaber et stigende pres på sundhedsvæsenets ressourcer, fordi ældre oftere er i kontakt med både sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og almen praksis end resten af befolkningen. Ligesom flere mennesker med kroniske sygdomme betyder større udgifter i sundhedsvæsenet.

Ældre borgere er generelt mere syge og efterspørger flere sundhedsydelse i det regionale sundhedsvæsen, hvorfor udgifterne pr. indbygger er stigende med alderen, jf. figur 4.

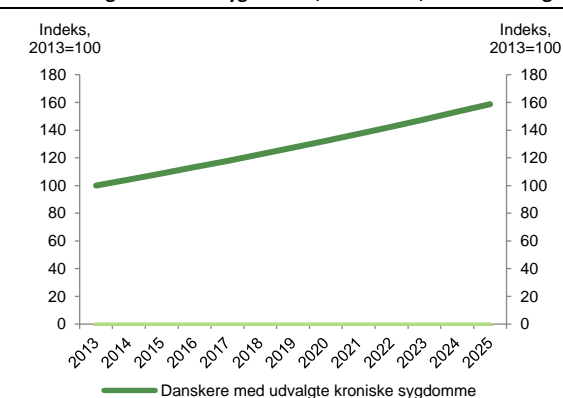
Med stigende alder er der også et stigende behov og afhængighed i forhold til pleje og hjælp til praktiske opgaver i hjemmet samt hjemmesygepleje. Det ses dog først for alvor blandt de ældste borgere. Det er således

Figur 2
Udvikling i befolkning, efter alder, 2010-2025



Anm.: Befolkningen opgjort pr. 1. januar i alle fremskrivningsår.
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3
Skøn over udviklingen af danskere (18+ år) med min. én af de seks udvalgte kroniske sygdomme, 2013-2025, fremskrivning.



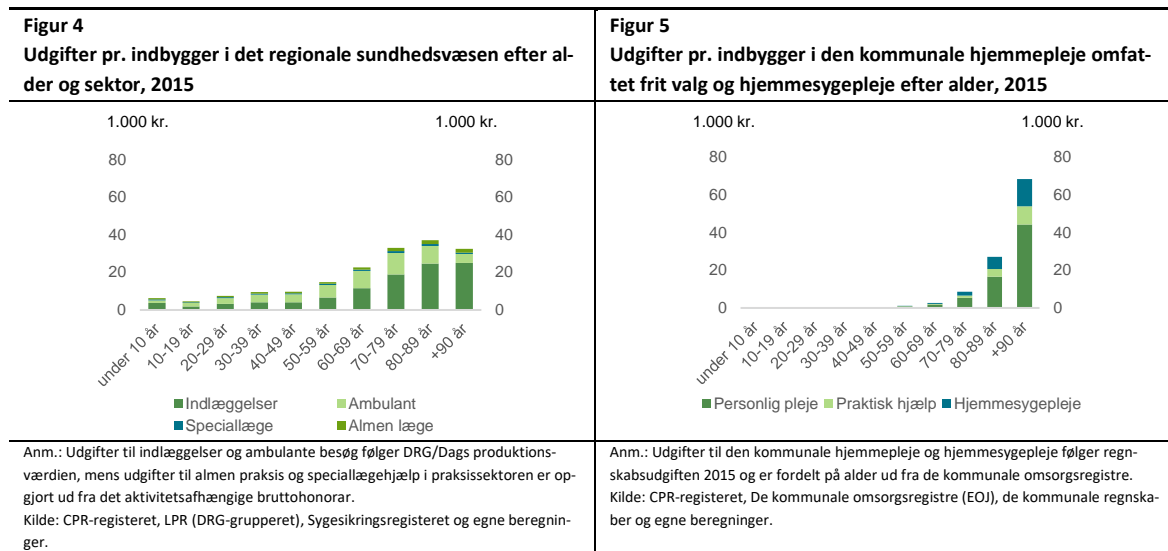
Anm.: Baseret på historisk udvikling i antal personer med de udvalgte kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma (2009-2013), befolkningsudviklingen fra Danmarks Statistik (2009-2015) og befolkningsfremskrivningen fra DREAM (2016-2025).
Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

² KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma

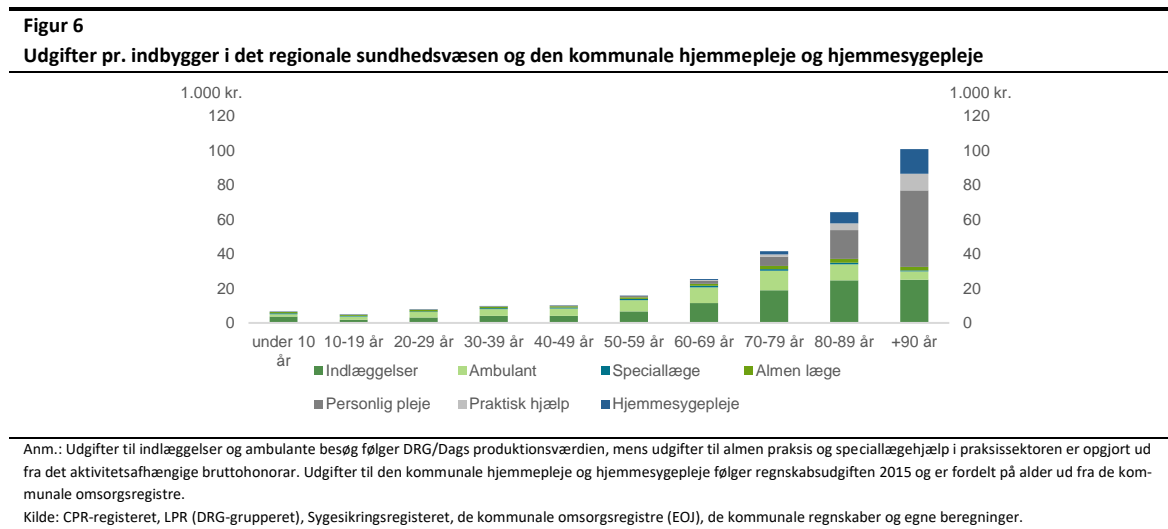
³ "Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes, Statens Institut for Folkesundhed, 2017

få borgeren i aldersgrupperne op til 70 år, som modtager hjemmehjælp. Og det er først fra omkring de 75 år, at der ses en stigende brug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje blandt de ældre.

Der ses en vedvarende stigning i forbruget af ydelser i plejesektoren. Forbruget af ydelser i plejesektoren er således dobbelt så stort for borgere i alderen +90 år i forhold til borgere 80-89 år. Stigningen skyldes både stigende forbrug af personlig pleje og praktisk hjælp samt hjemmesygepleje.



Derudover ses også en betydelig niveaumæssig forskel i udgifter blandt borgere over 90 år gammel.



En forventelig dæmper på udgiftspresset på sundhedsvæsenet kan imidlertid være, hvis befolkningens forventede længere levetid samtidig betyder flere raske leveår. Ofte præsenteret som "sund aldring". Sund aldring forudsætter dog, at sundhedstilstanden i de ekstra leveår forbedres i forhold til tidligere generationer. Derfor er der et langsigtet potentiale i forhold til et fortsat stærkt fokus på den brede borgerrettede forebyggelse, blandt andet i dagtilbud, folkeskoler, på arbejdspladser og i byrummet mv.

Udviklingen i psykiatrien og i de kommunale indsatser til børn, unge og voksne med psykiske problemstillinger

Over de seneste år har det psykiatriske sygehusvæsen, i lighed med det somatiske sygehusvæsen, gennemgået en udvikling med fokus på specialisering af indsatserne og stigende aktivitet i den ambulante behandling ud fra ønsket om at understøtte den enkeltes hverdagsliv. Samtidig er ventetiden i psykiatrien faldet markant i de senere år, mens flere henvises til udredning og behandling. Udviklingen har afsæet i et klart og bredt politisk ønske om at ligestille psykiatriske patienter med andre patienter i det danske sundhedsvæsen, og sikre dem

samme lige adgang til hurtig udredning og behandling samtidig med, at kvaliteten fastholdes. Udviklingen har betydet, at mennesker med psykiske lidelser i gennemsnit er indlagt kortere tid på sygehuse, og at flere er i behandling i det nære miljø.

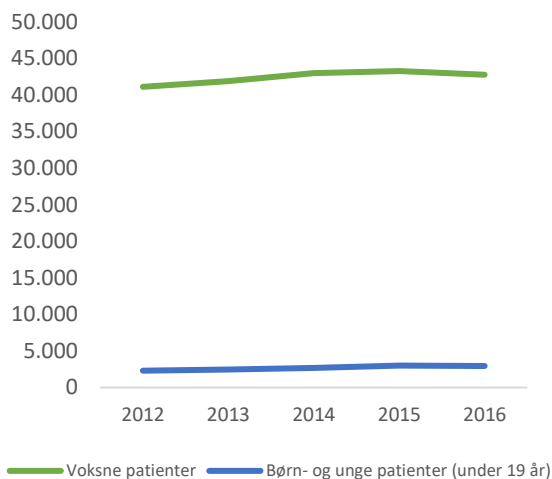
Der har været en betydelig stigning i antallet af patienter i kontakt med psykiatrien over de seneste år. I 2012 var der 1.069.000 kontakter til psykiatrien⁴, mens der i 2016 var 1.340.000 kontakter, svarende til en stigning på 25 pct. Antallet af voksne unikke patienter i kontakt med den regionale psykiatri er steget fra 98.200 i 2012 til 115.600 i 2016, svarende til en stigning på 17 pct.

I samme periode er antallet af unikke børne- og unge patienter (under 19 år) i den regionale psykiatri steget fra ca. 27.000 til ca. 33.900 patienter, svarende til en stigning på ca. 25 pct. Der er således sket en stigning i aktiviteten og antallet af patienter i psykiatrien. Stigningen skal ses i lyset af udrednings- og behandlingsretten og de faldende ventetider, der understøtter en let og lige adgang, hvor flere udredes og behandles end tidligere.

Stigningen i aktiviteten i den regionale psykiatri har primært været inden for den ambulante behandlingspsykiatri. I perioden fra 2012 til 2016 er antallet af ambulante besøg steget med ca. 26 pct. For voksne patienter er det gennemsnitlige antal ambulante besøg per ambulante patient steget med 5 pct. og med 3 pct. for børn og unge (under 19 år) er antallet af indlæggelser i psykiatrien steget med ca. 5 pct., mens det gennemsnitlige antal senge-dage under indlæggelse i psykiatrien er faldet med ca. 10 pct. i samme periode.

Ligeledes har kommunerne oplevet en væsentlig stigning i antallet af børn, unge og voksne, der har behov for støtte som følge af psykiske problemstillinger.

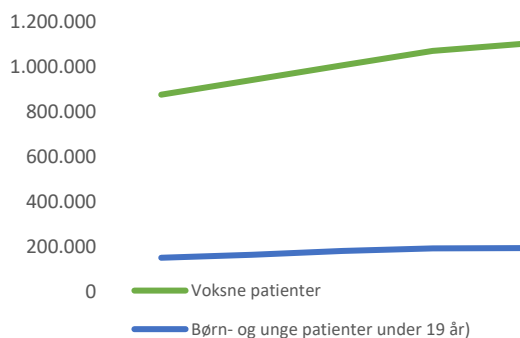
Figur 7
Udvikling i antal af indlæggelser i den regionale psykiatri, 2012-2016, opgjort for hhv. voksne og børn/unge patienter (under 19 år)



Anm.: Tabellen omfatter kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse eller som har modtaget offentligt betalt behandling på privatsygehuse. En indlæggelse tæles som en patients udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 8
Udvikling i antal ambulante besøg i den regionale psykiatri, 2012-2016, opgjort for hhv. voksne og børn/unge patienter (under 19 år)



Anm.: Tabellen omfatter kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse eller som har modtaget offentligt betalt behandling på privatsygehuse. Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg opgøres som en ambulant patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for sygehuset, i et såkaldt udebesøg. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. Skadestuekontakt og akut ambulant kontakt indgår under ambulante besøg.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen.

⁴ Antal kontakter er summen af ambulante kontakter og indlæggelser jf. anmærkningerne i ovenstående grafer.

På børn- og ungeområdet er alle kommuner forpligtet til at vurdere det enkelte barns behov i henhold til lov om social service. Det indebærer såvel forebyggende som mere indgribende indsatser. Forebyggende indsatser er eksempelvis rådgivning og familievejledning, mens mere indgribende indsatser eksempelvis er familiebehandling og anbringelser i plejefamilier og på døgntilbud. Kommunerne har de senere år prioriteret indsatser, der hjælper barnet i sit nærmiljø.

Ses der særskilt på udviklingen i de specialiserede indsatser til børn og unge, der er diagnosticeret i psykiatrien, viser en undersøgelse fra 2017, at der i de seneste år er der sket en stigning i antallet af anbragte børn og unge med psykiatriske diagnoser. Børn og unge med svære psykiske lidelser, som anbringes uden for hjemmet, bliver således overvejende anbragt på døgninstitutioner frem for i familiepleje. Blandt alle anbragte børn i plejefamilier har mindre end 15 pct. en psykiatrisk diagnose. Til sammenligning har 35 pct. af dem, der er anbragt på døgntilbud en psykiatrisk diagnose.⁵

Kommunerne har siden 2007 haft det samlede myndigheds- og driftsansvar for den sociale rehabiliteringsindsats over for voksne med en psykisk lidelse. Indsatserne dækker bl.a. over aktivitetstilbud, støtteordninger og botilbud samt kommunal genoptræning, sygepleje, misbrugsbehandling og beskæftigelsesrettede indsatser. Rehabiliterende sociale indsatser til voksne med svære psykiske problemstillinger ydes typisk med hjemmel i serviceloven og varetages af kommunale, private eller regionale leverandører. For borgere med psykiske lidelser kan rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi efter anden lovgivning også ofte være relevant, fx sygepleje efter sundhedsloven og rehabiliteringsforløb efter beskæftigelseslovgivningen.

Kommunerne har de seneste år oplevet, at voksne med svære problemstillinger på botilbud har mere omfattende behov for støtte og større koordinationsbehov, og at der har været en markant stigning i tilgangen af borgere med behov for støtte i hverdagen.^{6,7}

Kommunerne har de senere år enten på eget initiativ eller i kraft af fællesoffentlige og nationale prioriteringer haft fokus på vidensbaseret arbejde, styrket dokumentation, velfærdsteknologiske hjælpemidler samt generelt at udvikle af den faglige rehabilitering af mennesker med svære funktionsnedsættelser. Det være sig mod øget fleksibilitet i form af fx socialfaglige akuttilbud, mere målrettede og fleksible rehabiliteringsforløb med såvel individuelle som gruppebaserede forløb, modernisering af botilbud og generelt udvikling af rehabiliteringsindsatser i borgernes nærmiljø.

KL's opgørelse af udviklingen i socialpsykiatrien
Ifølge KL's beretninger er udgifterne fra 2013 til 2016 til socialpædagogisk støtte og botilbud for voksne med funktionsnedsættelser samlet set steget med godt 1 mia. kr. - fra 18,4 mia. kr. til 19,6 mia. kr.

Antallet af voksne mennesker med funktionsnedsættelse, der modtager socialpædagogisk støtte er ifølge KL's beregninger steget fra 24.000 i 2009 til 42.000 i 2015 svarende til en stigning på 72 pct. Antallet af beboerne i botilbud er steget fra knap 19.000 i 2010 til 24.000 i 2015 svarende til en stigning på 29 pct. Stigningen er sket for alle aldersgrupper, men mest blandt unge under 30 år.

Med kortere indlæggelsestider og flere patienter i ambulante behandling øges behovet for samarbejde mellem sygehusene, kommuner og almen praksis. Kommunerne oplever desuden, at de kortere indlæggelsestider påvirker og øger behovet for kommunale indsatser for mennesker med psykiske lidelser i socialpsykiatrien. Kommunerne oplever, at kompleksiteten og støttebehovet hos nogle mennesker med psykiske lidelser er stigende. Kommunerne udtrykker bekymring for manglende kapacitet i behandlingspsykiatrien, og at udviklingen i mod kortere indlæggelsestider betyder, at patienter udskrives uhensigtsmæssigt tidligt. Regionerne udtrykker bekymring for manglende kapacitet på relevante kommunale tilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Udvalget har inden for gruppen af mennesker med psykiske lidelser især haft fokus på forslag til gavn for dobbeltdiagnosticerede, dvs. mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt stofmisbrug og/eller svært alkoholoverforbrug. Mennesker med dobbeltdiagnose har ofte komplekse og tværsektorielle problemstillinger. Eksempelvis er misbrugsbehandlingen ofte en forudsætning for den psykiatriske behandling og omvendt. Det betyder, at denne gruppe i udpræget grad har brug for samtidige indsatser, der kræver et tæt samarbejde mellem sektorer.

⁵ Anbragte i plejefamilier og psykiatriske diagnoser, Velfærdspolitisk Analyse nr. 11, maj 2017

⁶ DSI, Opgaveudvikling på psykiatriområdet, 2011.

⁷ Fælles om fremtidens socialpolitik, KL-udspil om voksensocialområdet, maj 2017.

Opgørelser over antallet af dobbeltdiagnosticerede er behæftet med usikkerhed og opgørelser via registre vurderes at være en underestimering. Dels fordi det ikke er muligt at identificere patienter, der behandles og diagnosticeres i primærsektoren, da data på diagnoser herfra ikke foreligger. Og dels fordi der forventes at være borgere med både en psykisk lidelse og et stofmisbrug/svært alkoholoverforbrug, som ikke modtager behandling.

Sundhedsdatastyrelsen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen opgjort antallet af dobbeltdiagnosticerede med udgangspunkt i Landspatientregisteret, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Registeret over Stofmisbrugere i Behandling (SIB) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR). Opgørelsen tager udgangspunkt i borgere, som

- har fået stillet en psykiatrisk diagnose i sygehusvæsenet (LPR) af en væsentlig, relevant karakter, der fx udelukker skadelig brug af tobak, seksuelle afvigelse, mental retardering eller psykiske udviklingsforstyrrelser
- modtager behandling for skadeligt alkoholforbrug, alkoholafhængighed eller stofmisbrug gennem enten offentligt betalte behandlingsforløb og/eller via medicin
- har haft en kontakt til sygehusvæsenet med en stofmisbrugsrelateret og/eller en relevant alkoholrelateret diagnose.

Tabel 2

Borgere med dobbeltdiagnose i behandling

	2011	2012	2013
Stofmisbrug	7.998	8.529	9.130
Svært alkoholoverforbrug	9.380	9.252	9.142
Samlet	15.180	15.555	15.946

Anm.: Opgørelsen viser antallet af unikke borgere, der i opgørelsesåret har været i sygehusbehandling for en psykisk lidelse, og som 6 måneder før eller 6 måneder efter har været i behandling for et stofmisbrug eller et alkoholoverforbrug. Når der tælles unikke patienter, er der tale om unikke patienter inden for hver diagnosegruppe - én borger kan således i et givet år optræde med en dobbeltdiagnose relateret til både et alkoholoverforbrug og et stofmisbrug. Dertil kommer, at der i den samlede opgørelse også indgår borgere med en psykiske lidelse, der er i behandling med lægemidlet Naltrexon, der anvendes mod både alkoholafhængighed og stofmisbrug, og derfor ikke entydigt kan henføres til et specifikt overforbrug/misbrug. Dette omfatter omtrent 50-100 borgere årligt. Således summerer tallene ikke nødvendigvis i tabellen.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR), Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), Sundhedsdatastyrelsen.

Som det fremgår af tabel 2 er antallet af dobbeltdiagnosticerede i behandling steget fra ca. 15.000 i 2011 til ca. 16.000 i 2013 svarende til en stigning på ca. 5 pct. Stigningen skyldes en stigning i dobbeltdiagnosticerede med et stofmisbrug, der i perioden er steget med ca. 14 pct., mens borgere dobbeltdiagnosticeret med et alkoholoverforbrug er faldet med ca. 3 pct. Det er forbundet med usikkerhed, om stigningen er et udtryk for en reel stigning i antal sygdomstilfælde, eller om det skyldes, at man i stigende grad er opmærksom på at få diagnosticeret en eventuel underliggende psykisk lidelse hos mennesker med misbrug eller at få registreret misbrug hos mennesker, der får behandling for psykiske lidelser.

Teknologiske muligheder og afledte konsekvenser i det nære sundhedsvæsen af udviklingen i sygehusvæsenet

Patienter tilbydes i dag en langt mere specialiseret indsats samtidig med, at nye behandlingsformer og ny teknologi gør det muligt at tilbyde stadig mere skånsom behandling af højere kvalitet. Det betyder, at det danske sundhedsvæsen kan behandle langt flere patienter, og at patienterne generelt befinder sig kortere tid på sygehusene, som illustreret med figur 9. Det er en tilsigtet udvikling, at patienterne i stigende omfang behandles ambulant eller i dagtilbud, og at de opholder sig på sygehusene så kort tid, som muligt.

Udviklingen i sygehusvæsenet stiller nye krav til understøttelsen af patienten og tilbuddene uden for sygehusene.

Kommunerne har blandt andet som konsekvens heraf fået og får stadig flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet. Opgaverne varetages ofte i samarbejde med sygehuset, som fortsat har det lægelige behandleransvar. I KL's spørgeskemaundersøgelse fra november 2016⁸ oplyser 9 ud af 10 kommuner, at de varetager behandlingsopgaver, der tidligere blev løst på sygehuset. Det er en stigning på 10 pct. point siden 2015.

⁸ KL's dataindsamling 2016

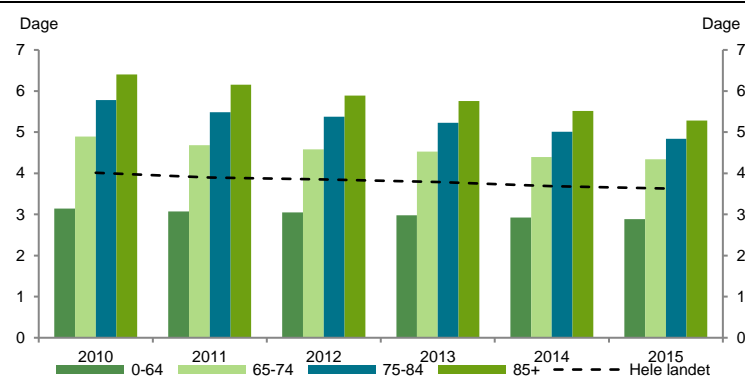
Konkret varetager:

- 100 pct. af kommunerne opgaver vedrørende diverse katetre, dræn og sonder
- 81 pct. af kommunerne opgaver vedrørende hjemmedialyse
- 78 pct. af kommunerne opgaver vedrørende intravenøs behandling
- 36 pct. af kommunerne opgaver vedrørende hjemmekemoterapi

Der er relativt beskedne regionale forskelle i, om kommunerne oplyser, at de varetager opgaver, som tidligere blev løst i sygehusregi. Imidlertid er der store regionale forskelle i, om der er indgået aftaler om opgaveoverdragelse. Således ligger niveauet for dette på 68-94 pct. blandt kommunerne i Region Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark, mens 48 pct. af kommunerne i Region Hovedstaden og kun 24 pct. af kommunerne i Region Sjælland har indgået aftaler om opgaveoverdragelse.

Den nye sygehusstruktur medfører samtidigt, at en del af danskerne især i visse dele af landet får læn- gere til sygehusene. For at hånd- tere disse nye krav til indsatsene uden for sygehusene har kommu- nerne styrket de borgernære tilbud. Indsatsene omfatter blandt andet tidlig opsporing og hjemmesyge- pleje til borgere, der efter udskriv- ning fra sygehus har komplekse pleje-, rehabiliterings- og behand- lingsbehov. Samtidig har kommu- nerne styrket sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud til såvel raske borgere som patienter med kroniske sygdomme og til borgere med kom- plexe behov.

Figur 9
Gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse, fordelt på aldersgruppe, 2010-2015.



Anm.: En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse. Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være en sengedag pr. indlæggelse. Alder er opgjort primo året.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet på baggrund af DRG-grupperet landspatientregister.

Større adgang til information og brug af data

Gennem større adgang til information og bedre brug af data er der mulighed for at få både mere og bedre viden om patienterne samt flere behandlingsmuligheder. Viden, som kan hjælpe i overgangene og være med til at skabe højere kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenets indsatser. Samtidig kan bedre data skabe mulighed for at forudse og i visse situationer endda forebygge borgernes behov for sundhedsydelse. Det forudsætter imidlertid den rette adgang til at tilgå og dele data med henblik på behandling og kvalitetsudvikling.

Adgangen til information og bedre brug af data gør, at mange borgere i stigende grad er velinformerede og dermed også kan stille større krav til sundhedsvæsenets ydelser. Samtidig ønsker flere patienter i høj grad at hjælpe sig selv, gerne gennem arbejdsgange og teknologi, der eksempelvis overflødiggør et besøg hos lægen eller på sygehuset. Nye løsninger åbner således op for nye "hjælp til selvhjælps-muligheder" som kan tilgås hjemmefra. I forlængelse heraf kan der være potentiale i bedre inddragelse af patienternes pårørende og netværk. For andre patienter er vejen til mestring af egen sygdom ikke nødvendigvis bedst understøttet med de samme løsninger. Det er derfor helt centralt, at sundhedsvæsenets indsatser tilrettelægges med udgangspunkt i patienternes individuelle ønsker, mål og ressourcer under inddragelse af pårørende.

Et uudnyttet potentiale i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Internationalt⁹ peges der på, at der er potentiale for, at forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje af udvalgte patientgrupper i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan være med til at forebygge kom-

⁹ WHO rapport 2016: "Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions"

plikationer og alvorlige sygdomme samt mindske behovet for indlæggelse. Ligesom det ud fra et ressource-spørgsmål kan være omkostningseffektivt at løse udvalgte opgaver tæt på borgeren og uden for specialiserede sygehuse, fx i sygeplejeklinikker, sundhedshuse eller lægepraksis.

Der har været og er fortsat fokus på at styrke indsatserne og samarbejdet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Kommunerne har gennem mange år arbejdet med at styrke tilbuddene i borgerens nære omgivelser. Bl.a. oplyser 98 pct. af kommunerne, at de i dag har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med diabetes, KOL, kræft og hjertekarsygdomme. 81 pct. af kommunerne har akutfunktioner med særlige sygeplejefaglige kompetencer¹⁰. Parallelt med - og som en konsekvens af - at kommunerne har styrket indsatserne, har kommunerne i perioden 2007-2016 ansat 25 pct. flere sygeplejersker, 68 pct. flere ergo- og fysioterapeuter og 60 pct. flere SOSU-assistenten. Der er således samlet sket en stigning i antallet af autoriserede sundhedspersoner i kommunerne fra 2007-2016. Udviklingen skal ses i lyset af, at der i samme periode er sket et samlet fald i antallet af kommunale medarbejdere på tværs af de kommunale velfærdsområder. Sundhedsstyrelsens 11 forebyggelsespakker har fået stor gennemslagskraft og betydning for det forebyggende arbejde i kommunerne og analyser indikerer, at alle kommuner tilbyder borgerne rygestoptilbud¹¹.

Ligeledes har regionerne udviklet og styrket de udadvendte funktioner. Det gælder eksempelvis adgang til specialistrådgivning for kommuner og almen praksis samt udgående team fra sygehuse til behandling i eller nær patientens hjem.

Også nationalt er igangsat forskellige initiativer og handlingsplaner med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb, som opridset i indledningen.

Der er dog fortsat behov for og potentiale i at videreudvikle og ensarte kvaliteten i det nære og sammengængende sundhedsvæsen.

Én ud af flere indikatorer på sundhedsvæsenets evne til at forebygge og samarbejde om borgers sundhed er antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser. Som det fremgår af figur 10, tyder det på, at der er potentiale for forbedringer i forebyggelsen af u hensigtsmæssige indlæggelser, både nationalt, regionalt og kommunalt.

Regionernes udadvendte funktioner

Regionernes udadvendte funktioner dækker over alle de regionale ordninger og tilbud, som rækker ud over sygehusenes matrikel. Udgående funktioner og specialistrådgivning er eksempler på udadvendte funktioner i regionerne.

Udgående funktioner er ordninger, hvor sundhedspersonale fra sygehusene gennemfører behandling eller opfølgning efter udskrivning uden for sygehuset, eksempelvis i borgeren eget hjem. Det kan være udgående teams og mobile laboratorier.

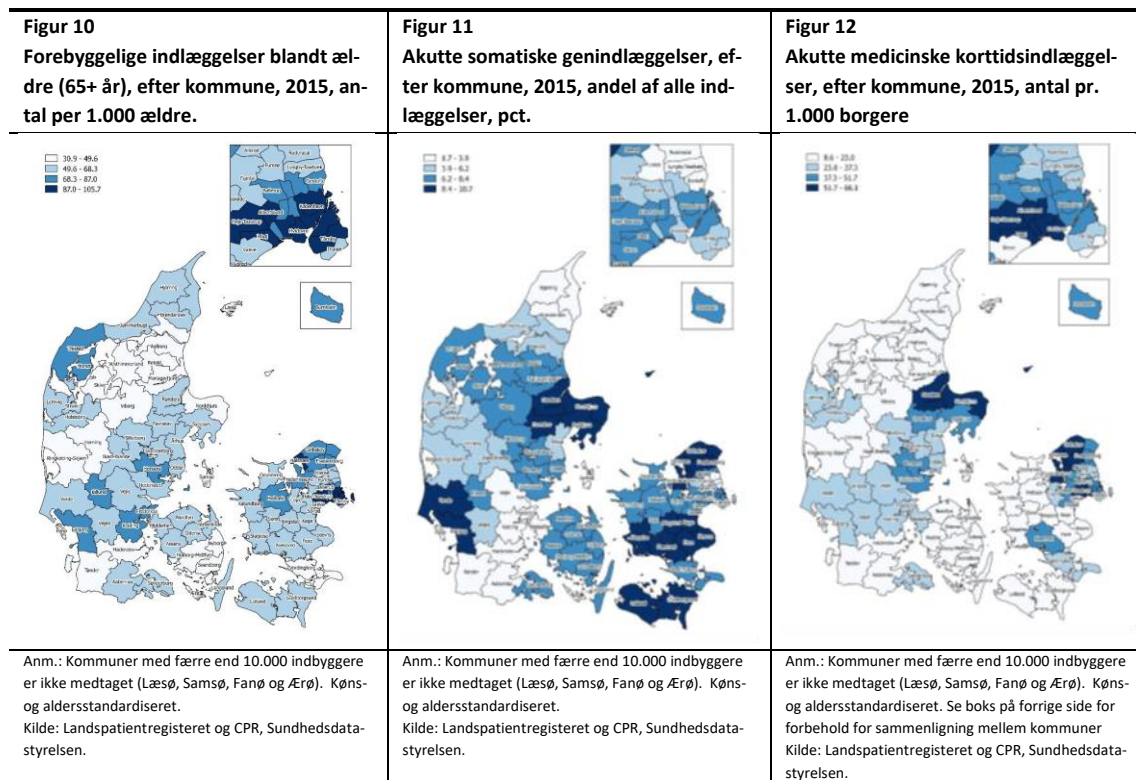
Specialistrådgivning er ordninger, hvor en sundhedsfaglig specialist på sygehuset fx i det konkrete patientforløb tilbyder rådgivning både generelt og i konkrete patientforløb til almen praksis og/eller kommunale sundhedstilbud

I 2015 varierede andelen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre betydeligt på tværs af regioner og kommuner, jf. figur 11. I 2015 varierede andelen af somatiske genindlæggelser regionalt fra 5,5 til 9,1 pct. og kommunalt fra under 3 pct. til over 10 pct., jf. figur 11. Andelen af de akutte psykiatriske genindlæggelser varierede i 2015 regionalt fra cirka 16 pct. til knap 26 pct. og kommunalt fra cirka 9 pct. til knap 40 pct. Ligeledes ses variation på tværs af landet angående akutte medicinske korttidsindlæggelser, jf. figur 12¹².

¹⁰ KL's spørgeskemaundersøgelse, november 2016

¹¹ Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.

¹² Det skal bemærkes, at der i figur 4-6 alene er taget højde for forskelle i borgernes køn- og alder, men ikke øvrige faktorer der kan påvirke omfanget af indlæggelser, fx borgerens afstand til nærmeste sygehus. Det skal i øvrigt bemærkes, at forskellige organiseringsformer kan påvirke metoden, hvorpå kortvarige sygehuskontakter registreres. Opgørelsen er derfor ikke umiddelbart sammenlignelig på tværs af regioner og kommuner.



Som opridset i dette kapitel er der en række langsigtede tendenser og nuværende udfordringer i sundhedsvæsenet, som påvirker både kommuner og regioner, herunder praksissektoren. Udviklingen ændrer blandt andet kommunernes behov for rådgivning og stiller krav til kompetencer og kapacitet i de kommunale sundheds- og plejetilbud.

Samlet set peger mulighederne og udfordringerne på nødvendigheden og potentialet i at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor har udvalget følgende vision og anbefalinger, der skal bidrage til styrket samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren, at sikre rette brug af kompetencer og høj, ensartet kvalitet i indsatserne samt bedre brug af data og it.

KL's vurdering af betydning af udviklingen i sundhedsvæsenet for kommunerne:

- Nye og mere komplekse pleje- og behandlingsbehov samt en øget koordinationsopgave grundet borgere med flere sygdomme, der er hurtigere udskrevet, og som har forløb på tværs af sektorer. Det stiller krav til kompetencer, organisering og kapacitet i hjemmesygeplejen.
- Øget behov for almen medicinsk rådgivning og mere specialiseret rådgivning fra sygehus.
- Flere komplekse psykisk syge, multisyge, ældre medicinske patienter og kronisk syge borgere, der er kognitivt svækkede, der har lav grad af egenomsorg og et sparsomt netværk.
- Øget behov for professionalisering af forebyggelsesindsatsen for borgere med kronisk sygdom.
- Øgede krav til kapacitet og dermed stigende udgifter i kommunerne.
- Flere kræftoverleverede, der har brug for rehabilitering.
- Flere længerevarende palliative forløb for især borgere med kræft.

4. Visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 2025

På baggrund af de tendenser, udfordringer og muligheder som sundhedsvæsenet står over for, vil udvalgets vision i dette kapitel blive udfoldet.

Visionen skal sætte retning for den langsigtede udvikling af det nære sundhedsvæsen og et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Der opridses i forlængelse heraf fem overordnede forudsætninger for at visionen kan nås samt en beskrivelse af almen praksis' ønskede rolle.

Udvalgets vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 er:

Sundhedsvæsenet understøtter patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet

Visionen betyder, at hensynet til den enkelte patients behov og ressourcer skal stå helt centralt i udviklingen af sundhedsvæsenet. Samtidig skal sundhedsvæsenet arbejde sammen om at undgå, at patienter indlægges unødigt på sygehuse. Både sygehuse, praksissektoren og kommunerne skal understøtte patienten i at mestre egen sygdom og sundhed i eller tæt på eget hjem, til gavn for patienten selv og for opretholdelsen af et bæredygtigt sundhedsvæsen.

For at realisere visionen skal sundhedsvæsenet lykkes med følgende:

4.1 Høj, ensartet kvalitet ud fra rette kompetencer, rådgivning og data

Det er en forudsætning for visionen, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen over hele landet leverer sundhedsydelser af høj og ensartet klinisk såvel som borgeroplevet kvalitet, som bygger på bedste faglige viden.

Det kræver, at de eksisterende kompetencer og faggrupper i sundhedsvæsenet udnyttes optimalt, og at det sundhedsfaglige personale har faglige kompetencer, der matcher deres opgaver. Det gælder både i forhold til behovet for indsatser i patientens nære miljø og behovet for samarbejde og sammenhæng i indsatserne. Det indebærer, at det sundhedsfaglige personale skal levere sundhedsydelser efter relevante nationalt definerede kvalitetskrav, når sådanne foreligger. Det forudsætter, at det sundhedsfaglige personale i alle sektorer nemt og hurtigt kan få adgang til sundhedsfaglig rådgivning samt vejledning fra sundhedspersoner med den relevante viden og erfaring. Det forudsætter også hensigtsmæssige og systematiske nationale rammer for varetagelse af opgaver, herunder aftaler om den fornødne kapacitet, kvalitet og kompetencer i kommunerne og i regionerne, så man lokalt kan tilrettelægge indsatsen til gavn for patienten.

Sammenhæng på tværs af indsatser og sektorer kræver desuden, at nødvendige informationer deles, så behandlingen straks kan ske på et oplyst grundlag, blandt andet under anvendelse af moderne og opdaterede teknologiske løsninger. Ligesom kvalitetssikring og kvalitetsudvikling stiller krav til, at data indsamles og anvendes til at understøtte gode og effektive patientforløb og en effektiv anvendelse af ressourcerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

4.2 Systematisk styrkelse af patientens mestring af egen sygdom

Sundhedsvæsenets bedst mulige involvering, dvs. aktive samarbejde med patienten og de pårørende, er ligeledes en forudsætning for at realisere visionen. Det betyder, at sundhedsvæsenet skal have fokus på systematisk styrkelse af patientens og patientens netværksressourcer ud fra hensynet til patientens individuelle behov.

Når patienten understøttes i at håndtere egen sygdom kan det frigøre ressourcer og være med til at øge kvaliteten i indsatsen og tilfredshed samt livskvalitet hos patienten. God egenomsorg kan ligeledes være med til at forebygge følgevirkninger af og udviklingen af sygdom. Dermed kan involvering af patienter være med til at forebygge behov for behandling og indlæggelse.

Den teknologiske udvikling indebærer større adgang til information og data. Det betyder dels, at patienter i stigende grad er velinformede og stiller større krav til sundhedsvæsenets ydelser. Dels betyder det, at flere patienter har redskaber og muligheder for at hjælpe sig selv, gerne gennem arbejdsgange og teknologi, der overflødiggør eksempelvis kommunal støtte, et besøg på sygehuset eller hos den praktiserende læge. Dermed åbner nye teknologiske løsninger op for "hjælp til selvhjælps-løsninger", der kan tilgås fra hjemmet, hvilket kan understøtte bedre inddragelse af patientens pårørende og netværk.

For de patienter, der ikke vil have samme muligheder for at drage egenomsorg, er der behov for en ekstra hånd og flere løsninger end den teknologiske hjælp til selvhjælpsløsninger. De teknologiske og digitale løsninger kan derfor samtidig være et redskab til at sikre, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på de patienter, der har aller mest brug for det.

Ved at styrke håndtering af egen sygdom blandt en stor gruppe af patienter, giver det mulighed for i højere grad at hjælpe patienter, som af forskellige årsager har svært ved at tage hånd om deres egen sygdom. Det kan eksempelvis være patienter, der har sociale udfordringer eller er meget syge.

4.3 En fælles tilgang til patienten

Med et sundhedsvæsen bestående af forskellige sektorer og mange faggrupper, er der et udtalt behov for at tænke på tværs af sektorer og i patientens samlede forløb, når sundhedsvæsenet skal understøtte patientens mestring af egen sygdom.

Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet samarbejder om at tilrettelægge indsatserne med udgangspunkt i patientens samlede forløb, og ikke blot ud fra hensynet til den indsats, som den pågældende sektor eller faggruppe varetager. Det betyder, at sundhedsvæsenet på tværs af sektorer og faggrupper skal samarbejde om at forebygge sygdom i befolkningen og understøtte rettidig og kvalificeret behandling til personer med sygdom.

Der er behov for at tænke nyt i måden sundhedsvæsenet organiseres på, så opgaverne bliver løst ud fra et hensyn til klinisk og borgeroplevet kvalitet. Mere sammenhængende forløb af høj klinisk og borgeroplevet kvalitet skal samtidig bidrage til, at den økonomiske holdbarhed i sundhedsvæsenet sikres.

Det følger dermed af udvalgets vision, at indsatserne tager udgangspunkt i en fælles tilgang. Der er flere veje til sikring af en fælles tilgang til patienterne og tilrettelæggelse af borgerens samlede forløb. En af tilgangene er Triple Aim, hvor patientens indsatser leveres gennem aktiv inddragelse og involvering af relevante parter i patientens forløb. Triple Aim giver anledning til overvejelser om, hvordan det danske sundhedsvæsen i højere grad kan danne overblik over konkrete befolkningsgrupper eller populationer og

Triple Aim er en tilgang til at tilrettelægge og optimere sundhedsydelser og sundhedsindsatser.

Triple aim er ét samlet mål med tre dimensioner:

1. At skabe bedre patientoplevelt kvalitet
2. At skabe bedre sundhed for populationen
3. At reducere eller fastholde udgifter.

Triple Aim er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Der findes ikke nogen fast model for, hvordan man måler effekten af en indsats eller et initiativ, som er tilrettelagt ud fra Triple Aim. Fire vigtige måleprincipper for en Triple Aim indsats kan dog fremhæves jf. IHI:

- Udvælg og definér en afgrænset population
- Brug data, der kan følges over tid
- Nødvendigt at skelne mellem resultatmål og procesmål samt mellem populationsmål og projektmål
- Mulighed for benchmarking giver værdi

Kilde: "Hvad er Triple Aim? Nye veje i sundhedsvæsenet", Dansk Selskab for Patientsikkerhed

målrette indsatser og tilbud specifikt til de forskellige målgrupper. I tilgangen ses sundhedsvæsenet som en samlet økonomi, hvor alle aktører bidrager til, at opgaver løses i rammer, der er mest muligt omkostningseffektive ud fra et samfundsperspektiv.

Indsatsen, der samlet set gives til den enkelte patient, skal have værdi for patienten og have høj klinisk kvalitet. Det betyder, at alle aktører skal have fokus på blandt andet sammenhængende forløb og en indsats, der er tilrettelagt ud fra den enkeltes behov og ressourcer. Ligeledes skal et tiltag have en vis klinisk kvalitet eller værdi for, at det kan betegnes som en succes. Klinisk kvalitet kan eksempelvis være, at tiltaget nedbringer antallet af komplikationer.

4.4 En populationsbaseret tilgang

Sundhedsvæsenet skal i højere grad end i dag tilrettelægge indsatser ud fra en populationsbaseret tilgang. Med en populationsbaseret tilgang målrettes indsatsen til de forskellige patientgruppers behov, uden alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Imødegåelse af ulighed er således et vigtigt element i den populationsbaserede tilgang. I forlængelse heraf spiller patienten med udgangspunkt i egne ressourcer og præferencer en aktiv rolle som partner i at forbedre egen sundhed.

Internationalt er der en voksende tendens til at tage udgangspunkt i en populationsbaseret tilgang i planlægningen og tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsatser. Erfaringerne viser, at en populationsbaseret tilgang er et godt afsæt til at sikre bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, til at skabe mere sundhed og til at sikre økonomisk holdbarhed i sundhedsvæsenet.

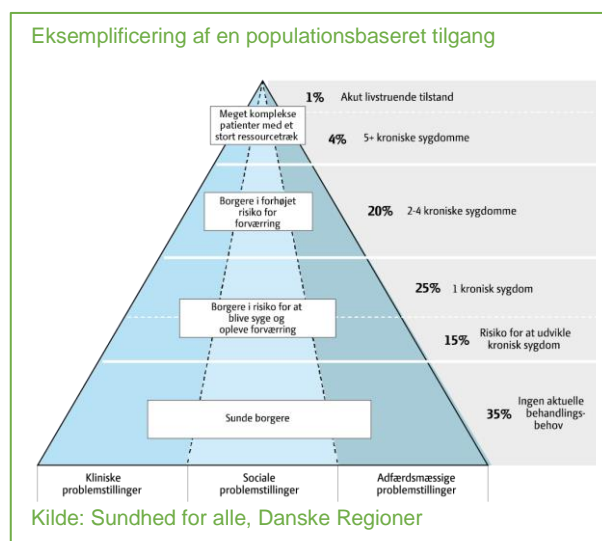
Formålet med en populationsbaseret tilgang er at skabe mest mulig sundhed for en afgrænset population og samtidig sikre mindst mulig ulighed i fordelingen af sundhed i den samlede population. I planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatser prioriteres ressourcerne til de indsatser, der skaber mest mulig sundhed for hele populationen.

Ved en populationsbaseret tilgang tilrettelægges indsatserne ud fra tilpasning til den enkelte borgers behov med baggrund i borgerens risikoprofil. Risikostratificering af populationen og udviklingen af differentierede behandlingsstrategier på baggrund af risikogruppernes behov er derfor centrale elementer i en populationsbaseret tilgang. Oftest inddeles populationen i minimum tre risikogrupper: højrisikogrupper, patienter i stigende risiko og patienter i lav risiko. Der er ofte fokus på indsatser til højrisikopatienter, men internationale erfaringer viser, at det også er et stort potentiale i at fokusere på at forebygge, at patienter fra andre risikogrupper bevæger sig opad i risikopyramiden. Samtidig tydeliggør pyramiden, at patienterne i de forskellige grupper har behov for forskellige indsatser.

Risikostratificering kræver gode data på tværs af sundhedsvæsenet om populationen, eksempelvis data om antallet af kronikere, hvad de fejler, hvilke ydelser de modtager samt socioøkonomiske baggrundsdata. Data er dermed en vigtig del af planlægningen og tilrettelæggelsen af målrettede indsatser.

Med en populationsbaseret tilgang følger et populationsansvar for at planlægge de tilbud, som befolkningen samlet set har behov for. Tilgangen indebærer, at forebyggelse og proaktive indsatser får stor vægt i tilrettelæggelsen af alle former for indsatser. Populationsansvaret for en afgrænset gruppe kan varetages af forskellige aktører. Det kan eksempelvis være den praktiserende læge, der har ansvaret for at sikre mest mulig sundhed hos de tilmeldte patienter, ligesom det kan være en kommune, der har ansvaret for at tilrettelægge sundhedsindsatsen for den veludredte ældre medicinske patient, eller en region der har ansvaret for at tilrettelægge patientforløb for hjertepatienter.

Et populationsansvar betyder ikke, at man har ansvar for selv at udføre de givne indsatser, i stedet



skal indsatserne foretages der, hvor det giver bedst mening. På grund af de mange faktorer, der påvirker befolkningens sundhed, lægger en populationsbaseret tilgang op til planlægning og indsatser på tværs af sektorer og områder.

For at fremme befolkningens samlede sundhed er der behov for at styrke samarbejdet på tværs af forskellige sundhedsaktører og samarbejdet med socialsektoren, beskæftigelsesområdet, lokalsamfundet, patientforeninger og borgere.

4.5 Laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet)

Økonomisk holdbarhed er en grundlæggende præmis for sundhedsvæsenet, hvilket understreges af de demografiske udfordringer. I tråd med Triple-Aim tankegangen er LEON-princippet grundlæggende for det nære og sammenhængende sundhedsvæsens mulighed for at understøtte patientens mestring af egen sygdom.

LEON-princippet betyder, at indsatser skal leveres på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau. I forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen betyder det, at indsatser, hvor det er fagligt og økonomisk begrundet, i højere grad end det er tilfældet i dag, skal tilbydes i patientens nærmiljø, også af hensyn til mindst muligt indgriben i patientens hverdag.

En forudsætning for LEON-princippet er, at ressourcerne anvendes der, hvor de bidrager mest muligt til at styrke patientens sundhed, forebygge forværring af sygdom og tab af funktionsevne. Endvidere skal LEON-princippet være med til at reducere behovet for sygehusbehandling og besøg hos lægen. Når opgaver flyttes fra et sted i sundhedsvæsenet, så vil de nødvendige ressourcer samtidig følge patientens behov for indsatser.

5. Målsætninger for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets vision skal ses i lyset af hver målgruppes behov og karakteristika. Derfor vil dette kapitel definere og opstille en målsætning for hver af udvalgets tre hovedmålgrupper:

1. Den ældre medicinske patient
2. Patienter med kroniske sygdomme
3. Mennesker med psykiske lidelser, herunder dobbeltbelastede

Det er en grundlæggende præmis for udvalgets forslag, der kan indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at udvalgets forslag samlet set skal være neutrale i forhold til de offentlige finanser. Det er endvidere en forudsætning, at når opgaver flyttes fra et sted i sundhedsvæsenet, så vil ressourcerne samtidig følge patientens behov for indsats.

5.1 Den ældre medicinske patient

I de kommende årtier vil de store årgange fra efterkrigsårene få behov for sundheds- og plejeydelser. Mange ældre klarer sig selv langt hen i livet uden praktisk hjælp eller hjemmesygepleje fra kommunen. Men en højere levealder betyder også for langt de fleste, at antallet af år med sygdom og funktionsnedsættelse stiger. For mange borgere medfører stigningen i levealder, at det tidspunkt, hvor behovet for pleje og behandling indtræder, blot indtræder senere, dvs. årene med sygdom udskydes.

Ældre borgere har generelt en højere efterspørgsel efter sundhedsydelser end yngre borgere. Det ses især blandt borgere 75-90 år, hvor det ressourcemæssige forbrug er dobbelt så stort som blandt borgere i 50 års alderen jf. kapitel 3. Med tiden forventes der flere ældre medicinske patienter. Gruppen af ældre medicinske patienter er en bred gruppe, som har forskellige behov og forløb i sundhedsvæsenet. Ældre medicinske patienter er defineret ved deres alder og diagnoser, men også ved en række andre forhold, der samlet set betyder, at de nogle gange har samtidige, tværfaglige og tværsektorielle forløb. Derudover er der særlige problemstillinger for ældre medicinske patienter på grund af følgevirkninger fra begrænset funktionsevne, og evt. sociale forhold og multisygdom. I den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der en nærmere definition af målgruppen.¹³

I 2015 var der omkring 140.000 borgere, som kunne kategoriseres som ældre medicinske patienter. Dette svarer til ca. 2,5% af den samlede befolkning eller 13% af borgere over 65 år. I 2015 stod denne gruppe borgere for godt 6% af den samlede aktivitet i almen praksis, speciallægepraksis mv. og i det somatiske sygehusvæsen.

5.1.1 Behov for et stærkere nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den ældre medicinske patient

I mange tilfælde er det muligt at forebygge indlæggelse for den ældre medicinske patient ved at være opmærksom på tidlige tegn på ændringer i den ældres tilstand, som følges op med de nødvendige indsatser. Initiativet til en tidlig indsats kan tages af den praktiserende læge, en kommunal medarbejder, pårørende eller sygehuset.

¹³ Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundheds- og Ældreministeriet, 2016.

For den ældre medicinske patient er transport og ophold på sygehuset ofte forbundet med utryghed og belastning. Styrken ved det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er netop muligheden for at behandle borgeren i eget hjem eller nære omgivelser. Der er behov for at styrke og ensarte kvaliteten i den opsporende, forebyggende og behandlende indsats.

I dag er det ikke alle ældre, der har adgang til et tilbud af tilstrækkelig kvalitet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvis de i en periode har behov for en særlig indsats, men ikke behøver indlæggelse. Det kan betyde, at ældre medicinske patienter ikke får den nødvendige hjælp i deres nærmiljø i tide, men at der derimod først sættes ind, når det er nødvendigt med en sygehusindlæggelse. Ligeledes kan uhensigtsmæssig tidlig udskrivelse eller uhensigtsmæssig varsling fra sygehus til kommune og almen praksis om, at en patient er udskrivningsparat skabe udfordringer for tilrettelæggelsen af den rette indsats efter patientens udskrivelse.

For at sikre, at den ældre medicinske patient oplever en sammenhængende indsats, herunder uden unødige indlæggelser, skal samarbejdet og kommunikationen mellem sygehuse, kommuner og almen praksis styrkes. Den ældre medicinske patient har behov for at føle sig i sikre og trygge hænder igennem hele behandlings- og plejeforløbet. Der skal være fokus på overgange. Nogle praktiserende læger eller vagtlæger mangler overblik over de kommunale tilbud, hvilket kan betyde, at de ikke henviser patienter til eksempelvis de kommunale akutfunktioner, men til sygehuset. Ligesom den praktiserende læge måske ikke foretager det hjemmebesøg, der hensigtsmæssigt skulle foretages. Det er centralt, at den ældre medicinske patients egen læge har kontakt til hjemmesygeplejen eller plejehjemmet, og at sundhedspersoner har let adgang til faglig rådgivning fra sygehuse.

5.1.2 Udvalgets målsætning for de ældre medicinske patienter

For den ældre medicinske patient betyder udvalgets vision, at mere forebyggende behandling, pleje og rehabilitering af den veludredte patient skal ske i det nære sundhedsvæsen.

Alle parter skal have et stærkt fokus på at understøtte patientens egenomsorg og aktive rolle gennem større overskuelighed og sammenhæng i indsatsen. Samtidig kan en rettidig og fagligt kompetent varetagelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bidrage til en mere effektiv udnyttelse af ressourcer gennem varetagelse af indsatserne på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Omvendt er det også vigtigt, at den ældre medicinske patient henvises til udredning og behandling i sygehusregi, når der er brug for det.

Det kræver, at hele sundhedsvæsenet understøtter og samarbejder om indsatsen for den ældre medicinske patient, herunder den tidlige opsporing og forebyggelse af sygdomme. Indsatsen skal derfor så vidt muligt ske i borgerens eget hjem eller nære omgivelser med understøttelse fra almen praksis og evt. sygehuse eller kommunen ved behov for dette.

Udvalgets målsætning for den ældre medicinske patient er derfor følgende:

Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte ældre medicinske patient sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025

Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering af den veludredte ældre medicinske patient i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kræver, at samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis forbedres, og at kvaliteten styrkes og ensartes. Samtidig kræver dette, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har fokus på implementering af de nationale mål og relevante faglige standarder. Ligesom det er centralt, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen besidder og anvender de rette kompetencer samt anvender digital understøttelse og data bedre.

5.2 Patienter med kronisk sygdom

Mange mennesker, der lever med kroniske sygdomme har heldigvis god livskvalitet og funktionsevne i hverdagen. Men kronisk sygdom kan også medføre betydelige menneskelige omkostninger. Dertil kommer, at mange patienter ikke kun har én kronisk sygdom, men to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, også kaldet multisygdom.

Betegnelsen kroniske sygdomme dækker over en lang række sygdomme, som medfører et langvarigt forløb eller hvis sygdommen konstant vender tilbage¹⁴. Opgørelser over antallet af kroniske sygdomme varierer afhængigt af, hvilke og hvor mange kroniske sygdomme, der medtages.

Kroniske sygdomme kan eksempelvis være astma, demens, KOL, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type-1 og type-2 diabetes og kræft. Betragtes forekomsten af de nævnte otte kroniske sygdomme ses det, at disse sygdomme optræder ca. 1,4 million gange hos danskerne i 2015 jf. tabel 1. Der er her ikke tale om antal unikke borgere, dvs. en borger kan være registreret med både KOL og diabetes i opgørelsen. Derfor forventes antallet af borgere, der lever med de udvalgte kroniske sygdomme også at være lavere end 1,4 mio.

Det bemærkes i øvrigt, at opgørelser over antallet af kroniske sygdomme varierer afhængigt af, hvilke og hvor mange kroniske sygdomme, der medtages.

Astma	421.000
Demens	35.400
KOL	175.500
Leddegigt	48.300
Osteoporose	156.000
Skizofreni	28.500
Diabetes, type 1	25.000
Diabetes, type 2	220.500
Kræft (2014)	267.500
I alt	1.377.700

Anm.: Kræft dækker alle kræftformer undtagen anden hud. I alt angiver ikke unikke patienter
Kilde: Prævalensen for kræft er fundet på databasen NORDCAN.
Data om de resterende sygdomme er fundet i RUKS.

5.2.1 Multisygdom

Multisygdom defineres som samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme hos en person, hvor én sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre¹⁵.

Antallet af patienter med multisygdom varierer i opgørelser og er typisk højere jo flere specifikke diagnoser, der inddrages i opgørelsen. Estimeres antallet ud fra Charlsons Comorbidity Index (CCI)¹⁶ lever 21 pct. af befolkningen med to eller flere sygdomme¹⁷. Spørger man borgerne selv, jf. Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013, svarer ca. 25. pct. af de adspurgte borgere, at de har to eller flere sygdomme. Ved de selvrapporterede data optælles følgende 14 sygdomme og lidelser: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, psykisk lidelse og diskusprolaps eller andre ryggsygdomme. Med denne opgørelsesmetode svarer det til, at cirka 1,4 mio. danskere har flere samtidige sygdomme¹⁸.

Antallet af personer med flere kroniske sygdomme er særligt udbredt blandt ældre og der er en social gradient i tilfælde af multisygdom, dvs. forekomsten er mere udbredt blandt borgere med lavt uddannelsesniveau. Der forventes i de kommende år en stigning i antallet af borgere med kronisk sygdom og multisygdom. Det stigende antal afspejler generelt en stigning i levealder, bedre levevilkår, bedre behandlingsmuligheder og ændrede sygdomsmønstre. Kronisk sygdom og multisygdom er forbundet med højere udgifter til sundhedsvæsenet grundet bl.a. komplekst behandlingsbehov og de hyppige kontakter og indlæggelser.

5.2.2 Behovet for et stærkere nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for patienter med kroniske sygdomme og multisygdom.

Sundhedsvæsenet står over for en vigtig opgave i både at forebygge og behandle kronisk sygdom. Generelt er det vigtigt at understøtte forebyggende indsatser i forhold til kroniske sygdomme. Og det er centralt at øge fokus på indsatser rettet mod de, der er i særlig risiko, jf. udvalgets fokus på en populationsbaseret tilgang. Der er ofte social ulighed i forekomsten af de kroniske sygdomme, og personer med kort uddannelse indlægges oftere samt har flere tabte leveår som følge af sygdommen.

¹⁴ Sundhedsstyrelsen og Den Danske Ordbog

¹⁵ Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model

¹⁶ Charlsons Comorbidity Index (CCI) er en relativ simpel og let anvendelig metode til klassificering af komorbiditet. Indekset er opbygget ud fra 22 udvalgte tilstande, hvor patientens et års dødelighed beregnes ud fra hver enkelt. Resultaterne summeres og angiver dermed en samlet score for at forudsige dødelighed. Dette kan dermed benyttes til at forudsige hvor svær komorbiditeten er.

¹⁷ Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, reviderede algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

¹⁸ Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sundhedsstyrelsen 2014.

Gennem de seneste årtier er der sket en stigende centralisering og specialisering i sundhedsvæsenet og i særlig grad i sygehushæsenet. I forhold til kronisk sygdom har blandt andet udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer betydet et kvalitetsløft på området.

Patienter med multisygdom har ofte behov for indsatser i flere sektorer, kommunale forvaltninger og sygehusspecialer. Med mange kontakter og høj kompleksitet i behandling og rehabilitering følger behov for sammenhæng og koordination i forhold til det enkelte patientforløb. Ved manglende sammenhæng er der risiko for, at patienter oplever et fragmenteret forløb. Derfor har patienter med kroniske sygdomme og multisygdom brug for, at sundhedsvæsenet samarbejder om at levere samlede, trygge og effektive forløb ud fra den enkeltes ressourcer og mål.

Den fremadrettede indsats skal derfor fokusere på at udvikle det eksisterende sundhedsvæsen til i højere grad at sikre sammenhæng mellem både det almene og det specialiserede og mellem kommunale sundhedstilbud, praksissektor og sygehus. Almen praksis har en nøglerolle, da den praktiserende læge ofte er en gennemgående aktør i patientens sygdomsforløb, og bør have den bedste mulighed for at få et samlet overblik over behandlingsforløbet.

Antallet af uhenigtsmæssige genindlæggelser tyder samtidigt på, at der er behov for mere systematisk opfølgning og behandling, så patienterne hjælpes i tide og undgår indlæggelse. I dag går mange patienter med kroniske sygdomme jævnligt til kontrol på ambulatorier på sygehusene. Der vurderes at være potentiale i at arbejde mod, at det nære sundhedsvæsen i højere grad er ansvarlig for behandling, kontrol og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom i sammenhæng med sociale og beskæftigelsesrettede ydelser. Ligeledes vil varetagelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bidrage til bedre integration af patientens hverdags- og arbejdsliv. Anbefalinger fra WHO peger på, at effektiv behandling og tidlig opsporing af kroniske sygdomme¹⁹ uden for sygehusene kan være med til at forebygge indlæggelser og generelt dæmpe udgiftspresset.

Almen praksis er årligt i kontakt med størstedelen af alle danskere og er den primære aktør, der ser borgerne regelmæssigt i et flerårigt forløb. Det er derfor oplagt, at almen praksis som udgangspunkt påtager sig et ansvar for at koordinere behandlingen og opfølgningen af de patienter med kroniske sygdomme, herunder multisygdom, de har tilknyttet. De alment praktiserende læger har et vigtigt populationsansvar for patienter med kroniske sygdomme og for at sikre mest mulig sundhed blandt de tilmeldte patienter – i et tæt samarbejde med specialister på sygehusene og kommunerne. Indsatsen over for patienter med kronisk sygdom bør differentieres og tage afsæt i den enkelte patients risiko, ressourcer og behov. Nogle patienter bør tilbydes regelmæssig kontakt, mens andre patienter i højere grad vil kunne håndtere store dele af deres behandling gennem egenomsorg, blandt andet gennem patientuddannelse og digitale løsninger som de indsatser, der eksempelvis rulles ud nationalt på KOL-området.

Det er dermed også centralt, at borgere med kroniske sygdomme bliver henvist til forebyggelsestilbud i kommunerne. Tilbuddene skal have den rette kvalitet og skal dokumenteres, således at borgeren, med udgangspunkt i borgerens individuelle ressourcer, understøttes i at kunne leve et så normalt et liv som muligt på trods af en eller flere kroniske sygdomme.

I forhold til multisygdom er der derudover på nogle sygehuse forsøg med at samle de medicinske ambulatorier, så patienterne kan behandles samme sted, hvis de har flere samtidige sygdomme. Det betyder fx, at patienter kan henvises til udredning eller behandles samme sted og dag, eller at patienter med multisygdom kan henvises til en tværfaglig vurdering og medicingennemgang. Det skal bemærkes, at disse nye tiltag endnu ikke er evalueret.

Patienter med kroniske sygdomme og multisygdom har ofte forløb med særlig høj kompleksitet og eksempelvis behandlingsmæssige dilemma som følge af, at behandling af nogle kroniske sygdomme kan være udfordret og påvirket af behandling for en anden kronisk sygdom. Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet involverer patienten ud fra patientens individuelle ressourcer og mål. Ligeledes er understøttelse af patientens mestring af egen sygdom central.

Der bør desuden fremadrettet være fokus på viden om, hvad der virker i forhold til rehabilitering og behandling af borgere med flere samtidige sygdomme, herunder hvordan rehabiliteringen og den farmakologiske behandling

¹⁹ WHO anbefalinger vedrører følgende sygdomme: astma, hjertesvigt, diabetes komplikationer, KOL, hjertekramper, jernmangel, forhøjet blodtryk, fejlernæring.

bør prioriteres og tilrettelægges, hvis sygdommene forværrer hinanden. Der bør endvidere være et særligt fokus på behandlingen af sårbare patienter med fx demens eller svære psykiske lidelser, som i kraft af en nedsat kognitiv funktion kan have svært ved at give udtryk for forhold som fx anden sygdom, der har indvirkning på valg af intervention. Endvidere er der behov for viden om, hvordan det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan indrettes for at tilgodese patienter med multisygdom for derved at opnå sammenhængende forløb af høj kvalitet, der er koordineret på tværs af sektorer og medicinske specialer.

5.2.3 Udvalgets målsætning for patienter med kronisk sygdom

For patienter med kronisk sygdom indebærer udvalgets vision, at mere behandling og rehabilitering skal finde sted i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det nære sundhedsvæsen skal bidrage til en mere effektiv udnyttelse af ressourcer gennem varetagelse af indsatserne på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Det kræver, at hele sundhedsvæsenet understøtter og samarbejder om indsatsen for mennesker med kronisk sygdom i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalgets målsætning for borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme er derfor følgende:

Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025

Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering af borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme i fremtiden kræver, at læger og praksispersonale i almenmedicinske tilbud spiller en stærkere rolle, både i forhold til behandling og i forhold til at sikre henvisning til de kommunale rehabiliteringstilbud. Derudover er det, i lighed med den ældre medicinske patient, nødvendigt, at kvaliteten i almen praksis og kommunale sundhedstilbud styrkes og ensertes. Det skal være synligt, tydeligt og kunne dokumenteres, at almen praksis og kommunerne løser opgaven med høj kvalitet. Endelig skal samarbejdet mellem sygehusene, kommunale sundhedstilbud og almen praksis styrkes.

5.3 Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug

For mange mennesker med psykiske lidelser kan den psykiske lidelse mestres i de nære rammer af borgeren selv sammen med eget netværk eller med begrænset social- og sundhedsfaglig støtte. For andre er der behov for en intensiv støtte fra den regionale psykiatri, den kommunale socialpsykiatri og praksissektoren.

Derfor er udvalgets vision, at sundhedsvæsenet for den største del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser skal understøtte borgeren i bedst muligt at mestre egen sygdom i det nære miljø, gennem indsatser af høj, ensartet kvalitet og samarbejde. Udvalget er samtidig opmærksom på, at en mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser har komplekse behov som følge af deres psykiske lidelse og ofte samtidigt misbrug. Denne gruppe har behov for en intensiv sundhedsfaglig indsats, ofte i tæt koordinat med den psykosociale indsats. Det betyder, at dele af målgruppen, herunder mennesker med samtidigt misbrug (dobbeltdiagnosticerede), adskiller sig fra udvalgets to øvrige målgrupper, da det ikke er udvalgets hensigt at flytte flere opgaver til det nære sundhedsvæsen.

5.3.1 Behovet for et stærkere nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med et samtidigt misbrug

Den enkeltes mulighed for at komme sig og leve et hverdagsliv med sygdom stiller krav til, at det nære sundhedsvæsen har de rette tilbud af høj, ensartet kvalitet. Der er potentiale for at styrke indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, og i høj grad samarbejdet om indsatserne i den regionale psykiatri, praksissektoren og kommunerne. Det er centralt, at personalet tæt på borgeren opsporer og handler på tidlige tegn på behov for indsatser. En tidlig og helhedsorienteret indsats kan gøre en forskel, så psykiske vanskeligheder ikke udvikler sig til en svær behandlingskrævende lidelse eller medfører unødvendigt komplicerede sociale problemer. Samtidig er det afgørende, at de borgere, der har behov for intensiv støtte og behandling, såvel medicinsk som psykoterapeutisk, har adgang til dette.

Udviklingen mod kortere indlæggelser og flere ambulante kontakter for mennesker med psykiske lidelser stiller krav til, at hele sundhedsvæsenet understøtter borgerens liv i de vante omgivelser. Dermed er der behov for, at sygehusene har fokus på patientens evne til at vende tilbage til nærmiljøet, mens kommunerne ligeledes skal have fokus på at understøtte patienten efter udskrivelse.

For mange mennesker med psykiske lidelser er samarbejde og samtidighed i indsatsen i høj grad central, da denne gruppe afhængigt af kompleksitet kan have behov for både en sundhedsfaglig, en socialfaglig og en beskæftigelsesrettet indsats. Med mange forskellige indsatser følger ofte komplekse forløb med mange aktører, overgange og tilbud, som kan udgøre en udfordring for borgeren og de fagprofessionelle.

Ved manglende sammenhæng i indsatserne er der risiko for, at den enkelte får en ufuldstændig indsats, som ikke tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. En usammenhængende indsats kan resultere i genindlæggelse eller tab af funktionsevne og livskvalitet. Sammenhæng og samtidighed med klare aftaler er i høj grad nødvendig for at sikre, at indsatserne for borgeren er effektive og af høj kvalitet. Hertil kommer, at en bedre planlægning og sammenhæng i indsatsen kan bidrage til en bedre ressourceudnyttelse af kapaciteten i de forskellige sektorer, mindre ventetid og mindre risiko for, at borgeren får overlappende tilbud.

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er en særlig sårbar gruppe. Borgerens misbrug kan modvirke psykiatrisk behandling, ligesom borgerens psykiske lidelse kan påvirke borgerens misbrugsrettede indsats. Denne gruppe har derfor i høj grad behov for, at der sikres psykiatrisk udredning, og at den psykiatriske behandling er understøttet og koordineret med misbrugsbehandling samt den sociale- samt beskæftigelsesrettede indsats i kommunen. For gruppen af dobbeltdiagnoserede er samtidighed og tværfaglighed i indsatserne derfor afgørende. Det er samtidig en gruppe, hvor der opleves udfordringer i forhold til at sikre rette og effektive behandlingstilbud.

Derfor er der behov for at se på, hvordan det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i højere grad kan understøtte, at mennesker med psykiske lidelser oplever et sammenhængende og koordineret forløb. Der er behov for at styrke samarbejdet, samtidigheden og tværfagligheden i indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, i særlig grad for mennesker med et samtidigt misbrug.

5.3.2 Udvalgets målsætning for mennesker med psykiske lidelser

Indsatserne i det nære sundhedsvæsen skal være af høj, ensartet kvalitet og dermed understøtte mestring af egen sygdom for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med et samtidigt misbrug.

Samtidig er det centralt, at mennesker med psykiske lidelser oplever et sammenhængende forløb, hvor de forskellige indsatser er tæt koordineret og ofte sker samtidigt. Ligeledes er det centralt, at borgerens psykiske lidelse ikke må være en forhindring for en somatisk og misbrugsrettet behandling, ligesom misbrug og somatiske lidelser ikke må udgøre en barriere for psykiatrisk behandling. Bedring og mestring af egen sygdom kræver, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes samtidige og sammenhængende forløb af høj, ensartet kvalitet.

Udvalgets målsætning for mennesker med psykiske lidelser er på den baggrund:

Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring

Sammenhæng og understøttelse af patienten kræver, at der på tværs af sektorer samarbejdes om den nødvendige indsats for den enkelte patient. Derfor er der blandt andet behov for, at der på tværs af sektorer anvendes og udvikles fælles tilgange, metoder og redskaber samt samarbejdsmodeller af høj, ensartet kvalitet.

6. anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets anbefalinger, der skal bidrage til at realisere visionen, er struktureret inden for udvalgets fire temaer. Anbefalingerne er udfoldet i nærværende kapitel enkeltvist. Flere af anbefalingerne bidrager til flere af udvalgets fire temaer, men er placeret under det tema, hvor de har størst relevans. Udvalget har med interesse modtaget og læst de mange input til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som interessenterne er kommet med. Det er ikke inden for udvalgets rammer muligt at imødekomme alle interessenternes forslag. Udvalget har ladet sig inspirere af interessenternes forslag. For at illustrere nogle af de mange input er dele af interessenternes forslag gengivet i forbindelse med udvalgets anbefalinger

6.1 Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor

Patientens oplevelse af et trykt forløb kræver, at sundhedsvæsenet samarbejder om at skabe samlede patientforløb. Sundhedsvæsenet - og ikke patienten - skal koordinere indsatserne og understøtte såvel sikre overgange mellem indsatser som patientens tilknytning til hverdagslivet og arbejdsmarkedet. Der er brug for et kulturskifte, hvor patientens individuelle, og ved flere sygdomme til tider modstridende, behov for indsatser medtænkes og afvejes. Det kræver, at både samarbejdet og selve rammerne for samarbejdet i sundhedsvæsenet styrkes, samt at patienten involveres.

Økonomisk holdbarhed kræver de rette forebyggende indsatser og optimal udnyttelse af de tilgængelige ressourcer og kompetencer i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Et bæredygtigt sundhedsvæsen indebærer, at alle parter i højere grad tilrettelægger deres sundhedstilbud ud fra en populationsbaseret og helhedsorienteret tilgang for at skabe sammenhængende patientforløb med størst mulig værdi for både borgeren og samfundet. Det er en kompliceret opgave, hvor regioner og kommuner gennem gensidigt samarbejde og integration skal tilrettelægge den givne indsats i forhold til et fælles mål om at skabe sammenhængende patientforløb.

Et mere helhedsorienteret og integreret sundhedsvæsen stiller krav på flere niveauer. Det stiller krav til den rette organisering, planlægning, klare nationale rammer, gode lokale aftaler, de rette kompetencer, ledelsesmæssigt fokus på samarbejde, samt at de digitale og teknologiske muligheder for at kommunikere og koordinere bruges. Dertil kommer, at data er en afgørende forudsætning for mere optimal tilrettelæggelse af samlede patientforløb. Dermed er anbefalingerne under de øvrige temaer også med til at understøtte bedre samarbejde.

Anbefaling 1 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning

Specialiseringen i sundhedsvæsenet og mange patienters behov for indsatser på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren betyder, at der er behov for at styrke integrationen af indsatserne. Derfor er der fortsat behov for at udvikle, afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, der bidrager til en mere helhedsorienteret indsats tilpasset patientens individuelle behov. Ligeledes er der behov for at forbedre mulighederne for at planlægge mere effektive og patientcentrerede forløb.

Sammenhæng mellem indsatser i sundhedsvæsenet og sammenhæng til sociale og beskæftigelsesrettede indsatser er til stadighed en udfordring. Det kan betyde, at patienter oplever fragmenterede indsatser frem for et samlet forløb. Manglende sammenhæng og tilpasning til kompleksitet i patientens behov kan skabe risiko for overlappende tilbud og manglende effekt af indsatserne i sundhedsvæsenet. En af flere måder at understøtte større samtidighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet er gennem organisatoriske samarbejdsmodeller, der øger integration af indsatserne.

Mange steder udvikles og implementeres samarbejdsmodeller, der har til formål at øge integrationen af borgernes indsatser. Det er en udvikling, der skal fortsætte.

Mange af de eksisterende integrerende initiativer er under opstart og møder barrierer af forskellig karakter. – fx i form af lovgivning eller manglende brug af mulighederne inden for den gældende lovgivning. Derfor er der behov for at videreudvikle og forbedre rammerne for udbredelse af de integrerende samarbejdsmodeller, der skaber effektive forløb af høj kvalitet og med udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer. Det er centralt, at videreudviklingen og udbredelsen af samarbejdsmodellerne sker gennem vidensdeling og erfaringsudveksling. Det indebærer, at eventuelle barrierer for samarbejdsmodellerne løbende skal vurderes.

I aftalen om regionernes økonomi for 2018 er parterne enige om, at der skal igangsættes en fælles afdækning af, hvilke nuværende rammer og regler, som eventuelt danner barrierer for sammenhængende patientforløb, herunder adgangen til at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb mv.

Ligeledes er der behov for forbedre mulighederne for at kunne planlægge mere effektive og patientcentrede forløb. Fx kunne mennesker med kroniske sygdomme, ældre medicinske patienter og patienter med både somatiske og psykiatriske diagnoser nogle gange have gavn af at se flere behandlere den samme dag. Og samtidig ville de forskellige behandlere have gavn af at høre det samme og koordinere på stedet vedr. den enkelte patient. Der kunne således være behov for mere planlægning af nogle målrettede sundhedstilbud, hvor samarbejdet mellem den specialiserede behandling og behandling og pleje i det nære sundhedsvæsen er bedre integreret, så patienten oplever større sammenhæng i sit forløb.

Derfor anbefaler udvalget, at

1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner understøtter og udbreder integrerende samarbejdsmodeller, som tilgodeser de lokale behov og muligheder.

Integrerende samarbejdsmodeller

Integreret samarbejde kan organiseres med varierende grad af fælles finansiering, ledelse og planlægning. Integrationen kan være af indsatser inden for eller på tværs af sygehuse, praksissektoren og kommunale sundhedstilbud og med integration af eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet. Organiseringen af de integrerede samarbejdsmodeller kan indebære fysisk samling af indsatser – som det eksempelvis er kendt med psykiatriens hus og sundhedshuse eller andre fælles tilbud. Integrationen kan også organiseres uden fysisk samling, eksempelvis ved gensidig videns- og kompetenceudveksling, øget rådgivningsmuligheder, ved udgående mobile funktioner mv.

Jf. sundhedslovens §239 er det muligt for en region at indgå aftale med en kommune om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse. En region kan således være medfinansierede for kommunale tilbud. Det beror på den konkrete aftale mellem region og kommune, hvordan ledelse, finansiering og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen organiseres.

Interessentgruppens input

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Danske Patienter og Lægeforeningen er gået sammen om udspillet "Fire bud på forsøg med fælles finansiering". Her foreslår interessenter, at der igangsættes forsøg, som skal vise, om fælles finansiering med tilhørende fælles ledelse og fælles planlægning kan minimere kassetænkningen i sundhedsvæsenet. Ligeledes er forslag om tværfaglige og tværsektorielle samarbejder/enheder, også kaldet intermedieære enheder, i varierende form en del af de fire interessenters udspil. Dansk Sygeplejeråd foreslår en fælles model for sundhedshuse og konkret foreslår Dansk Apotekerforening, at der etableres samarbejder mellem apoteker, regioner, almen praksis og kommuner om at foretage farmaceutisk medicingennemgang.

- Kommuner, regioner og staten udvikler og forbedrer rammerne for planlægning, samarbejde og flere integrerede løsninger på tværs af sektorer med det formål at skabe mere sammenhængende og effektive patientforløb.

Anbefaling 2 - Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres

Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber er et af de områder, hvor det ikke altid står klart, hvem der har ansvaret. Det betyder, at nogle patienter i dag oplever, at kassetækning er styrende. Ved overgang fra sygehus til kommunale omgivelser kan der opstå tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at levere et givent redskab eller hjælpemiddel. Det kan efterlade patienten med en oplevelse af manglende sammenhæng og kan medføre unødvendigt besvær for de involverede regionale og kommunale parter. Uklarheder omkring ansvarsdeling kan bl.a. skyldes områdets konstante udvikling, som betyder, at grænserne for, hvad der er et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, kan ændre sig over tid. Derfor er der behov for, at organiseringen på området bliver revideret blandt andet med henblik på at understøtte, at borgeren oplever en sammenhængende indsats på tværs af sygehuset og kommunen, at skabe klarhed for sundhedsvæsenets personale og at sikre en omkostningseffektiv anvendelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Tildelingen af hjælpemidler og behandlingsredskaber er et komplekst område, og en større omlægning af organiseringen vil derfor kræve en grundig afdækning af de logistiske, økonomiske og juridiske aspekter forbundet hermed.

Udvalget har blandt andet drøftet konsekvenserne af den teknologiske udvikling og de stigende udfordringer i at skelne mellem, hvornår et redskab udgør et behandlingsredskab og et hjælpemiddel. Der er både behov for at tydeliggøre reglerne på området og for at sikre, at reglerne følger med tiden og tager højde for de udfordringer, som patienter og medarbejdere oplever i praksis. Derudover har udvalget drøftet potentialitet ved at standardisere de redskaber, der anvendes i det regionale og kommunale sundhedsvæsen med henblik på at sikre ensartethed på tværs af landet og ved sektorovergange. Samtidig ville en øget standardisering evt. kunne bidrage til at opnå bedre indkøbsaftaler.

I regi af udvalget har der været nedsat en underarbejdsgruppe med det formål at drøfte muligheden for en mere hensigtsmæssig organisering af området. I forlængelse heraf er der ligeledes afholdt en workshop med kommunale og regionale praktikere på området, patient- og handicaporganisationer samt faglige organisationer, som havde til formål nærmere at belyse de konkrete udfordringer, der opleves blandt borgere og medarbejdere.

Udvalgets behandling har bekræftet, at der er brug for ændringer på området, hvis borgerne skal kunne være sikre på at opleve sammenhæng i overgangen fra sygehus til kommune. Samtidig hermed bør der ske en yderligere afdækning af området af hensyn til at kunne finde en fremtidssikret løsning.

Derfor anbefaler udvalget, at

Workshop om hjælpemidler og behandlingsredskaber

Generelt var der blandt interessenterne enighed om, at det for borgerne kan være svært at gennemskue de forskellige lovgivninger på området, ligesom opdelingen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler kan virke kunstig. Det blev påpeget, at der er store geografiske forskelle både på regionalt og kommunalt niveau. Samtidig var der enighed om, at vurderingen af nødvendigheden af et produkt kan være svært at foretage. Det blev foreslået at oprette et regionalt eller nationalt udstyrskatalog, der kan sætte klarere rammer for, hvilket udstyr der er nødvendigt. Omvendt blev der argumenteret for, at et udstyrskatalog, i en verden der udvikler sig hurtigt, vil blive forældet, når nye produkter kommer på markedet.

Der blev desuden givet udtryk for, at problemerne på området blandt andet opstår, fordi det relevante personale i kommuner og regioner ikke har tilstrækkeligt kendskab til reglerne på området, herunder afgrænsningscirkulæret. En anden problematik drejer sig om, hvordan organiseringen i sundhedsvæsenet udvikler sig løbende. Eksempelvis udskrives mange borgere til midlertidige kommunale døgnophold. Derudover skaber varighedsbegrebet udfordringer, når hjælpemidler og behandlingsredskaber skal tildeles. Varighedsbegrebet tolkes forskelligt på tværs af landet. Endelig er der et problem med selve afgrænsningscirkulærets udformning. Cirkulæret sikrer i praksis ikke altid en tilstrækkelig afklaring af de tvivlstilfælde, der opstår om kategoriseringen af redskaberne. Der er derfor brug for en mere smidig vej til afklaring af nye produkter og teknologier.

2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres

Det betyder blandt andet konkret, at

- Reglerne om hjælpemidler og behandlingsredskaber opdateres og tydeliggøres. Dette vil indebære, at det eksisterende afgrænsningscirkulære på området erstattes af en ny vejledning, der beskriver kommuner og regioners forpligtelser i forhold til at levere behandlingsredskaber og hjælpemidler efter sundhedsloven samt håndteringen af snitflader til andre områder, herunder hjælpemidler efter serviceloven.
- Der etableres en fælles samarbejdsstruktur for hjælpemidler og behandlingsredskaber på nationalt niveau, som kan fungere som et hurtigt afklarende organ i tilfælde af uklarheder mellem myndigheder om bevillingsansvaret for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Den nationale samarbejdsstruktur kan desuden medvirke til generel videndeling på området og vurdering af nye produkter.
- Der igangsættes yderligere undersøgelser med henblik på at tilvejebringe en mere hensigtsmæssig – og mindre opdelt – organisering af området, fx via analyser af muligheden for standardisering, fælles indkøb og distribution mellem regioner og kommuner samt afgrænsede forsøg med fælles organiseringer med henblik på at indhente yderligere erfaringer.

Anbefaling 3 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse

For nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse bliver somatiske lidelser ikke i tilstrækkelig grad opsporet og behandlet, ligesom nogle oplever, at der ikke tages tilstrækkeligt hensyn i behandlingen for somatiske sygdomme. Det kan medvirke til, at nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse lever markant kortere end mennesker uden psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse. Derfor er der behov for at styrke opmærksomheden på somatiske lidelser for denne gruppe. Det kræver, at der er de rette kompetencer på sygehusene, i kommunerne og almen praksis til at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Ligeledes er det centralt, at sikre de rette kompetencer til at opspore og behandle psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse i forbindelse med somatisk behandling.

Nogle mennesker med psykiske lidelser eller kognitiv funktionsnedsættelse lever markant kortere end mennesker uden psykiske lidelser. Det drejer sig særligt om mennesker med alvorlig hjerneskade eller udviklingshæmning samt mennesker med mere alvorlige former for psykiske lidelser, herunder skizofreni, bipolar og unipolar affektiv sindsslidelse samt misbrugsrelaterede lidelser.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der blandt mennesker med psykiske lidelser forekommer underdiagnosticering og underbehandling, hvilket bidrager til en øget sygelighed og risiko for tidlig død.

Overdødeligheden skyldes en kombination af flere forskelligartede faktorer, herunder højere forekomst af selvmord og ulykker, komplikationer og bivirkninger ved nogle lægemidler, mindre adgang til somatiske sundhedsydelser og højere forekomst af risikofaktorer for mange kroniske sygdomme og nogle former for kræft. Reduktion af overdødelighed kræver dermed en flerstrengt og bred indsats. En indsats, der blandt andet indebærer sikring af somatiske kompetencer i psykiatrien, selvmordsforebyggende indsatser, flerstrengt behandling, forebyggelse og tidlig opsporing af livstilsbetingende sygdomme og fremme af generel sundhed i de kommunale tilbud.

Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer.

Behovet for fokus på somatiske lidelser understreges af Statens Institut for Folkesundheds analyse "Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer", der peger på, at borgerne oplever, at deres somatiske lidelser ikke tages alvorligt og at omvendt ikke bliver taget højde for deres psykiske lidelse i et somatisk behandlingsforløb. Udfordringer, der kan resultere i modstridende budskaber og konflikt mellem den fysiske og psykiske behandling.

Regionale pakkeforløb på psykiatriområdet

Med mål om at styrke og ensarte kvaliteten i psykiatrien samt øge middellevetiden for mennesker med psykiske lidelser har regionerne indført pakkeforløb på en række områder. Pakkeforløbene indeholder systematisk screening for somatisk sygdom og har særligt fokus på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). Med henblik på at skabe mere samtidighed i indsatsen og styrke de tværfaglige kompetencer, placeres psykiatrien og somatikken geografisk tæt på hinanden i flere af de nye sygehusbyggerier, mens der tillige har været fokus på at etablere fælles akutmodtagelser.

Somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse skal tages alvorligt og reageres på. Mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse skal have lige adgang til somatisk behandling, og ikke opleve at det kan være svært at få adgang til somatisk behandling, fordi deres fysiske symptomer bliver mistolket som psykiske eller fordi de begrænses af deres kognitiv nedsættelse.

En styrket indsats kræver tilstedeværelse af de rette kompetencer på sygehusene, i kommunerne og praksissektoren til at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Det er samtidig centralt, at de rette kompetencer til at opspore psykiske lidelser i forbindelse med somatisk behandling er til stede, eksempelvis i almen praksis.

Ligeledes er et styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri, praksissektoren og de kommunale indsatser med fokus på at reagere og handle på ændringer i borgernes tilstand vigtig. Det er centralt at have fokus på at skabe en kultur, hvor somatiske lidelser tages alvorligt og ikke misfortolkes som psykiske symptomer.

Derfor anbefaler udvalget, at

3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal fortsat have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser hos borgere med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse.
- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal fortsat have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne opspore psykiske lidelser i forbindelse med somatisk behandling, rehabilitering og pleje.

Anbefaling 4 - Kommuner og regioner skal sikre en model for forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis

I overgangen fra sygehus til kommunale sundhedsindsatser er forløbskoordination ofte vigtig for patientens oplevelse af et trygt og samlet forløb. Erfaringer viser, at forløbskoordination kan være med til at forebygge indlæggelser og øge det tværsektorielle samarbejde. Derfor skal regioner og kommuner sikre, at der er aftaler om forløbskoordination for relevante patienter. Der er flere måder at sikre forløbskoordination, og det er vigtigt at være opmærksom på, at alle patienter ikke har de samme behov, ligesom lokale forhold taler for forskellige modeller. Samtidig er det centralt, at forløbskoordinationen tager udgangspunkt i de etablerede erfaringer og viden på det somatiske og psykiatriske område.

Forløbskoordination er en central del af arbejdet hen imod mere trygge, effektive og sammenhængende patientforløb til gavn for både patienter, personale og sundhedsvæsenets brug af ressourcer. Formålet med forløbskoor-

Forebyggelse og sundhedsfremme i socialfaglige tilbud

Kommunerne har igennem de seneste år styrket fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i socialfaglige tilbud bl.a. ved implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Her er der fokus på etablering af sunde rammer i socialfaglige tilbud i form af fx sund mad, fysisk aktivitet og sundhedstilbud målrettet til denne gruppe borgere.

Kortlægningen af kommunernes implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2015 viser at:

- 66 % af kommunerne følger ernæringsanbefalingerne, når der tilberedes mad i botilbud
- 87% af kommunerne har etableret tilbud der fremmer fysisk aktivitet for borgere med psykisk sygdom
- 91% af kommunerne har et særligt alkoholbehandlingstilbud målrettet borgere med psykisk lidelse

Interessentgruppens input

Danske Handicaporganisationer foreslår, at der indføres et sundhedstjek hos praktiserende læge i alle kommuner rettet mod borgere med psykiske og kognitive funktionsnedsættelser. Lægeforeningen fremhæver, at der er brug for at løfte de sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene. Og FOA mener, at man i den reviderede Social- og Sundhedsuddannelse skal lægge vægt på kompetencer til selvstændigt at kunne handle fagligt begrundet på observerede ændringer i borgerens fysiske, psykiske og sociale sundhedstilstand, herunder anvende værktøjer til tidlig opsporing. Dansk Sygeplejeråd mener, at der i alle kommuner skal være adgang til specialiserede kompetencer inden for psykiatrien.

dination er blandt andet at skabe en mere sammenhængende og integreret indsats imellem sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Ligeledes er det målet at skabe ro og tryghed hos patienten samt at forebygge indlæggelser.

Der findes flere forløbskoordinerende initiativer, der har til formål at styrke det tværsektorielle arbejde ved at skabe bedre overgang for patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Eksempler er fremskudt visitation, følge hjem-ordninger og udgående funktioner.

Erfaringerne med forløbskoordination er i flere tilfælde positive. Sundhedsstyrelsen har fået foretaget en evaluering af fremskudt visitation. Evalueringen peger på, at fremskudt visitation kan være med til at forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges, så den som minimum er omkostningsneutral for kommunen, og samlet set sparer penge i sundhedsvæsenet. De involverede patienter og pårørende er ligeledes positive, idet de ofte bliver mødt med viden om det videre forløb og øget tryghed i forbindelse med udskrivningen. Evalueringen har til formål at skabe systematisk viden, der kan inspirere og kvalificere regioner og kommuner i arbejdet med at koordinere forløb i snitfladen mellem regionale og kommunale sundhedstilbud. Resultaterne af den samlede evaluering vil blive vurderet nærmere i forhold til Sundhedsstyrelsens arbejde med den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient. Udvalget støtter op om evalueringens analyser.

Fremskudt visitation og udgående funktioner

Ved fremskudt visitation sender kommuner medarbejdere ind på hospitaler for at koordinere de mest komplekse udskrivningsforløb, mens patienten stadig er indlagt. Ved udgående funktioner rykker regionale teams ud af sygehuse og leverer indsatser tæt på eller i borgerens eget hjem. En rundspørge i regionerne viser, at der er 222 regionale udgående funktioner, som er sammensat af flere typer faggrupper, der blandt andet udreder, undersøger og behandler patienterne i deres eget hjem. Eksempelvis har alle regioner etableret følge-hjem-ordninger for svage ældre.

Der efterspørges stadig mere viden om de effektive forløbskoordinerende initiativer, som skaber bedre forløb og overgange mellem sektorer til gavn for både patienterne og sundhedsvæsenets ressourceudnyttelse. Dette skal desuden være med til at imødegå den uensigtsmæssige variation, der i dag er i udbredelsen og anvendelsen af de forløbskoordinerende initiativer.

Derfor skal regioner og kommuner sikre, at der er en aftale for forløbskoordination for de patienter, der har forløb på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren. I mange tilfælde er det meningsfuldt at tilpasse de forløbskoordinerende modeller og initiativer til de lokale forhold. Samtidig er det centralt, at der indsamles gode erfaringer og viden, som deles og anvendes i tilrettelæggelsen af indsatserne.

Interessenternes input

Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd, Sundhedskartellet, FOA og Lægeforeningen peger alle på forløbskoordination som central. Eksempelvis foreslår Danske Patienter tværfaglige forløbskoordinatorer til alle patienter i komplekse forløb. Og Lægeforeningen foreslår, at sygehuset skal kunne følge de svageste patienter hjem, ligesom det nære sundhedsvæsen skal på besøg hos patienterne på sygehuset.

Derfor anbefaler udvalget, at

4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis

Det betyder blandt andet konkret, at

- Regioner og kommuner aktivt skal sikre, at der mellem sygehuse og kommunale sundhedstilbud, under relevant inddragelse af praksissektoren, er en aftale om forløbskoordination for de patienter, der vurderes at have gavn af dette.
- Tilrettelæggelsen af forløbskoordinationen skal tage hensyn til patienternes forskellige behov, ligesom lokale forskelle kan tale for brug af forskellige aftaler.
- Det igangværende evalueringsarbejde på området, herunder i regi af Sundhedsstyrelsen, skal tages i betragtning i den fremadrettede videreudvikling af forløbskoordinationsinitiativer.

Anbefaling 5 - Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug

For nogle mennesker med psykiske lidelser og personalet omkring er der et særligt behov for, at overgangen fra behandling i den regionale psykiatri til de kommunale indsatser understøttes af tæt koordination med rette udveksling af oplysninger. For at styrke det tværfaglige samarbejde mellem den regionale psykiatri og de kommunale indsatser er der behov for at styrke udarbejdelsen og anvendelsen af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug.

De koordinerende indsatsplaner for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner til mennesker med psykiske lidelser er centrale redskaber, der har til formål at skabe overblik over og koordinere borgernes indsatser mellem botilbud og psykiatrisk afdeling med politi, kriminalforsorg eller andre. For nogle borgere med psykiske lidelser, herunder borgere med samtidigt misbrug, er udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner et lovpligtigt og centralt redskab i understøttelsen af borgerens videre behandling og indsats. I andre tilfælde har de koordinerende indsatsplaner samme formål og funktion, og er dermed et vigtigt redskab i koordinationen af borgerens forløb. Der er forsat brug for at styrke den fælles brug af disse redskaber.

Igennem en længere periode er der arbejdet med forbedringer i brugen af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne. Sundhedsstyrelsen har samlet op på erfaringerne med brugen af de to redskaber i forlængelse af møder i henholdsvis Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri og Task Force for Psykiatriområdet. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes at være et relevant og brugbart redskab. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne understøtter endvidere forankring af og samarbejdet omkring udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der er således gode erfaringer med at anvende udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne til at sikre det nødvendige faglige samarbejde efter udskrivning, blandt andet i forhold til udveksling af information, faglig sparring i forhold til opsporing og reaktion på ændringer samt viden om kommunale og regionale kontaktpersoner.

På baggrund af erfaringer med den nuværende brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderer Sundhedsstyrelsen, at brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner med fordel kan styrkes og anbefaler, at

- Regioner og kommuner indgår aftaler om brugen af aftaler/planer i regi af sundhedsaftalerne
- Alle udarbejdede aftaler og planer registreres i Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem
- Regionerne tager kontakt til og drøfter med kommunerne i regionen, hvordan de fremadrettet kan samarbejde om planerne/aftalerne, herunder hvordan kommunerne kan inddrages mere og tidligere i udarbejdelsen af aftaler/planer

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er rettet mod de psykiatriske patienter, der ikke har indsigt i egen sygdom og derfor ikke kan se behovet for behandling efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling eller distriktskykiatri. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal, henholdsvis med og uden borgernes samtykke, sikre kommunikation i overgange mellem regionale og kommunale indsatser. Formålet er at sikre, at borgerens videre indsatser tilrettelægges og følges op på ud fra de rette oplysninger. Det er overlægens ansvar, at der indgås en aftale, når patienten udskrives fra den regionale psykiatri. Tilbuddene i udskrivningsaftalen fastlægges ved fælles konference mellem de forskellige myndigheder. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er tiltænkt som et fælles redskab blandt den regionale psykiatri og andre involverede parter.

Koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

De koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal skabe et overblik over den enkeltes aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stofmisbrugs- og alkoholbehandling. Øvrige relevante indsatser på det somatiske, sociale og/eller beskæftigelsesområdet mv. kan inddrages. Planerne skal dermed give bedre mulighed for en koordineret og mere individuel indsats. Den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune og region aftales lokalt i regi af de lokale sundhedsaftaler, hvormed der er variation i implementering af de koordinerende indsatsplaner.

- Overveje om det skal være muligt at udarbejde aftaler og planer i ambulatorierne
- Der er opmærksomhed på at koordinere og om muligt mindske antallet af forskellige planer for den enkelte patient

Sundhedsstyrelsen følger op på brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i regi af Task Force for Psykiatriområdet i 2017. Derudover vil Sundhedsstyrelsen i 2017 udsende et kort informationsark til regioner, der præciserer reglerne for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blandt andet for retspsykiatriske patienter.

Der er potentiale for bedre brug af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne, som i højere grad sikre den rette koordination.

Kommunerne har et ønske om styrket samarbejde og ligeværdighed mellem region og kommune i forhold til udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, herunder at blive inddraget mere og tidligere i borgerens indlæggelsesforløb, og når det planlægges, at en borger skal udskrives. Regionerne vurderer, at der er potentiale for at styrke nogle kommuners prioritering og aktive indsats for at udarbejde og anvende udskrivningsaftalerne samt koordinationsplanerne. Regionerne ønsker, at kommunerne bliver en mere forpligtende del af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne.

Der er på den baggrund enighed om, at kommunerne i nogle tilfælde skal kunne foreslå, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Borgerens problematikker og adfærd kan vise sig anderledes uden for sygehuset end i en sygehuskontekst, fx kan borgeren blive udadreagerende, hvis borgeren vægrer sig ved at følge den psykiatriske behandling. Ofte er det de kommunale tilbud, der har den daglige kontakt til borgeren og dermed væsentlig viden om ændringer i borgeren indsiget i forhold til egen behandling. En udskrivningsaftale eller koordinationsplan kan i sådanne tilfælde vise sig at være konfliktforebyggende og en ramme for det fælles samarbejde om og med borgeren.

Derfor anbefaler udvalget, at

5. Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug

Det betyder blandt andet konkret, at

- Samarbejdet om de fælles planer skal tilpasses Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Kommuner skal kunne foreslå, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Anbefaling 6 – Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes

For mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er misbrugsbehandling ofte en forudsætning for den psykiatriske behandling og omvendt. For at styrke samtidighed i indsatserne og den enkelte dobbeltdiagnosticeres udbytte af indsatserne er der derfor behov for at belyse mulighederne for, at den regionale psykiatri får ansvar for misbrugsbehandlingen for en mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser, også når de ikke er indlagt i psykiatrien.

Den gældende ansvarsfordeling for misbrugsbehandling for mennesker med psykiske lidelser (dobbeltdiagnosticerede) tilgodeser ikke i alle tilfælde en helhedsorienteret og sammenhængende behandling. Mennesker med dobbeltdiagnose besidder ofte komplekse problemstillinger, hvor behandling af den psykiske lidelse er en forudsætning for, at de kan få gavn af behandling af rusmiddelmissbruget, og omvendt. Samtidighed i indsatserne og tværsektorielt samarbejde er dermed afgørende.

Ansvarsfordelingen i forhold til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er klar og entydig:

- Ansvar for behandling af psykiske lidelser er regionalt.
- Ansvar for behandling af rusmiddelmissbrug er kommunalt, bortset fra under sygehusindlæggelse, hvor ansvaret er regionalt.

Regionerne og kommunerne har flere koordinations- og samarbejdsredskaber, som skal understøtte den afgørende sammenhæng og kontinuitet i den enkeltes forløb. Sundhedsaftaler skal understøtte samarbejdet mellem relevante aktører om behandlingsforløb til personer med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb. De koordinerende indsatsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er ligeledes centrale koordinerende redskaber mellem de regionale og kommunale indsætter jf. anbefaling 5.

For en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er det et spørgsmål, om den tilstrækkelige samtidighed og sammenhæng kan sikres inden for rammerne af den gældende ansvarsfordeling. Målet med en eventuel ændring af ansvaret for behandlingen af rusmiddelmisbruget hos en mindre del af de dobbeltdiagnosticerede skal være at begrænse risikoen for, at rusmiddelmisbruget ikke behandles, og forøge mulighederne for at sikre den tilstrækkelige sammenhæng og kontinuitet i den samlede indsats.

En ændring af ansvarsfordelingen skal understøtte, at de dobbeltdiagnosticerede modtager behandling for deres rusmiddelmisbrug og psykiske lidelse. Det kan i den forbindelse overvejes, om det som følge af de eksisterende kompetencer og af den større volumen vil være lettere for de fem regioners psykiatri end for de 98 kommuners misbrugsbehandlingssystemer at opretholde og udvikle de særlige kompetencer, som er en forudsætning for en vellykket misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Før en eventuel ændring af ansvaret for misbrugsbehandling for en mindre del af patienter med dobbeltdiagnose er der behov for, at Sundhedsstyrelsen belyser afgrænsningen af den mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, der fagligt vil have gavn af en ændret ansvarsfordeling.

Derfor anbefaler udvalget, at

6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal se nærmere på en faglig afgrænsning af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, der forløbs- og behandlingsmæssigt vil have gavn af en ændret ansvarsfordeling.
- Sundheds- og Ældreministeriet skal derefter arbejde videre med de lovgivningsmæssige rammer.

6.2 Rette kompetencer til rette opgaver

Personalet i sundhedsvæsenets udgør fundamentet for sundhedsvæsenet og mulighederne for at tilbyde indsatser af høj kvalitet for alle borgere i hele landet. Derfor er det vigtigt, at de rette kompetencer er tilstede i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig skal de eksisterende kompetencer anvendes bedst muligt, så de giver mest værdi, både for borgeren og samfundet.

Ansvarsfordeling i forhold til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

Behandling af en psykisk lidelse er efter sundhedsloven regionens ansvar. Regionen må ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug. Hvis en person med et misbrug af rusmidler har en psykisk lidelse, der kræver indlæggelse på sygehus, skal sygehuset under indlæggelsen behandle misbruget. Påbegyndes misbrugsbehandling under sygehusindlæggelse, skal der med samtykke fra patienten etableres kontakt til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre patientens videre behandling efter udskrivning fra sygehus, hvis patienten ønsker det. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin psykiske lidelse i eksempelvis et psykiatrisk ambulatorium, et distriktspsykiatrisk center eller i praksissektoren.

Kommunen har efter sundhedsloven og serviceloven ansvaret for behandling af misbrug af rusmidler. Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på misbrugsområdet. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper, herunder tilbud, der særligt retter sig mod personer, som ud over misbruget også har en psykisk lidelse. Det kommunale behandlingssystem må ikke afvise at udrede eller behandle personer med et misbrug med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Sundhedsvæsenets konstante udvikling har betydning for både volumen, kompleksitet og specialisering af det sundhedsfaglige personales kompetencer i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenets udvikling med mere effektive og skånsomme behandlinger på sygehusene, og deraf kortere indlæggelsestider, stiller i stigende grad krav til tilstedeværelsen af kompetencer i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Samtidig betyder den demografiske udvikling, at der er større behov for kompetencer til behandling af den ældre medicinske patient og patienter med kroniske lidelser i borgerens nære miljø, ligesom der fortsat er behov for at styrke kompetencerne i forhold til mennesker med psykiske lidelser.

Udvalgets anbefalinger skal ses i lyset af, at der med den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient blev afsat 125 mio. kr. fra 2016 til 2018 til kompetenceløft i kommunerne. Ligeledes er kompetenceløft en del af den nationale demenshandlingsplan 2025, hvor i alt 145 mio. kr. blev prioriteret til et praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner. Udvalgets anbefalinger skal ses i sammenhæng med disse midler. Endvidere forventes der et naturligt kompetenceløft i takt med, at regioner og kommuner kan ansætte sundhedsfagligt personale, der er færdiguddannet med baggrund i den seneste revidering af sundhedsuddannelserne. De reviderede uddannelser har bl.a. fokus på at sikre stærkere kliniske/praktiske kompetencer samt kompetencer ift. det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde. Det nyuddannede sundhedsfaglige personale forventes dermed at være bedre rustet til at mestre de tværgående aspekter vedrørende kommunikation og pleje og til at håndtere komplekse, sammensatte forløb i koordination med øvrige parter ud fra patientens individuelle behov og mål.

Et økonomisk holdbart sundhedsvæsen og indsatser med mindst mulig indgriben i patientens hverdag kræver, at kompetencerne anvendes, hvor det giver mest værdi for patienten og samfundsøkonomien. Derfor skal sundhedsvæsenets indsatser varetages af det faglige kompetente personale på lavest muligt omsorgs- og omkostningsniveau, og så vidt muligt i patientens hjem eller nærmiljø uden sygehusindlæggelse. Det kræver blandt andet klare aftaler om opgavevaretagelsen, og at reglerne for brug af medhjælp understøtter en sikker og fleksibel brug af personalet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Anbefaling 7 – Sundhedsaftalesystemet skal fornys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at der løbende er behov for justering i den konkrete opgavevaretagelse, og tilhørende tydelig ansvarsfordeling mellem sektorerne. De fem sundhedsaftaler er helt centrale værktøjer for at sikre sammenhængende forløb for de patienter, som har forløb på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. De skal give tydelige politiske rammer, som skal understøtte en fleksibel opgavevaretagelse og sikre, at indsatserne varetages af høj, ensartet kvalitet på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau tæt på borgerens eget hjem. Derfor skal sundhedsaftalesystemet fornys, så aftalerne bliver mindre bureaukratiske, men til gengæld understøtter en klar opgavedeling.

Det er 10 år siden, at der med kommunalreformen blev skabt 5 nye regioner og 98 kommuner, og hvor man etablerede sundhedsaftalesystemet. Derudover er det 4 år siden disse blev reduceret fra 98 til 5 sundhedsaftaler i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen. Vi er nu nået til tredje generation af sundhedsaftaler, og sundhedsvæsenet er et andet sted, end det var for 10 år siden. Regioner og kommuner har fået erfaringer med samarbejdet og erfaringer med, hvad der virker, og hvad der ikke virker. Derfor er det oplagt nu at foretage en fornyelse af konceptet for aftalerne, baseret på de erfaringer parterne har fået.

Sundhedsaftalerne udgør i dag den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Med de nuværende sundhedsaftaler er der lagt et solidt fundament for et godt samarbejde mellem sygehusene, kommuner og almen praksis. Der opleves dog samtidig udfordringer i relation til sundhedsaftalerne. For det første peger KL og Danske Regioner på, at sundhedsaftalerne indeholder omfangsrige bagvedliggende implementeringsplaner.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som jf. sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen. Aftalen skal fastsætte rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Dette skyldes, at vejledningen for sundhedsaftalerne meget detaljeret beskriver, hvad sundhedsaftalerne skal indeholde og hvilke obligatoriske områder, der skal behandles. Hertil kommer, at der løbende stilles krav, som der fra centralt hold ønskes indarbejdet i sundhedsaftalerne.

Regioner og kommuner bruger derfor mange ressourcer på at iværksætte og følge op på implementeringsplanerne. Ifølge kommunerne og regionerne fratager de omfangsrige implementeringsplaner således i praksis politikernes muligheden for at lægge nogle meget tydelige politiske prioriteringer ned over aftalen.

Sundhedsaftalesystemet bør derfor fornys, så der gives mere plads til lokale, politiske prioriteringer. Dette gøres ved, at der stilles færre samt klare og forpligtende krav til, hvad sundhedsaftalerne skal indeholde, så sundhedsaftalesystemet udvikles og bliver mere i overensstemmelse med rammerne for de nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet. Kravene skal målrettes mod blandt andet tydelige aftaler om samarbejde og adgang til rådgivning samt klarhed om de situationer, hvor opgaver varetages på en ny måde, der kræver nye kompetencer og øget kapacitet.

Et af de steder, hvor kravene i vejledningen bør målrettes, er ved overdragelse af konkrete opgaver fra region til kommuner, hvor myndighedsansvaret fortsat er forankret i regionen, men hvor kommunerne leverer konkrete ydelser til borgeren, eksempelvis i borgerens eget hjem. Der eksisterer i dag på mange områder dialog og aftaler for opgavevaretagelsen på tværs af kommuner og regioner. Der er dog store geografiske forskelle i, hvad der er indgået aftale om, og hvor godt samarbejdet om opgavevaretagelsen fungerer. Derfor bør vejledningen indeholde en tjekliste for, hvad aftaler om opgaveoverdragelse som minimum skal skabe klarhed om.

Kommunernes aftaler om opgaveoverdragelse

En rundspørge blandt landets kommuner foretaget af KL i 2016 har vist, at 61 pct. af kommunerne har indgået aftale med sygehusene om konkret opgaveoverdragelse, 32 pct. har ikke indgået en aftale, mens 7 pct. planlægger at indgå en aftale. I forhold til den konkrete undersøgelse bemærkes det af KL, at kommunerne kan svare "ja", hvis de har indgået en aftale med regionen om et specifikt område som fx hjemmedialyse eller hjerterehabilitering. Rundspørgen siger dermed ikke noget om, hvorvidt der er lavet aftaler om alle de opgaver, som kommunerne i stigende grad varetager.

De tydelige aftaler er eksempelvis afgørende i forhold til kommunernes akutfunktioner og de regionale udgående enheder, hvor der er behov for større dialog mellem region og kommuner om etableringen og dimensioneringen af indsatserne. Inden for psykiatrien gælder det også i forhold til samarbejdet mellem region og kommuner i udskrivningssituationer, hvor der er behov for klare aftaler om, hvad der skal aftales inden udskrivning og hvilke elementer, der bør indgå i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

For det andet opleves der udfordringer i samarbejdet med almen praksis, hvor praksisplanerne i dag er det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Formålet med praksisplanerne er blandt andet at beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage samt snitfladerne til resten af sundhedsvæsenet, ligesom at praksisplanen er rammen for sundhedsaftalens gennemførelse i relation til almen praksis.

For det tredje påpeger KL og Danske Regioner, at den nuværende kadence for indsendelsen af sundhedsaftalen er uhensigtsmæssig. Fristen for indsendelse af sundhedsaftalerne er reguleret i bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Af § 6 i bekendtgørelsen fremgår det, at indsendelsen af sundhedsaftalen skal ske senest den 31. januar i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. KL og Danske Regioner efterspørger mere tid til, at de nyvalgte kommunale og regionale politikere kan sætte sig ind i området, inden de skal udarbejde sundhedsaftalerne.

Derfor anbefaler udvalget, at

7. Sundhedsaftalesystemet skal fornys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Det betyder blandt andet konkret, at

- Bekendtgørelse og vejledning for sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres. En fornyelse skal understøtte klare aftaler for samarbejdet og sikre, at sundhedsaftalerne bliver mindre bureaukratiske og administrativt tunge, men at fokus er på klare politiske mål for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalget anbefaler, at det indarbejdes i vejledningen, at aftalerne som minimum skal skabe klarhed om:

- Kapacitet og kvalitet i indsatserne, eksempelvis klarhed om hvilke opgaver henholdsvis de regionale udgående funktioner og kommunale indsatser varetager
- Det eventuelle lægelige behandlingsansvar, herunder klar og entydig adgang til lægelig ekspertise på sygehuse og i almen praksis (jf. autorisationslovens bestemmelser om brug af medhjælp)
- Adgang til sparring og faglig rådgivning (eksempelvis via fælles skolebænk og kompetenceudvikling knyttet til konkrete opgaver)
- Adgang til medicin og remedier på sygehuse vedrørende patientbehandling, der varetages af kommunen
- Klarhed om opfølgning på indsatser og monitorering via data
- Aftale om opfølgning på kvaliteten
- Vilkår for ændret arbejdsdeling, herunder økonomi

Derudover anbefales det, at

- Kadencen for indsendelse af sundhedsaftalerne skal ændres snarest således, at disse skal indsendes senest 1. juli inde i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. Det vil sige, at de næste sundhedsaftaler skal indsendes til Sundhedsstyrelsen d. 1. juli 2019.

Derudover anbefaler KL, at de to regionale politiske udvalg, Praksisplanudvalget og Sundhedskordinationsudvalget, slås sammen. Dette vil medvirke til at forenkle den politiske decentrale samarbejdsstruktur og sikre større sammenhæng mellem sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Udvalget har drøftet KL's forslag, men Danske Regioner vurderer, at der ikke er grundlag for at sammenlægge de to udvalg, da der ikke alle steder er sammenfald mellem medlemmerne, ligesom at beslutningskompetencen i de to udvalg ikke er sammenfaldende. Afgørende er det dog, at de to udvalgs opgaver ikke er ens. En sammenlægning vil indebære et væsentligt større udvalg med en større og mere kompleks opgaveportefølje, som for en stor dels vedkommende ikke har samklang, og som potentielt kan hindre fremfor for at fordre sammenhæng. Danske Regioner finder det dog væsentligt, at arbejdstilrettelæggelse i de to udvalg koordineres med henblik på at skabe et så effektivt samspil som muligt.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL anbefaler, at der på nationalt plan systematisk følges op på opgaveudviklingen aftalt i regi af sundhedsaftalerne og den lokale udvikling i øvrigt. På baggrund heraf skal der i relevant omfang udarbejdes nationale rammer for varetagelse af konkrete nye opgaver i kommunerne. Dette er nødvendigt for at sikre overblik over den løbende opgaveglidning fra sygehuse til kommuner og skabe større ensartethed, effektivitet og kvalitet på tværs af landet.

Anbefaling 8 - Reglerne om benyttelse af medhjælp skal understøtte klare og fleksible rammer for sygeplejefaglige opgaver i kommunerne samt et tydeligt ansvar

Delegation af sundhedsfaglig virksomhed er en vigtig del af det daglige arbejde med at sikre en fleksibel og effektiv opgavevaretagelse. Både af hensyn til patientsikkerheden og tilrettelæggelsen af opgaver er det centralt, at delegation sker under klare rammer med tydelig ansvarsfordeling. De eksisterende regler om benyttelse af medhjælp er i dag ikke i tilstrækkelig grad med til at sikre klare og fleksible rammer for varetagelsen af delegerede opgaver i kommunerne. Derfor er der behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Formålet med reglerne om benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed) er at give klare rammer for, at også andre faggrupper kan udføre sundhedsfaglige opgaver, som efter lovgivningen er forbeholdt bestemte faggrupper. Dermed skal reglerne understøtte en fleksibel og effektiv arbejdstilrettelæggelse, og sikre at benyttelsen af medhjælp sker inden for klare rammer med en klar ansvarsfordeling.

Udviklingen i sundhedsvæsenet som fx mere kompleks pleje og efterbehandling i kommunerne og udviklingen på det præhospitalt område, samt eksisterende uklarheder om forståelsen af reglerne og forskellig fortolkning i forhold til forskellige behandlingssituationer og ansvarsplacering, betyder, at der er behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

I Styrelsen for Patientsikkerhed er der et igangværende arbejde - under inddragelse af en referencegruppe bestående af blandt andre KL og Danske Regioner - med at belyse mulighederne for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Nogle af de behov og problemstillinger, som er påpeget i regi af Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde er følgende:

- Mere entydig ansvarsplacering, særligt ved rammedelegationer, herunder hvem personalet ved tvivl skal kontakte i forbindelse med udførelse af en delegeret opgave. Det gælder både i forhold til behandling af konkrete patienter, i forhold til en defineret patientgruppe og særligt ved rammedelegation på tværs af sektorer.
- Mere fleksible delegationer på plejecentre og i akutfunktioner, som kan omfatte flere arbejdsopgaver for plejepersonalet.
- Præcisering af ledelsesansvaret, herunder hvilket ansvar der påhviler ledelsen af de forskellige behandlingsinstitutioner.
- Tydeligere ledelsesansvar i forhold til udvælgelse, instruktion, tilsyn og ansvar for, at der foreligger instrukser for udførelse af delegeret virksomhed. Det er også blevet fremhævet, at driftsherrernes ansvar i forhold til private leverandører inden for fx hjemmesygepleje bør fremgå af regelgrundlaget.
- Bedre forståelse for indholdet af de gældende regler, og uklarhed om grænserne for delegation, herunder om pligten til at sige fra i forhold til opgaver, som man ikke mener, man er kompetent til at udføre.
- Behov for præcisering af ansvarsforholdene for både læger, der delegerer en opgave, og det plejepersonale, der udfører opgaven, herunder at præcisere hvem der har behandlingsansvaret ved forskellige former for delegationer.
- Fortolkningsvanskeligheder i forhold til, hvornår der er tale om ledelsens arbejdstilrettelæggelse af plejepersonalets opgaver, og hvornår der er tale om videre delegation af en delegeret opgave plejepersonalet imellem.

Derfor anbefaler udvalget, at

8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver

Det betyder blandt andet konkret, at

- Styrelsen for Patientsikkerhed ser nærmere på mulighederne for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Forbeholdt virksomhed [jf. autorisationsloven]

Ved et forbeholdt virksomhedsområde forstås, at den pågældende faggruppe i autorisationsloven "har fået eneret" på et nærmere beskrevet fagligt virksomhedsområde. Andre må således ikke udføre denne form for sundhedsfaglig virksomhed.

Delegation jf. reglerne om benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed)

Under visse betingelser kan forbeholdt virksomhed dog også udføres af andre personer, end den gruppe af autoriserede sundhedspersoner, som virksomheden oprindeligt er forbeholdt for. I kraft af medhjælps-reglerne kan en autoriseret sundhedsperson (fx en læge) med et forbeholdt virksomhedsområde (fx anvendelse af receptpligtige lægemidler og udførelse af operative indgreb) overlade retten til at udføre denne forbeholdte virksomhed til andre. Dette kan ske som følge af en "delegation". Ved delegationen bemyndiges en anden person til at udføre sundhedsfaglige opgaver, som vedkommende ikke ville kunne udføre lovligt, hvis der ikke forelå en delegation. Delegationen er således koblingen mellem sundhedspersonens eneret til at udføre den forbeholdte virksomhed, og plejepersonalets lovmæssige adkomst til at udføre opgaven, som de ellers ikke har ret til i medfør af autorisationsloven. Plejepersonalet, som har fået delegeret retten til at udføre den forbeholdte virksomhed, betegnes som lægens medhjælp.

Interessenternes input

Dansk Sygeplejeråd, Praktiserende Lægers Organisation og Lægeföreningen peger alle på, at der er behov for bedre brug af delegation. Eksempelvis påpeger PLO, at rammedelegation skal være et mere systematisk tiltag og Dansk Sygeplejeråd foreslår, at mulighederne for rammedelegation udvides og der skal skabes klarhed om regler og ansvar.

Anbefaling 9 - Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Hjemmesygeplejens varetagelse af indsatserne i borgerens nære miljø har udviklet sig og kræver et tæt samarbejde med almen praksis og sygehusene. Denne udvikling og tilhørende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen afspejles imidlertid ikke i den nuværende beskrivelse af hjemmesygeplejens opgaver i bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje. Derfor er der behov for at modernisere og præcisere bekendtgørelsen og vejledningen. Moderniseringen skal blandt andet sikre, at alle parter er opmærksomme på samarbejdsrelationen og forpligtelsen til samarbejde og understøtte, at hjemmesygeplejen har mulighed for at varetage indsatserne i patientens nære miljø.

Målet for den kommunale hjemmesygepleje er at skabe mulighed for, at borgeren kan blive i eget hjem og at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det.

Udviklingen i sundhedsvæsenet stiller nye krav til hjemmesygeplejen. Mange kommuner har gennem de senere år – som led i en generel styrkelse af det borgernære sundhedsvæsen og forebyggelse af (gen)indlæggelser – etableret nye tilbud til borgere inden for rammerne af den kommunale hjemmesygepleje, hvor opgaverne løses under andre organisationsformer end tidligere, fx i kommunale akutfunktioner og kommunale sygeplejeklinikker. Desuden varetager hjemmesygeplejen i dag flere opgaver, som før lå i regi af sygehusene. Løsningen af opgaver i hjemmesygeplejen skal endvidere ses i tæt sammenhæng med løsningen af opgaver i den øvrige del af sundhedsvæsenet. Hjemmesygeplejen har et tæt samarbejde med almen praksis i det daglige, idet hovedparten af de borgere, der har behov for hjemmesygepleje, vil være ældre medicinske patienter eller borgere med kroniske lidelser. Tovholderen i disse borgeres forløb vil som oftest være den praktiserende læge med støtte fra hjemmesygeplejen. I forløb med mere komplekse behandlinger, der varetages på hospitalet, vil det være lægen på sygehuset, der har ansvaret for borgerens behandling, og som hjemmesygeplejen dermed vil have et samarbejde med.

Udvikling i hjemmesygeplejens opgaver

Hjemmesygeplejen leverer i dag ikke kun indsatser i borgerens eget hjem, på plejehjem eller i botilbud, men også i sygeplejeklinikker. Samtidig kan mange kommuner i dag løse flere komplekse pleje- og behandlingsopgaver end tidligere. Eksempler på sygeplejefaglige opgaver, som kommunerne i varierende omfang tilbyder i dag, er iv-behandling og væskebehandling, blodtransfusion, kemoterapi, peritonealdialyse, diverse katetre og sonder og kapillære blodprøver i forbindelse med akut udredning/vurdering. Det er for størstedelen komplekse behandlingsopgaver, der for få år siden blev varetaget på sygehusene, men som nu i nogle kommuner varetages af hjemmesygeplejen, og hvor behandlingsansvaret som udgangspunkt er forankret på sygehusene. En stor del af disse opgaver vil på grund af kompleksiteten ofte blive løst i regi af de kommunale akutfunktioner, hvor personale med særlige kompetencer har ansvaret for opgaven, jf. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som kommunerne skal leve op til fra 2018. Nogle kommuner har endvidere etableret sygeplejeklinikker, hvor borgere, der er henvist til hjemmesygepleje, tilbydes at møde op i en klinik, hvor borgeren kan modtage den pågældende sygeplejefaglige indsats.

Udviklingen i den kommunale hjemmesygepleje er imidlertid ikke afspejlet i bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje. Ved en revision af bekendtgørelse om hjemmesygepleje og den tilhørende vejledning vil man kunne afspejle den ændring af organiseringen og tilrettelæggelsen af hjemmesygeplejens opgaver, som har fundet sted siden kommunalreformen.

Således vil blandt andet rammen for tildeling af hjemmesygepleje kunne tydeliggøres, og kommunens beslutningskompetence i forhold til konkret indsats, tilrettelæggelse og omfang vil kunne skrives ind i bekendtgørelsen.

Der kan indføres en bestemmelse om, at kommunalbestyrelsen har ansvar for at træffe beslutning om organisering af hjemmesygeplejen, herunder eksempelvis ved etablering af kommunale akutfunktioner (stationære pladser og/eller udkørende teams) samt evt. ved etablering af sygeplejeklinikker, der kan fungere som sygeplejefaglige tilbud til borgere, der selv kan transportere sig til klinikken for at modtage relevante indsatser.

Dernæst vil der med en opdatering og revidering af vejledning om hjemmesygeplejen kunne udarbejdes en mere tidssvarende og anvendelig beskrivelse af den kommunale hjemmesygepleje, som kan give et mere samlet billede af de opgaver, der nu og fremadrettet kan løses inden for rammerne af den kommunale hjemmesygepleje. En sådan beskrivelse vil dels skulle ses i sammenhæng med cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber,

hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet og dermed tage højde for de tilfælde, hvor en sygeplejefaglig opgave løses i hjemmesygeplejen efter delegation fra den behandlingsansvarlige læge på sygehus, og hvor sygehuset bevarer behandlings- og finansieringsansvaret. Og dels ses i sammenhæng med reglerne om lægens brug af medhjælp, som bl.a. skal understøtte det lægefaglige ansvar.

Ud over at give en generel beskrivelse af sygeplejens omfang og indsats vil en opdateret og revideret vejledning blandt andet kunne beskrive:

- Kommunalbestyrelsens ansvar for tilrettelæggelse, organisering og tildeling samt den daglige ledelses ansvar
- Hvilke opgavetyper der almindeligvis vil kunne løses i hjemmesygeplejen (med åbenhed i forhold til den udvikling på området over tid, der naturligt vil være)
- De kommunale akutfunktioner og kravene hertil, jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for samme

Desuden vil det i vejledningen være relevant med en henvisning til de øvrige regler, der danner rammerne om løsning af hjemmesygeplejens opgaver. Eksempelvis omkring behandlingsansvar, samarbejde og adgang til rådgivning.

Derfor anbefaler udvalget, at

9. Reglerne for hjemmesygepleje skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet vil tage initiativ til en revision af bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje.

Anbefaling 10 - Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Den specialiserede behandling på sygehusene kan ikke ses adskilt fra opfølgende behandling, rehabilitering og pleje i almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Rådgivningen fra sygehuse til kommuner og almen praksis skal i højere grad afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet. Som det fremgår af udvalgets målsætninger, vil en større del af opgaverne vedrørende mennesker med kroniske sygdomme og veludredte ældre medicinske patienter fremover blive varetaget uden for sygehusene. Det kræver tæt samspil mellem sygehuse, de kommunale sundhedstilbud og de praktiserende læger. Sygehusene skal i højere grad understøtte det øvrige sundhedsvæsen med specialistrådgivning, både generelt og i forhold til konkrete patienter. Dette skal understøtte at sundhedsvæsenet arbejder populationsbaseret.

Kommunernes varetagelse af indsats over for borgere med komplekse problemstillinger øger kommunernes behov for en hurtig og fleksibel adgang til specialiseret rådgivning og vejledning fra sygehusene og almen praksis, både om generelle forhold og i forhold til konkrete patientforløb. Det gælder især i de situationer, hvor sygehuslægen fortsat er ansvarlig for behandlingen, men hvor indsatsen varetages af kommunalt personale evt. i borgerens hjem og det kommunale personale derved handler på lægelig delegation. Det kan fx være intravenøs medicinsk behandling, hvor behandlingen varetages i borgerens hjem af den kommunale hjemmesygepleje, og hvor behandlingsansvaret er forankret på sygehuset. Dermed skal nærværende anbefaling om styrket rådgivning ses i sammenhæng med udvalgets anbefaling vedr. fornyelse af sundhedsaftalesystemet (anbefaling 7) og anbefaling om regler for brug af medhjælp (anbefaling 8).

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at regionernes rådgivningsrolle skal tænkes bredere end rådgivning om forebyggelse, som er beskrevet i den gældende vejledning. Regionerne skal være med til at sikre, at patienterne kan håndteres uden for sygehusene. Det betyder, at sygehusene skal understøtte praksissektoren, især almen praksis, og kommuner med rådgivning i dialog med kommuner og praksissektoren afstemt efter konkrete behov i den enkelte region.

Regionernes rådgivningsforpligtelse skal dels tage udgangspunkt i videndeling om befolkningens sundhedstilstand, evaluering af indsatser, analyser af patientforløb, læring på tværs af sektorer og viden om forebyggelse og genindlæggelse, såvel på det somatiske som det psykiatriske område. Dels tage udgangspunkt i kommuners og almen praksis' behov for rådgivning i konkrete patientforløb. Kommuner og praksissektoren adgang til sygehusene skal systematiseres, og det skal være let for praksissektoren og det kommunale personale at vide, hvordan og hvornår de kan kontakte sygehusene i forhold til lægelig rådgivning i de konkrete behandlingsforløb. Ligeledes er det centralt, at der er et tættere samarbejde mellem kommunale sundheds-tilbud og almen praksis, fx i forbindelse med kommunernes opgaver i tilknytning til den ældre medicinske patient, herunder på midlertidige pladser. Det er vigtigt, at der er tale om en kvalificeret kommunikation mellem det kommunale sundhedspersonale og lægen, så personalets tid anvendes mest hensigtsmæssigt.

Sygehusene skal således fremadrettet generelt understøtte kommunernes varetagelse af de sundhedsfaglige indsatser. Det kræver, at regioner tilvejebringer den nødvendige data og viden på området og stiller ekspertise til rådighed i de konkrete patientforløb. Når kommunerne og almen praksis skal prioritere indsatserne og arbejde ud fra en populationsbaseret tilgang er det afgørende, at de rette oplysninger er tilgængelige.

Kontinuerlig kompetenceudvikling er afgørende, også for varetagelsen af opgaver i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor skal der blandt andet fortsat være fokus på kompetencerne hos personalet i hjemmesygepleje, eksempelvis i kommunale akutfunktioner, som varetager borgere med komplekse pleje- og behandlingsbehov, og hvor der eksempelvis ofte er behov for instruktion i brug af remedier og rådgivning om konkrete patienters behandling m.v. er tidssvarende. Regionernes rådgivning kan derfor med fordel have karakter af kompetenceudvikling eksempelvis i form af undervisning af personale i kommunerne, fx via en udgående sygehusfunktion, hvor den faglige ekspertise har sin gang i kommunen. Herved kan regionernes stærke sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med kompetenceudvikling af personalet i det regionale sundhedsvæsen udnyttes. Dette er relevant i forhold til grupper af patienter, der i takt med udviklingen i sundhedsvæsenet i stigende grad og efter en konkret og entydig aftale kan varetages med pleje og efterbehandling i kommunerne. Det skal samtidig bemærkes, at der ikke ændres på, at det er kommunernes ansvar at sikre, at medarbejderne har de kompetencer, der er behov for til at løfte de opgaver, som kommunerne skal varetage og til at frasige sig opgaven, såfremt det ikke er tilfældet.

Udviklingen i opgaver og samarbejdsrelationer mellem sygehus og kommunale sundhedstilbud bør afspejles i den gældende lovgivning, så regionernes faglige rådgivningsforpligtelse afspejler de konkrete behov som følger af nye behandlingsformer og ønsket om hurtigere rehabilitering og mobilisering af patienter.

Derfor anbefaler udvalget, at

10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det betyder blandt andet konkret, at

Regionernes rådgivningsforpligtelse

Det følger af sundhedslovens § 119, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats omkring etablering af sunde rammer og forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgeren efter sundhedslovens. Af Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedsloven fremgår det, at regionerne blandt andet kan rådgive kommunerne om sygdomsspecifikke problemstillinger i forhold til patienter med konkrete kroniske sygdomme samt rådgive vedrørende mere generelle aspekter i forbindelse med arbejdet med kronisk sygdom i kommunerne. I begge tilfælde bør regionen tilbyde relevant kompetenceudvikling på området.

Det følger af Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

Derudover står sygehusene til rådighed med klinisk sparring om specifikke patienter, som er udskrevet til akutpladser i kommunen eller til eget hjem, hvor behandlingsansvaret er placeret hos den praktiserende læge.

- Regionernes rådgivningsforpligtelse i sundhedsloven revideres, så den i højere grad understøtter opgaveløsningen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Tilrettelæggelsen af sygehusenes rådgivning sker i dialog med kommuner og praksissektoren og afstemt efter konkrete behov i den enkelte region.
- Kommunerne skal have nemmere adgang til rådgivning fra almen praksis.

Anbefaling 11 - Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb

Der er behov for at løfte kompetencerne hos det eksisterende sundhedspersonale i kommunerne, almen praksis og sygehuse, der i dag koordinerer og understøtter komplekse patientforløb på tværs. Der er især behov for at styrke social- og sundhedshjælpere og -assistenter systematiske handlekompetencer gennem praksisnær læring. Dernæst er der behov for at styrke kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, især i forhold til patienter med multisygdom.

Kompetencerne hos det sundhedsfaglige personale er afgørende for kvaliteten i indsatserne og patienternes oplevelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor er det centralt at sikre, at de rette kompetencer er til stede i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. I tillæg til det forventede løft af de sundhedsfaglige kompetencer, jf. de reviderede sundhedsfaglige grunduddannelser og de reviderede uddannelser for social- og sundhedshjælpere samt -assistenter, er der fortsat brug for et kompetenceløft møntet på det eksisterende sundhedspersonale i kommuner, almen praksis og sygehuse. Kompetenceløftet skal ses i lyset af de midler, der er afsat til kompetenceløft i den nationale handlingsplan om en styrket indsats for den ældre medicinske patient og den nationale demenshandlingsplan, som er især møntet på medarbejdere, der har en direkte patientkontakt, og omfatter både det somatiske og psykiatriske område.

For at sikre, at de sundhedsfaglige grunduddannelser afspejler udviklingen og de faglige behov i sundhedsvæsenet blev ni sundhedsfaglige professionsbachelor uddannelser, samt social- og sundhedsassistentuddannelsen revideret og opdateret i 2016. Fælles for uddannelserne har været behovet for sikre stærkere kliniske/praktiske kompetencer samt et større fokus på det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde hos det nyuddannede sundhedspersonale.

Reviderede grunduddannelser for de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser samt social- og sundhedshjælpere og -assistenter

Med henblik på understøtte, at de nu sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser matcher behovene i fremtidens sundhedsvæsen er uddannelserne revideret med nye bekendtgørelser. Uddannelserne har fået mere fokus på blandt andet generiske kompetencer, tværfaglighed samt teknologiforståelse og teknologianvendelse. Revisionen trådte i kraft august 2016.

For blandt andet at sikre social- og sundhedshjælpere samt assistenternes kompetencer i forhold til komplekse borger- og patient forløb på tværs af sektorer er uddannelserne for de to grupper dels revideret og dels opdelt i to uddannelser. De reviderede uddannelser trådte i kraft januar 2017.

Det er regionernes og kommunernes ansvar at sikre, at medarbejderne har de kompetencer, der er behov for til at løfte de opgaver, som sundhedsloven tilskriver, at kommunerne og regionerne skal varetage. Det indebærer blandt andet, at sundhedspersonale skal have mulighed for relevant efter- og videreuddannelse. Et fagligt løft af sundhedspersonalet i praksis forudsætter, at udbyderne af efter- og videreuddannelse i endnu højere grad end tidligere tilrettelægger kursus- og uddannelsesaktiviteter, så praksisnærhed er det bærende element. Det gælder især i forhold til konkrete kliniske kompetencer, herunder kompetencer til at øge patientsikkerheden i komplekse- og sammenhængende forløb, hvor mange faggrupper bidrager til den samlede opgaveløsning.

Der er behov for at styrke social- og sundhedshjælpere og assistenters evne til at reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom og dermed forståelse for effekten af tidlig indsats samt opfølgning herpå. Fokus skal være på implementering af tidlig opsporing af borgere med et ændret sygdomsbillede og/eller forebyggelse af forværring af sygdom og funktionsevnetab blandt andet med henblik på at undgå uheldsmæssige indlæggelser. Det vil kræve ændringer i handlekompetencerne hos det kommunale sundheds- og plejepersonale med henblik på systematisk at observere og handle på observationer i borgernes hjem. Det er

endvidere hensigten, at social- og sundhedshjælpere og -assistenter i større udstrækning skal kunne indgå i komplekse forløb sammen med sygeplejersker og terapeuter, hvor koordination og tværfaglighed er en nødvendig del af plejeindsatsen.

Endvidere er der behov for at styrke kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, herunder kompetencer til at handle på egne og andre medarbejders observationer. Løftet skal især fokuseres på pleje og behandling af mennesker med flere samtidige kroniske lidelser, herunder indsigt i, hvordan forskellige sygdomme og uforudsigelige sygdomsforløb har betydning for patientens tilstand.

Endelig kan det bemærkes, at fysio- og ergoterapeuter i stigende grad bliver involveret i komplekse og tværfaglige forløb omkring ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme, ligesom træning også kan være et centralt element i forhold til borgere med psykiske sygdomme. Samtidig er der potentiale i løft af terapeuters formidling af viden og faglige kompetencer i en tværfaglig sammenhæng, herunder involvering af eksempelvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i den konkrete rehabilitering. Derfor kan et løft af terapeuter med fokus på komplekse og tværfaglige forløb omkring ældre borgere og borgere med kroniske samt psykiske lidelser, og træningens effekt på patientforløb blive nødvendigt på sigt. Der er dog udvalgets vurdering, at fokus for kompetenceløft i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bør fokusere på kompetenceløft af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt sygeplejersker.

Interessenternes input

FOA og Dansk Sygeplejeråd foreslår et bredt kompetenceløft i kommunerne. PLO foreslår styrkelse af de kommunale kompetencer og målrettet efteruddannelse af det kommunale personale. Konkret foreslår Apotekerforeningen, at apotekerne sammen med regioner og kommuner sikrer plejepersonale og praksispersonalets kompetencer inden for medicin og medicinhåndtering, så medicinsikkerheden forbedres. Og Danske Handicaporganisationer foreslår et kompetenceløft i det nære sundhedsvæsen angående tilgængelighed.

Derfor anbefaler udvalget, at

11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb

Det betyder blandt andet konkret, at

- Efter- og videreuddannelserne skal tilrettelægges så praksisnærhed er det bærende element
- Kompetencerne hos social- og sundhedshjælpere og -assistenter til at reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom og dermed forståelse for effekten af tidlig indsats samt opfølgning herpå skal styrkes.
- Kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, herunder kompetencer til at handle på egne og andre medarbejders observationer skal styrkes.

Anbefaling 12 - Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

For at styrke de specialiserede kliniske kompetencer og kompetencer inden for håndtering af tværsektorielle forløb i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, har udvalget igangsat en ny specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker. Specialuddannelsen skal have fokus på kliniske og organisatoriske kompetencer samt formidling af disse til det øvrige sundhedsfaglige personale. Den mindre gruppe sygeplejersker skal dermed styrke de kliniske kompetencer i patientens nære miljø, men også samarbejdet, rådgivningen og forståelsen mellem sygehus, kommuner og almen praksis.

Udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen betyder, at der er behov for sygeplejersker, der er højt kvalificeret og specialiseret inden for tværsektorielle forløb og almenkliniske kompetencer, og som endvidere er i stand til at videreformidle til det øvrige sundhedsfaglige personale. Det skal en ny specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker bidrage til.

Specialuddannelsen skal sikre, at en mindre gruppe af sygeplejersker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen besidder specialiserede almenkliniske kompetencer og kompetencer inden for håndtering af tværsektorielle forløb. Specialsygeplejerskerne skal styrke kompetencerne og viden hos det øvrige personale i den pågældende enhed. Sygeplejerskerne skal eksempelvis være i stand til at lede komplekse forløb internt i en enhed, aktivere det øvrige personale og deres kompetencer, og besidde en rådgivningsfunktion internt i enheden.

Formålet med specialuddannelsen er derudover at skabe rammerne for videndeling på tværs af sektorer med henblik på et bedre samarbejde, bedre forståelse for forskelle og ligheder på tværs af sektorer og dermed en højere kvalitet i sammenhængende forløb. Derfor skal specialuddannelsen have fokus på organisatoriske kompetencer samt formidling af viden og forståelse på tværs af sektorer.

Sundhedsstyrelsen er derfor gået i gang med at beskrive en ny specialuddannelse for sygeplejersker, hvor udvalget foreslår, at specialuddannelsen med fordel kan opbygges omkring fire emneområder, som er nævnt i anbefalingen nedenfor. Udvalget foreslår, at hovedvægten ligger på de kliniske og organisatoriske kompetencer, og anbefaler derfor, at uddannelsen forankres praksisnært med mulighed for praktik på relevante sygehusafdelinger jf. de øvrige specialuddannelser.

Specialuddannelsen skal især rettes mod patientgrupper, der modtager behandling, pleje, rehabilitering og palliative indsatser i et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, eksempelvis patienter med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter, og patienter med komplekse og flere samtidige sygdomme. Det vurderes, at specialuddannelsen skal tilrettelægges, så den vil være relevant for sygeplejersker ansat i kommuner og regioner, herunder i almen praksis. I almen praksis kan det for eksempel være opgaver i relation til planlagt og lettere behandling, herunder faste kontroller, vejledning af patienter i egen sygdom og i egenomsorg, og muligvis også varetage selvstændige konsultationer inden for rammerne af den nuværende lovgivning. Udvalget finder, at der ved tilrettelæggelsen konkret bør være fokus på sygeplejerskernes varetagelse af kronikeropfølgningen i almen praksis, herunder koordinering med de kommunale sundhedsordninger, som også varetager en række indsatser i forhold til borgere med kronisk sygdom, eksempelvis patientrettet forebyggelse og rehabilitering.

Interessenternes input

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at alle kommunale sygeplejersker skal tilbydes en specialuddannelse. I tillæg hertil ønsker Dansk Sygeplejeråd en Advanced Practice Nurse-uddannelse til mindre gruppe sygeplejersker.

En Advanced Practice Nurse er defineret som en autoriseret sygeplejerske, der har tilegnet sig viden på ekspertniveau, færdigheder i kompleks beslutningstagning samt kliniske kompetencer til en udvidet funktion.

Derfor har udvalget anbefalet, at

12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen er gået i gang med at beskrive en ny specialuddannelse for sygeplejersker, hvor udvalget foreslår, at specialuddannelsen med fordel kan opbygges omkring fire emneområder:
 1. Almenkliniske kompetencer koblet med en rehabiliterende og borgerinddragende tilgang.
 2. Organisatoriske kompetencer – særligt i forhold til tværsektorielle forløb.
 3. Sundhedspædagogiske og formidlende kompetencer.
 4. Kvalitetsarbejde med fokus på organisatorisk forankring af viden samt implementering.

6.3 Ensartet kvalitet over hele landet

Kvalitetsarbejde er en grundlæggende del af sundhedsvæsenet. Hver dag arbejder hele sundhedsvæsenet på at øge kvaliteten og skabe mere sundhed for pengene. Kvaliteten i sundhedsvæsenet er høj, men der er behov for fortsat at styrke kvaliteten i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for løbende at understøtte udviklingen i behandlingsmuligheder og rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet i hele landet. Variationen på tværs af landet er på nogle områder uhensigtsmæssig, og der er behov for udbredelse af viden om bedste praksis. Den demografiske udvikling og udviklingen i sygehusvæsenet stiller stigende krav til, at indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen leveres af høj, ensartet kvalitet.

Anbefaling 13 - Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Der er i dag variation i omfanget og kvaliteten af sundhedstilbuddene i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det skyldes blandt andet forskelle i kommunernes tilbud, i regionernes organisering og i samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis, og gør, at udviklingen er fragmenteret og præget af tilfældigheder. Derfor er der behov for en national model for beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser med henblik på at skabe en fælles ramme for at arbejde systematisk og ensartet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal bl.a. medvirke til at realisere visionerne om, at patienter med de mest almindelige kroniske sygdomme og den veludredte ældre medicinske patient varetages i det nære sundhedsvæsen i 2025.

Når flere opgaver varetages i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er det væsentligt, at indsatserne er af høj, ensartet kvalitet. Derfor er det også relevant, når kommuner og regioner arbejder med at implementere de nationale kvalitetsmål for det danske sundhedsvæsen og lever op til de faglige standarder og retningslinjer, der er gældende på det pågældende område. Samtidig er det væsentligt, at der, på områder hvor sundhedsvæsenets arbejdsform eller behovene hos patienterne udvikler sig, skabes faglige, nationale rammer for løsning af opgaverne. De fælles rammer skal sikre en effektiv indsats af høj kvalitet, der tilgodeser patienternes mulighed for at blive i det nære miljø og eget hjem.

For at realisere målsætningerne om på sigt at varetage flere indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er der behov for en national og faglig model for kvaliteten i varetagelsen af disse opgaver. Der er således behov for en generisk model for kvalitetsplanlægning, der skal fungere som en fælles ramme for arbejdet med systematiske og ensartede beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage opgaven. Modellen skal dermed beskrive kommunernes opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for, at kommunerne kan varetage opgaven samt regionernes rolle i forhold til ansvar, rådgivning og sikring af kompetencer.

Med udgangspunkt i den generiske model kan der efterfølgende udarbejdes konkrete anbefalinger for opgavevaretagelsen på et bestemt område. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen, indhold, kompetencer mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud. De skal i videst mulig omfang bygge på evidens fra nyere systematiske forskningsoversigter, videnskabelige undersøgelser, ekspertisk samt erfarings- og praksisbaseret viden.

Nationale mål for det danske sundhedsvæsen

Formålet med de nationale mål for det danske sundhedsvæsen fra 2016 er, at alle sundhedsvæsenets aktører – sygehusene, kommunerne og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet. Målene skal gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer. Hensigten er, at kvalitetsarbejdet skal skifte fra proces- og registreringskrav til fokus på resultater til gavn for den enkelte patient. Det sundhedsfaglige personale skal have frihed til at tænke højere kvalitet i det daglige arbejde, alt efter hvilke konkrete udfordringer og vilkår, der gør sig gældende lokalt. Den lokale forankring med delmål og indsatser, der giver mening på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og praksissektoren er dermed et helt centralt element i den nye tilgang til kvalitet. Det er afgørende for kvaliteten i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at regioner, kommuner og almen praksis har fokus på og prioriterer implementeringen af de nationale mål.

Faglige standarder mv.

Faglige standarder, vejledninger og retningslinjer er en central del af sundhedsvæsenets kvalitetsarbejde. De faglige standarder har til formål at skabe mere ensartethed i indsatsen baseret på evidens og bedste praksis på området. Sundhedsstyrelsen udarbejder i disse år over 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR). Sundhedsstyrelsen arbejder ligeledes med faglige kvalitetsstandarder, eksempelvis kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner fra 2017. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner indebærer blandt andet krav og anbefalinger til indhold i indsatsen, målgruppe, visitation, kompetencer og samarbejde, som kommunerne skal følge fra 2018. Et andet eksempel er Sundhedsstyrelsens kommende faglige standarder for kommunal rehabilitering af patienter med kræft (Kræftplan IV).

Som udfoldet med anbefaling 19 er synlighed om aktivitet, kvalitet og resultater en central del af kvalitetsudvikling og tilrettelæggelse af effektive indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor vil modellen for kvalitet blive fulgt af et dataspor, som blandt andet kan omfatte relevante indikatorer, der skal registreres, følges og indberettes til nationale registre. Det er her væsentligt, at arbejdet med tilvejebringelse af data skal tage

afsæt i og være en integreret del af medarbejdernes daglige arbejde. Datasynlighed kan endvidere være med til at monitorere, hvorvidt og i hvilket omfang flere indsatser, som før blev varetaget på sygehuse, bør varetages af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det anbefales, at kvalitetsplanlægningen sker trinvist og afgrænses til udvalgte områder, hvor der er et potentiale for at tilrettelægge indsatserne mere effektivt i det nære sundhedsvæsen. I første omgang finder udvalget det relevant at se på rehabilitering af patienter med kroniske sygdomme samt fx mor-barn-området (svangreomsorg, børneundersøgelser og sundhedspleje) og evt. en national målestok for funktionsevne.

Det vil også være relevant at arbejde videre med kvalitetsplanlægning for målgruppen den ældre medicinske patient, når kvalitetsstandarderne for akutfunktioner i kommunerne og styrkelsen af de udgående funktioner er implementeret i kommuner og regioner.

Interessenternes input

Danske Patienter påpeger behov for mere ensartet kvalitet i kommunerne og foreslår forpligtende, faglige retningslinjer for de kommunale sundhedstilbud. Lægeforeningen og PLO har påpeget behovet for styrket kvalitet og ansvar i forhold til kommunernes akutte tilbud.

Derfor anbefaler udvalget, at

13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage indsatsen, herunder forpligtelserne i alle sektorer.
- Sundhedsstyrelsen skal prioritere områder, inden for udvalgets tre målgrupper, hvor der skal udarbejdes konkrete anbefalinger for de konkrete kommunale sundhedsopgaver, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt almen praksis og sygehusenes rolle. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen og indhold, kompetencer, samarbejde og kapacitet mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL finder, at den nationale model for kvalitetsplanlægning bør suppleres med en egentlig udviklingsplan for flytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen for at sikre opfyldelsen af udvalgets målsætninger om, at flere patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. En mere hensigtsmæssig fordeling af opgaverne i sundhedsvæsenet efter LEON-princippet skal bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen og udbygge det nære sundhedsvæsen. Processen med vurdering af opgavefordelingen bør ske med inddragelse af relevante parter.

Anbefaling 14 - Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til kroniske patienter

Almen praksis har forudsætningerne for at spille en central rolle i behandlingen af bl.a. ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med visse psykiske lidelser. Blandt andet disse patientgrupper har stort behov for en langvarig og kontinuerlig indsats, som de alment praktiserende læger har både kompetencerne og mulighederne for at understøtte. Fremtidens almen praksis skal derfor løfte et større ansvar i forhold til disse grupper, som har et længerevarende forløb uden behov for kontakt til det specialiserede sygehusvæsen. Det forudsætter en fleksibel adgang til specialiseret rådgivning fra sygehus, ligesom det forudsætter et stærkt samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

De alment praktiserende læger kan tage sig af bredden og samspillet af medicinske problemstillinger og er gode til at vurdere symptomer samt eventuelt behov for henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. Derfor beskrives de alment praktiserende læger også ofte som generalisterne, der er gode til at tage sig af det hele menneske.

Den praktiserende læge skal – i samspil med sygehuse, den øvrige praksissektor og de kommunale sundhedstilbud - være den primære kontakt og behandler for mennesker med kroniske sygdomme. Dermed skal den praktiserende læge som udgangspunkt løse opgaver vedrørende udredning, behandling, monitorering og kontrol, hvor det er fagligt meningsfuldt. Dele af disse opgaver løses allerede nu i almen praksis, men fremadrettet skal en større del af opgaverne bl.a. flyttes fra sygehusambulatorierne til almen praksis.

Dette forudsætter imidlertid, at kvaliteten i almen praksis styrkes, at opgavevaretagelsen registreres og dokumenteres, og at regionerne understøtter almen praksis gennem en systematisk adgang til blandt andet specialistrådgivning. Kompetencerne i almen praksis skal løbende videreudvikles og understøttes, og rammerne for at arbejde med kvalitetsudvikling og datadrevet forbedringsarbejde skal udvikles. Fagligheden og mulighederne for øget samarbejde kan blandt andet styrkes ved at ændre organiseringen i almen praksis. Det betyder blandt andet, at almen praksis i højere grad skal organiseres i bæredygtige enheder med flere læger, der arbejder sammen og har ansat andet sundhedspersonale, der kan indgå i en faglig arbejdsdeling i klinikken. Det er ligeledes af stor betydning, at praksispersonalet og lægerne samarbejder systematisk med kommunerne om de relevante patienter og henviser mere ensartet til kommunale sundhedstilbud end de gør i dag. Endelig skal det alment medicinske tilbud i højere grad tilpasses regionale og lokale forhold, så der lokalt sikres sammenhæng mellem ydelserne i sygehusvæsenet, de kommunale sundhedstilbud og den øvrige praksissektor.

Derudover skal almen praksis – ligesom resten af sundhedsvæsenet – i stigende grad arbejde populationsbaseret. Fremadrettet vil det være nødvendigt, at sundhedsvæsenet fokuserer endnu mere på de grupper i befolkningen, der særligt er i risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom. Det betyder, at indsatserne skal differentieres ud fra behov og præferencer hos den enkelte patient. Populationstankegangen bør dermed være udgangspunktet for en mere systematisk tilgang til at målrette ressourcerne i almen praksis til den del af de tilmeldte borgere, der har størst behov. Det betyder blandt andet, at lægen i højere grad skal handle mere proaktivt og op-søgende i forhold til den enkelte borger og ikke reaktivt vente på, at borgeren henvender sig til almen praksis. Den populationsbaserede tilgang skal understøtte et tæt samspil mellem kommune og almen praksis om særligt sårbare borgere på tværs af sundheds- og socialområdet. Det kan eksempelvis være sårbare diabetes patienter med psykiatriske problemstillinger, som af den ene eller anden grund ikke henvender sig i almen praksis.

Den almen medicinske kompetence er en knap ressource. Derfor er det vigtigt, at det almenmedicinske tilbud organiseres bæredygtigt – fagligt og økonomisk – så alle borgere har et attraktivt, effektivt, sammenhængende og tilgængeligt tilbud om almen lægehjælp i hele landet. Forvaltningen af ressourcerne i almen praksis indebærer også, at det skal overvejes, om der er opgaver, som i dag varetages i almen praksis, som fremover mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre faggrupper eller aktører.

Interessenternes input

Danske Patienter foreslår et løft af de praktiserende lægers gatekeeper-, tovholder- og koordineringskompetencer, herunder den rette organisering af området og mere forpligtende samarbejde. FOA foreslår, at de praktiserende lægers rolle i det nære sundhedsvæsen styrkes, og at der tilknyttes flere faggrupper til hver lægepraksis. Ligeledes foreslår Sundhedskartellet og PLO bedre brug af andre faggrupper i almen praksis.

Derfor anbefaler udvalget, at

14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme

Det betyder konkret, at

- Kompetencerne i almen praksis skal løbende videreudvikles i tæt samspil med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.
- Opgavevaretagelsen i almen praksis skal registreres og dokumenteres, og rammerne for at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling skal styrkes i sammenhæng med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen
- Regionerne skal udvikle og understøtte det alment medicinske tilbud gennem systematisk adgang til blandt andet specialistrådgivning.
- Almen praksis skal i højere grad samarbejde med sygehuse og kommunale sundhedstilbud, så patienterne oplever et sundhedsvæsen, der hænger sammen.

- Almen praksis skal i højere grad organiseres i bæredygtige enheder med flere læger, der arbejder sammen og anvender sundhedspersonale til en faglig velunderbygget arbejdsdeling i klinikken.

Anbefaling 15 - Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang

Den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger skal være udgangspunktet for indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er et afgørende skridt mod lighed i sundhed. Derfor skal indsatserne tilrettelægges differentieret og patientens mestring af egen sygdom styrkes. Det skal sikre en individuel indsats til gavn for den enkelte patient, og være med til at frigøre ressourcer til de patienter, der har brug for andre og mere krævende indsatser samt den generelt stigende efterspørgsel i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets fokus på specialisering og udvikling af kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer, pakkeforløb mv. har løftet kvaliteten markant. Samtidigt er der risiko for, at helhedsorienteringen i forhold til patientens samlede behov og individuelle målsætninger overses. Det kan betyde, at patienten oplever, at indsatserne ikke har den tilsigtede værdi og kvalitet. Og det kan betyde, at sundhedsvæsenet overbehandler den enkelte patient eller overser problemstillinger, der kræver andre typer af indsatser. Derfor er der behov for, dels at øge involveringen af patientens individuelle ressourcer samt målsætninger, og dels at styrke tilrettelæggelsen af indsatserne ud fra en populationsbaseret tilgang.

Indsatser med udgangspunkt i patientens individuelle behov og målsætninger kræver, at sundhedsvæsenet aktivt og systematisk involverer patienten og patientens netværk. Mange patienter kan og vil gerne selv være en del af arbejdet mod bedring og mestring af egen sygdom. Det skal sundhedsvæsenet blive bedre til aktivt at tage stilling til og understøtte – såvel for patienter med somatiske som psykiatriske sygdomme. Det kræver fokus, tilstedeværelse af de rette redskaber samt kompetencer til at understøtte og informere patienten om mulighederne for at mestre egen sygdom. Egenmestring og uddannelse samt oplysninger om det individuelle valg er dermed centralt. Samtidig er det vigtigt at skabe tryghed og yde bistand til de patienter, der ikke har samme mulighed for eller lyst til at tage del i egen behandling.

For patienter med multisygdom er hensynet til patienternes individuelle behov og målsætninger afgørende. Patienter med multisygdom har ofte behov for indsatser på tværs af forskellige specialer og sektorer. Det kan betyde uoverskueligt mange aftaler, som ikke altid koordineres for patienten. Samtidig kan der være behandlingsmæssige dilemmaer for den enkelte patient, eksempelvis hvis patienten med KOL bør motionere, men samtidig lider af svær gigt, der udfordrer mulighederne for at motionere. Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet indretter tilbuddene efter patientens behov og ressourcer. Sundhedsvæsenet skal således være bedre til at understøtte patienten i at prioritere indsatserne ud fra en helhedsbetragtning af patientens målsætninger.

Sundhedsstyrelsen anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Anbefalingerne omfatter blandt andet tilbud om tobaksafvænning og fysisk træning. Anbefalingerne skal medvirke til at sikre ensartede tilbud i hele landet og bidrage til at skabe en effektiv kommunal indsats af høj kvalitet for mennesker med kronisk sygdom. Anbefalingerne er vidensbaserede værktøjer til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

Lighed i sundhed er et vigtigt mål for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Alle patienter skal tilbydes de indsatser, de har behov for, uden at det betyder, at alle skal tilbydes det samme. For alle patienter har ikke de samme ressourcer og behov. Eksempelvis er det ikke alle patienter, der har samme risiko for at blive genindlagt, eller som ønsker og har lige mulighed for at tage aktiv del i arbejdet mod bedring. For at imødekomme social og geografisk ulighed i sundhed skal indsatserne derfor målrettes den enkeltes ressourcer og behov. Et sundhedsvæsen med lige adgang kræver derfor, at sygehuse, kommuner og praksissektoren differentierer og tilpasser indsatserne ud fra eksempelvis risikostratificering af patientgrupper. Populationsbaseret tilgang og tilhørende fokus på forebyggelse er dermed af stor betydning.

Et konkret område, hvor der er behov for at sundhedsvæsenet i højere grad tilrettelægges ud fra borgernes behov er ved organiseringen af prøvetagning. Mindst mulig indgriben i den enkelte patients liv i eget hjem og nære miljø indebærer, at patienten ikke skal rejse langt for at få taget eksempelvis en blodprøve. Den teknologiske udvikling mod flere muligheder for behandling i hjemmet betyder, at der fremtidig forventes at være endnu større behov for, at prøvetagning let og hurtigt kan finde sted i borgerens eget hjem eller nære omgivelser. Derfor skal det regionale set-up for prøvetagning forbedres. I dag anvender regionerne varierende modeller, eksempelvis udgående teams. Der efterspørges mere viden om, hvilken løsning der håndterer opgaverne mest smidigt, og om det på sigt er en omkostningseffektiv måde at organisere prøvetagning.

Interessenternes input

Danske Patienter anbefaler systematisk og konsekvent inddragelse af patienter samt mulighed for brugerstyret behandling. Og Sundhedskartellet foreslår udbredelse af mobile laboratorier og mobil prøvetagning

Derfor anbefaler udvalget, at

15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsætserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sygehuse, kommuner og praksissektoren skal aktivt og systematisk involvere patienten ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger samt styrke patientens mestring af egen sygdom.
- Sygehuse, kommuner og praksissektoren skal i højere grad tilrettelægge indsætserne ud fra populationsbaseret tankegang, hvor indsætser differentieres, eksempelvis ud fra risikostratificering af patientgrupper.
- Regioner skal sikre set-up for prøvetagning i borgerens nære omgivelser.

Anbefaling 16 - De effektive indsætser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal dokumenteres og udbredes

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er en særlig sårbar gruppe. Disse borgeres problemstillinger er ofte komplekse, ligesom borgerens misbrug kan modvirke psykiatrisk behandling og omvendt. Det stiller krav til kvaliteten og samtidighed i indsatsen. På nationalt og lokalt niveau er der igangsat mange projekter, der har til formål at styrke indsatsen og samarbejdet om mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Der mangler dog viden om de effektive indsætser af høj kvalitet til gavn for borgeren. Der er behov for at udbrede bedste praksis.

Mennesker der både har psykiske lidelser og et misbrug af stoffer eller alkohol får i dag ofte ikke tilstrækkeligt udbytte af deres behandling. Derfor er der behov for at styrke indsatsen for denne gruppe gennem udbredelse af de eksisterende videns- og erfaringsbaserede indsætser, der højner kvaliteten af indsatsen. Det indebærer blandt andet fokus på, hvilket kompetenceniveau og hvilken kompetencemæssig sammensætning, der er nødvendigt for at sikre kvaliteten i indsatsen. Bedste praksis fra kommuner og regioner skal udbredes for at understøtte højere kvalitet og effektivitet i indsatsen til gavn for den enkelte.

Derfor peger udvalget på, at højere kvalitet og en mere målrettet indsats for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug kan styrkes gennem en systematisk erfaringsopsamling og mindre kortlægning af de effektive indsætser og samarbejdsmodeller for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt et systematisk fokus på kompetencer. Erfaringsopsamlingen og kortlægning bør have fokus på tværgående og generiske problemstillinger samt løsningsmodeller.

Det er centralt, at den fremtidige tilrettelæggelse af indsætserne for mennesker med psykiske lidelser og et samtidig misbrug tager udgangspunkt i den eksisterende viden. Den etablerede viden og erfaringer om de effektive indsætser skal udbrede og udgøre grundlaget for tilrettelæggelsen af indsætser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Det kan være relevant at afdække indholdet og kvaliteten i de misbrugsrettede indsætser i forhold til målgruppen på både det regionale og kommunale område.

Derfor anbefaler udvalget, at

16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal dokumenteres og udbredes

Det betyder blandt andet konkret, at

- Stat, kommuner og regioner skal øge viden gennem en erfaringsopsamling.
- Kommuner og regioner skal aktivt sikre, at tilrettelæggelsen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug sker med udgangspunkt i evidens og erfaringer fra effektive indsatser, der skaber højere kvalitet i indsatserne til gavn for den enkelte.

Anbefaling 17 - Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Mistrivsel kan i perioder være en naturlig del af det at være ung, men uanset kan mistrivsel have alvorlige konsekvenser for den enkelte og i nogle tilfælde være et tegn på psykisk lidelse. Derfor er det afgørende, at børn og unge får tilbud om rette tidlige indsatser og at samarbejdet mellem de kommunale tilbud, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri er stærkt. I de seneste år har der været en stigning i antallet af børn og unge, der mistrives og som skal takle psykiske udfordringer. Det betyder, at der både i kommunerne og i den regionale psykiatri er et stigende behov for indsatser for denne gruppe. Derfor er der behov for at styrke indsatserne og samarbejdet om børn og unge, der mistrives. Og der er behov for at få bedre indblik og større viden på området. Større viden og en styrket indsats samt samarbejde skal understøtte, at børn og unge får den rette indsats i rette tid, og at indsatserne finder sted, hvor det fagligt og økonomisk er mest hensigtsmæssigt.

Børn og unge, der oplever mistrivsel skal, uanset at det kan være en naturlig del af ungdommen, tilbydes de rette indsatser. For børn og unge er tilknytning til uddannelse, familie og venner ofte afgørende. Derfor er de tidlige indsatser og samarbejdet om at sikre indsatser i barnets eller den unges nære omgivelser central.

De kommunale indsatser, uddannelsesinstitutionerne og praksissektoren er i tidlig kontakt med børn og unge. Indsatserne her skal understøtte, at mistrivsel opspores og adresseres tidligt. De tidlige indsatser i det nære miljø skal understøtte, at børn og unge får tilbud om indsatser med udgangspunkt i hverdagslivet, og forebygge udvikling af mistrivsel samt psykiske lidelser.

Den regionale psykiatri besidder specialiseret viden på psykiatriområdet. Dermed spiller den regionale psykiatri en afgørende rolle i de enkeltes behandlingsforløb, blandt andet som rådgiver af indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Mistrivsel blandt børn og unge er dermed et område, som kræver et tæt samarbejde mellem de kommunale indsatser, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri.

Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer

Med satspuljeaftalen for 2017-2020 på sundheds- og ældreområdet er der afsat midler til udvikling, implementering og evaluering af tværgående forløbsprogrammer målrettet børn og unge med psykiske udfordringer. Et forløbsprogram er et dynamisk redskab, der beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for målgruppen på tværs af region og kommuner, herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører. Det kan fx være sygehus, praktiserende læge, sociale tilbud, skoler og ungdomsuddannelser, sundhedsplejersker og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Programmerne skal sikre en helhedsorienteret indsats af høj kvalitet for barnet eller den unge, at de relevante parter inddrages i forløbet, og understøtte en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Desuden bør de lokale forløbsprogrammer indeholde en beskrivelse af implementering og opfølgning på programmet. De lokale programmer kan blandt andet indeholde forslag om konkrete samarbejdskonstruktioner og inddragelse af barnet eller den unge samt dennes forældre skal endvidere være en del af forløbsprogrammerne.

Der er en række igangværende initiativer, der har til hensigt at kvalificere og effektivisere i samarbejdet mellem kommuner, regioner og eventuelt almen praksis, herunder henvisningsprocessen, som eksempelvis forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer.

Udviklingen på området med et stigende antal børn og unge, der mistrives og som henvises til den regionale psykiatri tydeliggør behovet for en styrket indsats og samarbejde på området.

Derfor anbefaler udvalget, at:

Interessenternes input

Lægeforeningen foreslår udbredelse af udgående teams, der skal sikre hurtig hjælp til børn og unge med psykisk sygdom, og peger på, at regioner og kommuner bør etablere "shared care" modeller for samarbejdet mellem den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri eller speciallægepraksis, socialforvaltningen og den alment praktiserende læge.

17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Det betyder blandt andet konkret, at

- De forebyggende og tidlige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for børn og unge, der mistrives, skal styrkes. Det indebærer både de kommunale og regionale indsatser, herunder regionernes understøttelse med relevant rådgivning.
- Der skal skabes større viden om børne- og ungeområdet, herunder afprøvede initiativer ift. at skabe en sammenhængende indsats for gruppen.
- Der skal følges op på de igangværende initiativer, herunder de tværgående forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer, der skal understøtte en styrket tværsektoriel indsats.

6.4 Bedre digital understøttelse og brug af data

Sundheds-it og brug af sundhedsdata er nogle af de grundlæggende byggeklodser i vores sundhedsvæsen. Internationalt er Danmark nået langt, men der er fortsat behov for at udnytte potentialet og udviklingen inden for digitalisering og brug af sundhedsdata.

Bedre digital understøttelse

Sundheds-it er lidt simpelt forstået det daglige redskab, der understøtter indsatserne på linje med eksempelvis de ambulancer, som transporterer patienter til sygehuset. I dag er arbejdsgangene i sundhedsvæsenet i vidt omfang digitaliseret, og de papirbaserede arbejdsgange er afløst af elektroniske journaler og kommunikation. MedCom beskederne har medført en standardisering og digitalisering af den mest almindelige skriftlige kommunikation mellem sundhedsaktører. Desuden har Fælles Medicinkort (FMK) gjort det muligt for sundhedspersonalet på tværs af sundhedsvæsenet at få adgang til opdaterede data om en patients aktuelle medicinering. Det har været en stor implementerings- og forandringsopgave for både ledelse og medarbejdere, som i vidt omfang er lykkedes. Det giver et solidt fundament for den videre udvikling af sundheds-it og anvendelse af sundhedsdata.

Digitalisering skal være driver for et mere sammenhængende, effektivt og borgerrettet sundhedsvæsen. Patienterne skal i højere grad tilbydes løsninger, der tillader patienten at blive i de nære omgivelser og som giver frihed til at opretholde tilknytning til hverdagslivet. Og patienterne skal i højere grad have tilbud om at blive involveret i egen behandling og understøttes i mestring af egen sygdom.

Det kræver, at en række udfordringer løftes i den eksisterende it-understøttelse og styring. Det gælder i samspillet med patienter og pårørende, samt både indenfor og på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Hastigheden i den teknologiske udvikling stiller krav til, at den fælles it-infrastruktur løbende forbedres og udvikles til at sikre sammenhæng på tværs. Det kræver et hurtigt og meget agilt fællesoffentligt samarbejde med en tæt koordinering og eventuelt fælles styring.

Det fællesoffentlige samarbejde

Det fællesoffentlige samarbejde følger en vision om, at it-systemer på tværs af sundhedsvæsenet skal bindes sammen i et samlet økosystem baseret på blandt andet fælles it-standarder og it-infrastruktur. Det skal sikre, at mulighederne for digitaliseringen af sundhedsvæsenet kan forfølges i lokale projekter.

Udviklingen af it-løsninger, der understøtter sammenhængende patientforløb, og hvor relevante oplysninger deles, forudsætter, at alle parter sammen opnår et fælles niveau i anvendelsen af de fællesoffentlige løsninger til kommunikation og koordinering på tværs. Mange digitale løsninger har gensidige afhængigheder, som eksempelvis FMK, hvor et fuldt og aktuelt medicinoverblik er afhængigt af, alle relevante aktører tager ansvar for at opdatere medicinkortet.

Optimal udnyttelse af digitaliseringens muligheder kræver, at alle løfter digitaliseringen i fællesskab på tværs af sektorerne. Alle parter skal forpligte sig selv og hinanden på at sikre mere ensartethed og tempo i udbredelsen og anvendelse. Det betyder, at der er behov for en stærkere lokal forankring og prioritering af den fællesoffentlige indsats. Og det forudsætter, at der i regioner og kommuner sikres den nødvendige kapacitet og de rette kompetencer til implementering og vedligehold af de nationale digitale løsninger dvs. standarder, databaser og fælles løsninger som eksempelvis FMK. Derfor skal det nationale arbejde med at styrke synlighed om potentialer i nye løsninger fortsætte, og det skal være klart for alle parter, hvornår der er tale om områder med gensidige afhængigheder, som kræver en fælles indsats, og hvornår der kan være frihed til at udvikle lokale løsninger.

Sundhedsdataprogrammet

Sundhedsdataprogrammet skal skabe større synlighed og åbenhed om sundhedsvæsenets resultater. Der investeres i at forbedre adgangen til og anvendelsesmulighederne med relevante danske sundhedsdata - for både borgere, klinikere og beslutningstagere på tværs af sundhedsvæsenet.

Overordnet skal Sundhedsdataprogrammet:

- Bidrage til en modernisering af it-infrastrukturen i Sundhedsdatastyrelsen.
- Sikre en bedre datakvalitet og et bedre datagrundlag
- Styrke det tværsektorielle samarbejde om sundhedsdata.
- Etablere en ny og let tilgængelig brugerflade målrettet borgere, klinikere og beslutningstagere på sundhedsområdet.

Sundhedsdataprogrammet har blandt andet udviklet en showcase, som viser patientflowet mellem konkrete kommuner og hospitalsafdelinger, eksempelvis af borgere indlagt med forebyggelige indlæggelser. Showcasen viser blandt andet, hvilke diagnoser patienterne indlægges med, om de modtager pleje fra kommunen, om de bor i eget hjem med videre. Formålet med showcasen er at udvikle et redskab til kommuner og sygehuse til styrkelse af samarbejdet og den sammenhængende indsats på tværs af sektorerne.

Konkret er der behov for, at patientstyret behandling og involveringen af patienter samt pårørende styrkes. Målet er dermed at understøtte bedre udnyttelse af tid og ressourcer hos både borgere og medarbejderne i sundhedsvæsenet og sikre en mere målrettet behandling. Dernæst skal alle relevante oplysninger være tilgængelig for det relevante sundhedsfaglige personale og patienten selv. Det kræver løbende investering i digitale systemer, der muliggør smidig og sikker deling af oplysninger. Samtidig skal personalet have klarhed og viden om, hvilke oplysninger der må deles.

Bedre brug af data

Sundhedsdata er personoplysninger om helbredsmaessige forhold (helbredsoplysninger), der registreres som led i den daglige behandling og pleje af patienter i det danske sundhedsvæsen. Det kan dreje sig om data om behandlinger, diagnoser, indlæggelsestider, virkninger af medicin, m.v. Helbredsoplysninger er følsomme personoplysninger i henhold til persondataloven.

Sundhedsdata bruges til mange forskellige formål, herunder i sundhedsforskningen, behandlingen, rehabilitering og til styring og planlægning. Data anvendes eksempelvis til at monitorere de nationale kvalitetsmål, følge op på og vurdere effekten af nye tiltag samt til lokal og klinisk kvalitetsudvikling- og opfølgning.

OECD påpegede i 2013, at Danmark på trods af gode registre fortsat har store potentialer for en bedre brug af data, eksempelvis ved at sammenligne kvalitet i behandlingen på tværs af regioner og ved at skabe mere synlighed om resultater. Internationale erfaringer viser, at en bedre og mere systematisk brug af sundhedsdata spiller en central rolle, når sundhedsvæsenet skal skabe høj kvalitet og mere sundhed for pengene. Det gælder både, når sygdomme skal opdages tidligere, når den kliniske behandlingskvalitet og sammenhæng skal forbedres, og når der skal tilrettelægges effektive og mere målrettede forløb. Brug af data er dermed vigtigt for at skabe mere sundhed for de samlede ressourcer. Et højt digitaliseringsniveau i sundhedsvæsenet giver et solidt grundlag for, at medarbejderne kan bruge data, der er registreret som en del af patientforløbet til blandt andet kvalitetsudvikling.

Data er det afgørende grundlag for at sikre gennemsigtighed og kvalitet på sygehusene og i kommuner og almen praksis. Patienter og borgere kan sikres en bedre behandling og pleje, når sundhedsdata bruges aktivt af blandt andet medarbejderne til at højne patientsikkerheden, og når patienter og pårørendes erfaringer og oplevelser af behandlingen, rehabilitering og pleje indsamles og anvendes til forbedringer i sundhedsvæsenet.

En øget brug af data til udvikling af sundhedsvæsenet forudsætter, at patienter og borgere er trygge ved, at der bliver passet ordentligt på oplysninger om deres helbred, og at der er gennemsigtighed i, hvem der har adgang til deres sundhedsdata. Partierne i Folketinget har for at understøtte en øget brug af data og behovet for tillid aftalt 7 principper for brugen af sundhedsdata. Principperne skal danne baggrund for et udviklingsarbejde, der skal lede frem til, at partierne i 2017 skal blive enige om en række initiativer, der skal sikre bedre datasikkerhed, større patientinddragelse og gode rammer for forskning. Der vil i forbindelse med arbejdet og som forberedelse til EU-databeskyttelsesforordningen (maj 2018) blive lavet en kortlægning af indbygget privatlivsbeskyttelse (privacy by design), fx pseudonymisering.

Anbefaling 18 - Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet.

De digitale muligheder er med til at flytte rammerne for, hvordan og hvor indsatserne i sundhedsvæsenet kan varetages. Det skal det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udnytte til at understøtte og involvere patienten i patientens nære miljø, blandt andet gennem brug af telemedicinske løsninger. Den digitale understøttelse skal tilgodese mange patienters ønske om aktivt at være en del af indsatserne. Samtidig kan de digitale løsninger bidrage til bedre udnyttelse af tid og ressourcer i sundhedsvæsenet såvel på det somatiske som det psykiatriske område.

Den teknologiske og digitale udvikling flytter rammerne for, hvordan sundhedsydelse bliver leveret. Det skal hele sundhedsvæsenet understøtte, blandt andet ved at bruge digitalisering til at involvere patienter og pårørende bedre i forebyggelse og behandling og i eget hjem. Patientstyret behandling og bedre involvering af patienter og

Bedre sundhed gennem moderne og sikker brug af data

1. Alle Folketingets partier indgik i 2017 en politisk aftale om en række centrale principper for, hvordan sundhedsdata fremover på en sikker og moderne måde skal bruges til eksempelvis kvalitets sikring og forskning i nye behandlingsformer til gavn for patienterne. Datasikkerhed – sundhedsdata skal håndteres sikkert, og patienterne skal kunne forvente, at der bliver passet godt på deres helbredsoplysninger.
2. Lovlighed, fortrolighed, saglighed og proportionalitet – sundhedsdata må kun bruges til saglige formål inden for lovens rammer. Og brugen af personhenførbare data skal begrænses i størst muligt omfang.
3. Patientsikkerhed og sammenhæng for patienten og medarbejderne – til brug for patientbehandling skal relevante helbredsoplysninger videregives til relevante behandlere i sundhedsvæsenet. Det skal sikre, at patienterne får en sammenhængende behandling, og at sundhedspersonalet oplever, at it-systemerne understøtter kvaliteten i deres opgaveløsning.
4. Patient- og pårørendeinddragelse – patienterne skal have adgang og medejerskab til egne data, så de eksempelvis får bedre mulighed for at deltage aktivt i deres egen behandling.
5. Udvikling og kvalitet i sundhedsvæsenet – aktørerne på sundhedsområdet skal kunne anvende data til blandt andet at forbedre kvaliteten.
6. Moderne og tryk lovgivningsramme – Folketinget skal løbende diskutere lovændringer for brugen af sundhedsdata, der blandt andet tager højde for den teknologiske udvikling, nye undersøgelses- og behandlingsmetoder og beskyttelse af individet.
7. Åbenhed og gennemsigtighed for alle – borgere og patienter skal have bedre information om brugen af deres sundhedsdata, herunder deres muligheder for at sige fra over for at deres helbredsoplysninger bruges.

pårørende skal medvirke til at sikre mere tryk og målrettet behandling, der giver frihed til den enkelte. Og som understøtter bedre udnyttelse af tid og ressourcer hos både borgere og medarbejderne i sundhedsvæsenet og.

Borgere skal have glæde af de nye teknologiske løsninger, der muliggør mere patientstyret behandling og involvering af patienter samt pårørende. Udnyttelse af potentialet i de digitale løsninger, både i forhold til kvalitet, patientens oplevelse af nærhed og større frihed samt et omkostningseffektiv sundhedsvæsen kræver, at virksomme løsninger implementeres. Implementering skal ske i et tværsektorielt, landsdækkende samarbejde, som bygger på fælles standarder. Det betyder blandt andet, at anvendelsen af PRO, telemedicin og borgernes udstyr styrkes.

Anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) er et område med stor klinisk interesse med en række lokale projekter på de danske sygehuse, i kommunerne og i almen praksis. Der behov for at styrke standardisering og vidensdeling om PRO nationalt med henblik på en udbredelse i større skala, hvor PRO kan anvendes bredt og til kvalitetsudvikling. Det gælder også i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Indsamlingen af PRO skal understøttes af en fælles infrastruktur, der bygger videre på eksisterende investeringer i indsamling af hjemmemålinger med blandt andet KIH-databasen. KIH-databasen er en fælles database til opsamling af hjemmemonitoreringsdata til brug for tværsektoriel patientbehandling. Standardiseringsarbejdet er igangsat i regi af Den Nationale Styregruppe for PRO og den Tekniske Styregruppe for PRO-infrastruktur.

Telemedicin, hvor patienten over afstand kan modtage sundhedsydelse, er endnu et område med potentiale. Telemedicin har ofte den gevinst, at borgerne opnår øget livskvalitet i hverdagen og bliver mere selv-hjulpne. Eksempelvis kan en borger opnå en tættere og løbende opfølgning på borgerens sundhedstilstand ved hjælp af telemedicinsk hjemmemonitorering, der måler blodtryk, vægt og iltmætning i eget hjem. Det giver både sundhedspersoner og borgeren mulighed for at følge op og sørge for en hurtig indsats, hvis målinger viser en forværring. På det telepsykiatriske område er der de senere år fx gjort erfaringer med digital understøttelse af støtte til mennesker med lettere psykiske lidelser som fx angst og depression. Der er tale om potentielt virkningsfulde løsninger, der kan understøtte, at borgerne kan opnå bedring, mens de opretholder et hverdagsliv med fx uddannelse og beskæftigelse.

I stigende omfang følger borgerne med i egen sundhedstilstand ved hjælp af såkaldte "wearables" og apps. Det stiller nye krav til sundhedsvæsenet, hvor sundhedsoplysninger også skabes via borgernes egne registreringer og på eget initiativ. Der er dog endnu få erfaringer med, hvordan oplysninger indsamlet af borgeren med deres eget

Patientrapporterede oplysninger (PRO)

Patientrapporterede oplysninger (PRO) er oplysninger, der er relevante for patienter og sundhedspersoner i forhold til patientens forløb, rapporteret direkte af patienten selv. Når en patient giver oplysninger om egen helbredstilstand eksempelvis til brug for konsultationer eller kontroller, kan behandlingsforløbet styrkes og målrettes efter patientens behov. Gennem PRO kan det eksempelvis vise sig, at patienten ikke har behov for en konsultation, eller omvendt at patienten har brug for at blive fulgt tættere. Patientens oplysninger kan også bruges til kvalitetsarbejde, eksempelvis når patienten regelmæssigt registrerer funktionsevne, smerter og bivirkninger. PRO måler på sundhedsvæsenets kerneydelse og danner et solidt grundlag for kvalitetsudvikling. Der udvikles en national it-infrastruktur, som vil gøre det muligt at dele data på tværs af sektorer og geografi, hvilket vil bidrage til et mere sammenhængende sundhedsvæsen med patienten i centrum.

Den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

KL, Danske Regioner og regeringen er enige om en række overordnede strategiske målsætninger med den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering. Regioner og kommuner er i samarbejde ved at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i hele landet. Aftalen bygger blandt andet på gode erfaringer fra storskalaforløbet TeleCare Nord i Nordjylland. Udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL forventes at være første skridt, mens nye relevante patientgrupper med tiden kan tilbydes telemedicin.

Forløbsplaner for borgere med KOL, diabetes og kroniske lænderyg-smerter

Som digitalt værktøj til bedre patientinddragelse skal udviklingen af forløbsplaner for borgere med de tre kroniske sygdomme KOL, diabetes og kroniske lænderyg-smerter, give nydiagnosticerede patienter et bedre overblik over deres sygdomsforløb. Forløbsplanen udformes i en dialog mellem lægen og patienten med det formål at bidrage til at styrke patientens egenomsorg og kontrol med egen sygdom med udgangspunkt i patientens egne ressourcer og motivation. Samtidig kan forløbsplanen understøtte bedre kvalitet og ensartethed i opfølgningen hos almen praksis ved, at der systematisk arbejdes med at skabe overblik over undersøgelser og behandlinger, målsætninger for behandlingen samt henvisninger til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

udstyr kan inkluderes, så det giver værdi for forebyggelse og behandling af patienten, eksempelvis ved at kunne sende billeder af fysiske mærker og symptomer til praktiserende læge i forbindelse med e-mail- eller videokonsultation. Potentialet og mulighederne for, at de autoriserede sundhedspersoner kan visitere til indhentning af oplysninger fra patientens udstyr skal derfor undersøges nærmere.

Selvom almen praksis i høj grad er digitaliseret, så oplever patienter stadig, at de skal udfylde oplysninger og eksempelvis hjemmemålinger papirbaseret. Det er tidskrævende og som særligt for hjemmemålingerne kan være behæftet med risici for fejl i indtastning, beregninger samt uens kodning i eget lægesystem. Derfor skal praksissektoren i højere grad anvende relevante digitale løsninger, der understøtter kvalitet i behandlingen og ressourcebesparelse for både patienten og medarbejderne.

Derfor anbefaler udvalget, at

18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, skal arbejde sammen om den landsdækkende implementering af telemedicin med fokus på videndeling og fælles opgaveløsning, hvor det giver mening.
- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, afprøver nye teknologier og telemedicinske løsninger.
- Stat, kommuner og regioner dokumenterer i fællesskab erfaringerne fra afprøvningsprojekterne og implementerer de virksomme løsninger i stor skala.
- Stat, kommuner og regioner undersøger i fællesskab mulighederne for, at borgerne som led i behandling eller forebyggelse i højere grad kan anvende fx smartphones, wearables og apps til selv at indsamle sundhedsoplysninger.

Anbefaling 19 - Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.

Det danske sundhedsvæsen er på mange områder nået langt i arbejdet med at digitalisere det kliniske arbejde og kommunikationen i sundhedsvæsenet. Det er dog afgørende, at sundhedsvæsenet følger med den teknologiske udvikling og udnytter potentialet i de bedre og mere funktionelle løsninger, som løbende udvikles.

Mange medarbejdere oplever i dag, at de it-løsninger og de regler om adgange og datadeling, som skulle understøtte dem i deres arbejdsgange ikke altid er fulgt med den teknologiske udvikling. Antallet af dobbeltindtastninger, klik med musen, uoverskuelige visninger i brugergrænsefladen og ventetiden foran skærmen ved log-on og skift mellem systemer er med til at begrænse brugervenligheden og betyder, at de digitale værktøjer ikke altid opleves som meningsfulde for medarbejderne. Der er behov for væsentlige investeringer og ressourcer i it, som understøtter medarbejderne i deres daglige arbejde. Derfor skal stat, regioner og kommuner fortsat arbejde for at sikre en tidssvarende anvendelse af it.

Digital kommunikation og koordinering på tværs

Mange borgere og medarbejdere oplever, at behandlingen på tværs af sektorer er usammenhængende og ukoordineret, og at viden, som er kendt hos én aktør, ikke deles mellem de relevante medarbejdere, men må "bæres

Webpatient

Webpatient er et digitalt værktøj til bedre patientinddragelse i almen praksis. Webpatient er et PRO-system til almen praksis i regi af MedCom. Systemet gør det muligt for den praktiserende læge at sende og modtage spørgeskemaer til patienternes hjemmemonitorering af symptomer. Systemet udbredes og videreudvikles fra 2016-2018 og stilles til rådighed for praktiserende læger, der ønsker at anvende WebPatient.

Interessenternes input

Danske Patienter fremhæver vigtigheden af telemedicinske løsninger som del af deres forslag om systematisk og konsekvent inddragelse af patienter samt mulighed for brugerstyret behandling. Og Danske Patienter anbefaler PRO-data som et bærende element i kvalitetsudviklingen. Lægeforeningen forslår, at sundheds-it skal styrke inddragelsen af patienterne og patienternes håndtering af deres sygdomsforløb

rundt" af patienterne selv eller deres pårørende. Når digitale oplysninger ikke deles og giver værdi for patienter og medarbejdere, så giver det en oplevelse af, at registreringerne er meningsløse eller unødigt bureaukratiske.

En gældende og opdateret udgave af patientens elektroniske journal på sygehuset øger patientsikkerheden og giver personalet overblik over aktuelle patientoplysninger, også når ansvaret for behandlingen overgår fra én aktør til den næste. Anvendelsen af sundhedsdata er dermed afgørende for et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen, der har et fælles kendskab til patientens samlede behandlingssituation.

Potentialet i den høje digitaliseringsgrad skal i højere grad udnyttes, så kendt viden gøres fælles og giver værdi. Det handler både om at sikre sammenhæng og koordinering af den direkte patientbehandling, til gennemsigtighed og tryghed for patienterne og til kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.

Forbedring af epikriser

I overgange mellem sektorer, er det vigtigt, at den relevante information om patienten følger med eller kan tilgås rettidigt. Det kan eksempelvis være når en patient henvises fra almen praksis til sygehus eller kommune eller udskrives fra sygehus. Overgange stiller store krav til en rettidig og entydig kommunikation samt koordination, der sikrer, at de nødvendige oplysninger om borgeren ikke går tabt. Den rettidige og entydige kommunikation skal forebygge unødigt forværring af patientens tilstand og understøtte sammenhæng i patientforløbet.

I takt med at sundhedsvæsenet er blevet mere digitalt, er mængden af information og kommunikation steget betragteligt. Digitale løsninger i almen praksis, i kommunen og på sygehuset har gjort det lettere at arbejde med registreringer i patientjournaler og at kommunikere med andre sundhedsaktører. Men samtidig er der opstået nye udfordringer, eksempelvis når it-systemerne autogenerer store tekstmængder til beskeder, som sendes videre uden modtagerens behov for øje. Det er netop tilfældet ved epikriser (udskrivningsbreve), som er et kort sammendrag af en patients sygehistorie og indlæggelsesforløb. Epikrisen sendes kort tid efter patientens udskrivelse fra sygehuse til patientens praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten. Derfor er der blandt andet behov for at modernisere den digitale understøttelse og vejledning af epikriserne. Denne modernisering er i gang i Styrelsen for Patientsikkerhed og skal understøtte en rettidig og meningsfuld brug af epikriser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har gennemført en større afdækning af muligheder og krav i forhold til en

Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb

KL, Danske Regioner, PLO og Sundheds- og Ældreministeriet har igangsat et konkret arbejde med at afprøve og udvikle nye løsninger til deling af oplysninger på tværs.

Projektets vision er: "Patienter med komplekse forløb og deres pårørende møder et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor alle involverede i forløbet har digital adgang til oplysning og hurtig kommunikation om patientens samlede situation". Visionen udtrykker et ønske om, at patienter og pårørende ikke skal "bære" oplysninger rundt mellem myndigheder, men mødes af en sammenhængende, tryghedsskabende og effektiv sundhedssektor, som i højere grad koordinerer patientforløb gennem bl.a. fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Formålet er at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Som de første skridt i arbejdet med at realisere visionen skal der udvikles løsninger der kan sikre:

- Fælles adgang til patientens stamoplysninger
- Tværgående overblik over patientens aftaler
- Kontaktoplysninger på aktører involveret i patientens forløb
- Planer og indsatser
- Deling af patientens mål

Styrelsen for Patientsikkerheds anbefalinger til forbedringer af epikriser

Det skal i lægens indbakke være tydeligt, hvorvidt en modtaget epikrise er til opfølgning eller orientering. Det skal sikre, at den praktiserende læge i sin indbakke let kan skabe sig et overblik over hvilke modtagne epikriser, som indebærer en vigtig handling, som lægen skal følge op på, og hvilke, der er sendt til orientering. Der kan eksempelvis overvejes en "trafiklys-model", der angiver hurtig opfølgning, opfølgning og orientering. Desuden skal informationen i epikrisen stå på en måde, der er overskuelig, og vægten skal lægges på de oplysninger, der er centrale for den videre opgaveløsning. Det kan være et felt øverst i epikrisen, som tydeligt angiver anbefalingerne for patientens forløb.

Styrelsen for Patientsikkerhed er på baggrund af deres analysearbejdet gået i gang med at opdatere epikrise-vejledningen, med henblik på at lave en klarere beskrivelse af ansvarsoverdragelsen, og hvilke oplysninger der skal indgå i epikrisen. For at sikre den digitale understøttelse af bedre epikriser skal de eksisterende standarder for epikrisen opdateres og implementeres i de lokale systemer, dvs. hhv. i almen praksis og i de regionale systemer. Dette standardiseringsarbejde skal udføres af MedCom.

forbedring af epikrisen for at understøtte lægens arbejdsgange og fremme patientsikkerheden. På baggrund af arbejdet er der klare anbefalinger til, hvordan epikrisen bør forbedres.

Arbejdet, som er i gangsat i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed kræver, at regionerne implementerer den ændrede digitale understøttelse og reviderede vejledning. I tillæg til det digitale standardiseringsarbejde og revideringen af epikrise-vejledning, er der behov for, at arbejdskulturen omkring epikriserne følger i takt med de ændrede rammer. Derfor er der behov for at igangsætte en kultur- og læringsindsats, hvor der arbejdes med uddannelse i at skrive bedre epikriser, kampagneaktiviteter, læringsaktiviteter og tilsynsaktiviteter.

Når patienten udskrives er der i mange tilfælde behov for, at de kommunale sundhedstilbud bliver orienteret om den lægefaglige kommunikation fra sygehus til almen praksis, så kommunen i dialog med almen praksis kan sikre en rettidig opfølgende indsats. Derfor skal der ses på de digitale muligheder for, at det relevante kommunale sundhedsfaglige personale bliver orienteret og får adgang til relevante patienters epikriser.

Deling af informationer på tværs af sundhedsvæsenet

Det vigtigt, at det er også rent praktisk er muligt at videregive og indhente personoplysninger i behandlingssammenhænge, når det eksempelvis er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten eller kvalitetsopfølgning på et patientforløb, og sker under hensyn til både patientens sundhedsfaglige behov og til fortrolighed om de personlige oplysninger.

Medarbejderne i kommuner og regioner kender i dag ikke i tilstrækkelig grad deres muligheder for at dele oplysninger med andre sundhedsaktører både i forhold til den direkte patientbehandling og til andre formål. Derfor anvendes de nuværende muligheder for at dele oplysninger i patientbehandling i nogle tilfælde ikke i det omfang, som det er muligt for at sikre en sammenhængende behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Derfor er der for det første behov for, at Sundheds- og Ældreministeriet sikrer klarhed om de gældende regler om deling af oplysninger og data. For det andet skal kommuner og regioner sikre, at sundhedsmedarbejderne kender deres juridiske handlemuligheder. Medarbejderne skal vide, hvornår de kan dele oplysninger på tværs af sygehuset, almen praksis og kommunerne. Og for det tredje skal kommuner og regioner løbende og bedst muligt sikre, at den digitale understøttelse tillader medarbejdere at se og registrerer fælles oplysninger let og meningsfyldt.

Derfor anbefaler udvalget, at

Vejledning om videregivelse af oplysninger

Med Handlungsplan til forebyggelse af vold på botilbud, som blev udmøntet med delaftalen af satspuljen for 2017-2020, er der afsat midler til udarbejdelse af vejledning, der tydeligt skal klarlægge reglerne for videregivelse af oplysninger mellem sundhedsmyndigheder, sociale myndigheder og Kriminalforsorgen. Vejledningen målrettes medarbejdere på området, ligesom relevante parter inddrages i forarbejdet i forhold til at afdække de oplevede barrierer, så vejledningen udarbejdes med udgangspunkt i tvivlsspørgsmål i praksis, og således understøtter en implementering blandt medarbejdere i psykiatrien og på botilbuddene. Når vejledningen foreligger, kan det vurderes, hvorvidt der er behov for at lave en generisk vejledning på området.

Videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger

Sundhedslovens kapitel 9 regulerer videregivelse og indhentning af personoplysninger fra behandlingssammenhænge. Det er efter Sundhedslovens §42a tilladt for sundhedspersonale – også på tværs af sektorer – at indhente journaloplysninger i forbindelse med aktuel behandling af patienterne. Derudover gælder sundhedslovens regler for videregivelse af oplysninger. Efter sundhedslovens § 41, stk. 1, kan en sundhedsperson med patientens samtykke videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten eller andre patienter.

Videregivelse af oplysninger uden patientens samtykke kan finde sted, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov, samt når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre.

Interessenternes input

Danske Patienter foreslår fælles adgang til data for både sundhedsprofessionelle og patienter. Ligeledes fremhæver Dansk Sygeplejeråd, at autoriserede sundhedspersonale skal have mulighed for adgang til relevante patientdata på tværs af sektorer. Lægeforeningen og PLO foreslår, at epikrisen gøres brugervenlig, overskuelig. Begge interessenter har ligeledes en række forslag til højere kvalitet i kommunikationen, og at ét elektronisk opslag skal give patienten overblik.

19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet skal sikre klarhed om de gældende regler om anvendelse af data.
- Kommuner og regioner skal sikre, at medarbejderne kender deres muligheder for at dele og udveksle oplysninger til den direkte patientbehandling og til kvalitetsopfølgning inden for lovgivningens rammer
- Kommunerne og regionerne sikrer, at medarbejderne kan se og registrere fælles oplysninger let og meningsfyldt direkte i deres fagsystemer.
- Stat, regioner og sygehuse understøtter moderniseringen kommunikation mellem sektorer så epikriser, henvisninger og korrespondancer bliver mere målrettede, handlingsorienterede og rettidige. Samtidig undersøges mulighederne for, at relevante kommunale sundhedspersoner modtager konkrete patienters epikriser ved behov.
- De lovgivningsmæssige rammer skal løbende udvikles, så de understøtter moderne og sikre muligheder for at indsamle og anvende oplysningerne og data, herunder kobling af data.

Anbefaling 20 - Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal øge synligheden om aktivitet og resultater. I takt med, at flere og mere komplekse opgaver skal varetages i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er det afgørende at få udbygget og nyttiggjort data, særligt fra praksissektoren og kommunerne. Ligeledes er et mere dækkende tværsektorielt datagrundlag en væsentlig forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan udnytte ressourcer bedst muligt, tilrettelægge mere integrerede indsatser og skabe mere sammenhængende patientforløb.

Patienter og borgere kan sikres en bedre behandling og pleje, når sundhedsdata bruges til at højne effektiviteten, kvaliteten og patientsikkerheden, og når patienters og pårørendes resultater, erfaringer og oplevelser med sundhedsvæsenet og plejesektoren indsamles og anvendes.

Meningsfulde og handlingsanvisende data på tværs af sektorer

En forudsætning for at brugen af data kan skabe forbedringer i sundhedsvæsenet er, at data stilles til rådighed for medarbejderne på en måde, der er meningsfuld og handleanvisende. Data skal være til rådighed for medarbejdere og ledelse, så de kan følge op på egen indsats, sammenligne sig med andre med henblik på at skabe læring og udvikle kvaliteten samt effektiviteten af behandling og pleje til gavn for patienter samt borgere. En vigtig forudsætning for, at der kan skabes en mere sammenhængende indsats er blandt andet, at data deles på tværs af sektorer, således at kommuner og regioner har adgang til tværsektorielle data.

Et sammenhængende og effektivt nært sundhedsvæsen forudsætter blandt andet, at kommunerne, sygehusene og praksissektoren kender hinandens indsats og har data til rådighed, der kan bidrage til en koordineret planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på tværs af sektorerne. Der indsamles og registreres i dag mange relevante oplysninger på sygehusene, som kan bidrage med nyttig viden for kommunerne og praksissektoren i forhold til at sikre en mere målrettet og effektiv indsats, ligesom regionerne har behov for adgang til relevante data fra kommunerne og praksissektoren.

Kommunerne får i dag stillet sundhedsdata til rådighed via KØS (Kommunaløkonomisk sundhedsgrundlag), men kommunerne efterspørger flere relevante data for at kunne tilrettelægge deres indsats i bedre sammenhæng med sygehusene, praksissektoren og de øvrige kommunale velfærdsområder. Praksissektoren har ikke på nuværende tidspunkt adgang til data fra sygehusene og kommunerne, men de har bl.a. i regi af Sundhedsdataprogrammet efterspurgt en bedre adgang til relevante data blandt andet med henblik på at kunne målrette indsatsen overfor bestemte patientgrupper, forebygge indlæggelse og genindlæggelse mv. Regionerne efterspørger ligeledes relevante data fra kommunerne og praksissektoren med henblik på planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på sygehusene, herunder en sammenhængende indsats i forbindelse med overgangen fra sygehus til fx et kommunalt tilbud.

Gennemsigthed og adgang til relevante oplysninger i praksissektor og kommunerne

Danmark har stor it-anvendelse i særligt almen praksis og hos de praktiserende speciallæger, der alle dokumenterer indsatsen i elektroniske journalsystemer. Der indsamles i dag data om ydelser i almen praksis i blandt andet Sygesikringsregistret, Yderregistret og Lægemiddelstatistikregistret.

Data fra kliniske kvalitetsdatabaser kan bruges til tværfagligt at belyse den kliniske kvalitet og bidrage til kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet. En sammenstilling af data fra kliniske kvalitetsdatabaser og eksempelvis Landspatientregistret samt Dødsårsagsregistret kan eksempelvis give et billede af kvaliteten af indsatsen for relevante grupper af patienter på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, og hvordan konkrete indsatser bidrager til konkrete forløb for patienterne. Dette er dog under forudsætning af, at den kliniske kvalitetsdatabase indeholder oplysninger fra eksempelvis praksissektoren. Kliniske kvalitetsdatabaser indeholder oplysninger om en afgrænset gruppe af patienter, og kan derfor ikke alene give et dækkende billede af aktiviteten, herunder hvilke diagnoser patienterne behandles for i almen praksis. Og oplysningerne kan alene anvendes til statistiske og videnskabelige formål, eksempelvis til udvikling af den kliniske kvalitet.

Kliniske kvalitetsdatabaser

En klinisk kvalitetsdatabase er et register, der kan belyse dele eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe. En klinisk kvalitetsdatabase er et vigtigt instrument til kvalitetsudvikling, og oplysninger fra kliniske kvalitetsdatabaser må anvendes som led i løbende overvågning, evaluering og udvikling af den kliniske kvalitet.

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram udgør infrastruktur for godkendte, regionale landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, som støttes økonomisk af regionerne og har til formål at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt. Det er målet at udvikle flere tværsektorielle databaser, der dækker samlede patientforløb.

Bedre dokumentation og mere gennemsigthed i praksissektoren

Et integreret og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere og komplekse sundhedsopgaver løses i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, forudsætter at data fra praksissektoren og kommunerne udbygges og nyttiggøres. Et mere dækkende datagrundlag er en del af visionen på sundhedsdataområdet om "bedre sundhed gennem bedre brug af data" og behovet for at få dækkende og valide data, der kan skabe synlighed om aktivitet, kvalitet og økonomi om den samlede indsats i sundhedsvæsenet.

Datagrundlaget i praksissektoren skal udvikles efter samme målbillede som i sygehussektoren. Data skal i langt højere grad belyse patienternes samlede forløb på tværs af sektorer, og understøtte den dynamiske udvikling i sundhedsvæsenet, hvor opgaver fra eksempelvis sygehusene i stigende grad vil blive varetaget af kommune eller praksissektoren. Data skal understøtte kvalitetsudviklingen og sikre, at udviklingen ikke medfører tab af viden om kvaliteten af behandling og pleje. Endvidere skal data understøtte bedre og mere effektiv tilrettelæggelse af opgaver på tværs af sundhedsvæsenet.

Et mere dækkende datagrundlag vil eksempelvis kunne give værdifuld viden om:

- Hvilke patienter, der har været indlagt på sygehusene
- Om de patienter, der har været indlagt også modtager behandling i praksissektoren og hvilken diagnose patienterne behandles for
- Om patienten/borgeren modtager pleje, rehabilitering eller træning i kommunen, og om indsatsen bidrager til borgerens muligheder for at komme tilbage i arbejde eller klare sig selv i eget hjem
- Effekten af at flytte opgaver på tværs af sektorer, herunder både omkostninger og kvaliteten for patienten.

Større synlighed om den kommunale indsats, herunder udbredelse af Fælles Sprog III til flere områder

Det er ligeledes gældende for det kommunale område, at der er stort potentiale for at udbygge datagrundlaget og skabe bedre adgang til relevant data – både på tværs af kommunernes egne medarbejdere og på tværs af kommuner, regioner og praksissektor. I dag er det kommunale sundheds- og ældreområde kendetegnet ved, at der er potentiale for en mere dækkende, ensartet og systematisk dokumentation af den indsats, der leveres.

Kommunerne er i lighed med praksissektoren en del af udviklingen, hvor flere sundhedsopgaver leveres i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor er det, i lighed med praksissektoren, vigtigt at sikre en aktiv og systematisk brug af data gennem udbygning og bedre anvendelse af data fra kommunerne.

Med udbredelsen af Fælles Sprog III i kommunerne vil en standardisering af data på tværs af landets kommuner sikre, at der bliver skabt valide data, der kan anvendes internt i kommunen i den daglige drift i forbindelse med dokumentation og kommunikation. Tillige vil standardiseringen på tværs af kommuner bidrage til kvalitetsudvikling, ledelsesinformation, styring og prioritering samt til effektmålinger af den kommunale indsats.

Der er dog stadig potentiale for en mere dækkende og udbygget dokumentation af sundhedsindsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der danner grundlag for en styrkelse af kvalitetssikringen og -udviklingen, prioriteringen og viden om, hvordan sammenhængende indsatser sikres på tværs af kommunale sundhedstilbud og regioner.

Interessenternes input

Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og PLO har fremhævet vigtigheden af tilgængelighed og synlighed om data og oplysninger.

Derfor anbefaler udvalget, at

20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Det betyder blandt andet konkret, at

- Staten stiller relevante data til rådighed for kommunerne, regionerne, herunder praksissektoren. Det skal give kommuner og regioner mulighed for at kunne evaluere indsatserne og planlægge en mere målrettet og sammenhængende indsats for den enkelte patient. Det kræver samtidigt, at kommuner og regioner har det rette og sikre set-up for behandlingen af disse data.
- Kommunerne og regionerne sikrer, at personalet har adgang til relevante data, der muliggør sammenligning af resultater på tværs og til planlægning samt tilrettelæggelse af en sammenhængende indsats af høj kvalitet.
- Der skal være bedre gennemsigtighed og synlighed om det sammenhængende sundhedsvæsen med henblik på at understøtte kvalitetsudvikling. Praksissektoren skal styrke gennemsigtighed og adgang til oplysninger om aktivitet, kvalitet og økonomi. Kommunerne skal udvikle strukturerede data, som kan skabe gennemsigtighed og anvendes til det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Til sundhedsminister
Ellen Trane Nørby

14. september 2017

Henvendelse om udvalgsrapporten om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Kære Ellen Trane Nørby

Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark vil gerne kvittere for afrapporteringen fra udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Vi har drøftet afrapporteringen, og vi vil med dette brev gerne bidrage med vores perspektiver og inputs til dine og regeringens overvejelser om nye initiativer på baggrund af rapporten.

Først og fremmest er vi meget enige i udgangspunktet for udvalgsarbejdet, nemlig at der er behov for et mere helhedsorienteret syn på sundhedsvæsenet med fokus på en mere systematisk og styret udbygning af det nære sundhedsvæsen. Vi er enige i, at et økonomisk holdbart sundhedsvæsen i verdensklasse kræver, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen styrkes.

Det arbejder vi allerede meget målrettet med i et tæt samarbejde på tværs af kommuner, region og PLO. Vi er overbeviste om, at vores tætte samarbejde gør os i stand til også at løfte de fremtidige udfordringer for at skabe et sømløst sundhedsvæsen. Det kræver dog, at de nødvendige rammer er til rådighed. Det vil vi gerne uddybe nedenfor.

Fokus på sundhed og ikke blot sygdom

Vi vil gerne starte med at fremhæve betydningen af, at der i regeringens kommende plan og initiativer for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er et væsentligt fokus på sundhed og ikke blot sygdom. Vi fremhæver dette, da vi undrer os over, at visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i afrapporteringen alene har fokus på mestrings af egen sygdom.

Der er således behov for, at vi fremover også har fokus på sundhed og forebyggelse, herunder ulighed i sundhed og forebyggelse blandt børn og unge. Vi vil derfor anbefale, at regeringens initiativer tager udgangspunkt i et helhedsorienteret borgerperspektiv, hvor hele borgerens livssituation, herunder tilknytning til arbejdsmarkedet, ressourcer og ønsker til det gode hverdagsliv er grundlaget for et øget fokus på at understøtte borgerne i en sund livsstil og mestre deres eventuelle sygdom.

Afprøvning af integrerede samarbejdsmodeller

Vi støtter i Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark op om udvalgets anbefaling om, at kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller. I Syddanmark har vi allerede flere gode eksempler på dette, og vi har i det arbejde kunnet konstatere, at det gør en reel forskel for borgernes oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet, at overgangene styrkes og gøres mere flydende gennem samarbejdet.

Erfaringerne viser os dog også, at der er grænser for, hvor langt det er muligt at gå inden for de nuværende rammer. Regler om udveksling af helbredsoplysninger, udfordringer med dobbelt ansættelsessted, økonomi og spørgsmål om det lægefaglige ansvar udfordrer ønsket og behovet for tæt samarbejde.

Nye sundhedsaftaler

Det var med stor tilfredshed for os i Sundhedskoordinationsudvalget, at du i juli 2017 tilkendegav, at du har til hensigt at følge udvalgets anbefaling om fornyelse af sundhedsaftalesystemet. Tværsektorielt samarbejde er komplekst. Vi er tre sektorer, der i et ligeværdigt samarbejde skal aftale sammenhængende patientforløb. De økonomiske incitamenter understøtter ikke altid de aftaler, der har værdi for borgerne.

Vi bakker op om udvalgsrapportens intention om, at sundhedsaftalen skal have klare politiske mål for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Med det sagt finder vi dog, at oplistningen af temaer i udvalgsrapporten, der foreslås at indgå i Sundhedsaftalerne, vidner om, at aftalerne hurtigt kan blive lige så bureaukratisk tunge som de nuværende.

For at sikre større politisk ejerskab er det vigtigt, at Sundhedskoordinationsudvalget selv får mulighed for at prioritere de indsatser, som vi vil sætte fokus på. Man kunne i den forbindelse overveje at lade Sundhedskoordinationsudvalgene i hver af de fem regioner være tovholder på udvalgte politisk prioriterede opgaver for at sikre den mest effektive udnyttelse af kompetencer og ressourcer, herunder sikre opfølgning på effekter og formidling til Sundhedsministeriet og de øvrige Sundhedskoordinationsudvalg.

Vi anbefaler herudover, at Sundhedskoordinationsudvalgenes mandat styrkes. Konkret kunne det eksempelvis ske ved, at udvalget får mulighed for at disponere over egne, fælles midler til særligt prioriterede indsatser. Midlerne skal give styrkede muligheder for tværsektorielle initiativer, der løbende kan afprøves og tilrettes, så samarbejdet bedst muligt giver borgerne det sundhedstilbud, de ønsker.

Psykiatrien skal løftes

I Syddanmark har vi fokus på borgere med psykiske lidelser og har herunder en særlig bevågenhed på dobbelt diagnosticerede og på børn og unges mentale sundhed. Vi støtter derfor op om anbefalingerne om, at det tværsektorielle samarbejde på psykiatriområdet skal styrkes.

For at styrke samarbejdet mellem sektorerne er det nødvendigt, at der sættes fokus på bedre udveksling af de relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren, som anbefaling 19 også beskriver. I Syddanmark har vi haft succes med at udvikle kommunikationen og samarbejdet på tværs for borgere med somatiske lidelser igennem samarbejdsaftalen om indlæggelse og udskrivelse, "SAM:BO". Vi har senest arbejdet med at udvide samarbejdsaftalen til også at

omhandle borgere med psykiske lidelser. Udvidelsen besværliggøres dog af lovgivning. Konkret er udfordringen, at der ikke er lovhjemmel til, at de socialpsykiatriske problemstillinger skrives ind i de nuværende plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter, idet en del af personalet i socialpsykiatrien (eksempelvis en pædagog eller socialrådgiver) ikke arbejder i henhold til Sundhedsloven, men efter Serviceloven.

Det har medført, at det har været nødvendigt at udarbejde tre nye SAM:BO-forløb for det social-psykiatriske område, og at medarbejderne i nogle tilfælde skal udfylde to forskellige standarder om den samme borger. Det er unødvendigt bureaukrati, der stjæler tid fra andre opgaver, og det højner risikoen for, at der kan ske kommunikationsbrist i samarbejdet. Vi har tidligere rettet en fælles henvendelse til innovationsminister Sophie Løhde herom og vil benytte denne lejlighed til at gøre opmærksom på problemstillingen igen.

Den rette placering af opgaver

Det anbefales i udvalgsrapporten, at der sikres bedre rammer for opgavevaretagelsen mellem sektorerne. Vi har i Syddanmark fokus på, at opgaverne løses der, hvor det er bedst for både borgerne og økonomien. Det er ikke altid let at gennemskue, og vi har derfor udviklet en model, som kan bruges til at undersøge gevinster og konsekvenser og sikre de nødvendige forudsætninger i forbindelse med evt. beslutning om overdragelse af opgaver. Modellen synliggør relevante problemstillinger, således at beslutning om flytning af en opgave sker på et gennemsigtigt og oplyst grundlag for alle parter.

Vi vil anbefale, at det besluttet nationalt, at når der flyttes opgaver mellem sektorer, anvendes der en model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse. Det vil sikre et bedre og mere effektivt grundlag for at indgå samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalen. Som vi ser det, kan modellen, som vi har udviklet i Syddanmark, danne grundlaget for en national model, der understøtter klare rammer omkring kvalitetskrav, lægefagligt ansvar og bæredygtige løsninger.

I forbindelse med opgaveoverdragelse er det et væsentligt element, at kompetencerne løftes hos de sundhedsfaglige faggrupper der i dag er ansat, således de kommer på niveau med de kompetencer, der opnås i forbindelse med de reviderede sundhedsfaglige uddannelser.

I Syddanmark har vi det udgangspunkt, at økonomiske hensyn ikke skal bremse en undersøgelse og drøftelse af opgavens placering. Vi er enige om, at spørgsmålet om økonomi må afklares mellem regeringen og vores interesseorganisationer i forbindelse med økonomiforhandlingerne og dermed ikke skal stå i vejen for et fornuftigt lokalt samarbejde.

For at sikre at der kan opbygges nye og mere kvalificerede sundhedstilbud tæt på borgerne, håber vi, at regeringens udspil indeholder en plan for udviklingen af en finansieringsmodel, der understøtter den naturlige udvikling i samarbejdet, der er nødvendig for at sikre et effektivt sundhedsvæsen.

Afslutningsvis ønsker vi fra Sundhedskoordinationsudvalget i Syddanmark at fremhæve, at vi meget gerne uddyber vores perspektiver på afrapporteringen fra udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Med venlig hilsen

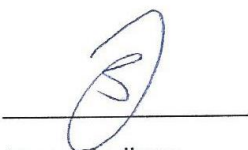
På vegne af det samlede Sundhedskordinationsudvalg i Syddanmark



Tage Petersen
Formand for Sundhedskordinationsudvalgt
Region Syddanmark



Henning Ravn
Næstformand for Sundhedskordinationsudvalget
Esbjerg Kommune



Jørgen Skadborg

Medlem af Sundhedskordinationsudvalget
Formand for PLO Syddanmark

Sundhedskordinationsudvalget i Syddanmark består udover Henning Ravn (V), Tage Petersen (V) og Jørgen Skadborg (PLO Syddanmark) af: Mireille Lacroix (PLO Syddanmark), Erik Rosengaard (V, Nyborg), Jørn Lehmann Petersen (A, Region Syddanmark), Povl Kylling Petersen (A, Aabenraa), Anni B. Tyrrestrup (O, Middelfart), Susanne Crawley Larsen (B, Odense) og Marianne Mørk Mathiesen (I, Region Syddanmark).

Kommunernes rolle i fremtidens sammenhængende sundhedsvæsen – 6-byernes fælles udspil

Det er lige nu, at politikere landet over tegner konturerne af fremtidens sundhedsvæsen. Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er på vej med et udspil, som vi endnu ikke kender konturerne af, en ny overenskomst for almen praksis har lange udsigter, idet forhandlingerne er brudt mere eller mindre sammen, og det forberedende arbejde med de kommende sundhedsaftaler er i fuld gang.

Der er mange udfordringer og uendeligt mange muligheder. Som de seks største byer i Danmark, vil vi gerne være med til at give vores syn på, hvad der kendetegner et sundhedsvæsen, der skal være endnu bedre, og som skal kunne modstå det økonomiske pres på grund af et stigende antal ældre og flere borgere med kroniske sygdomme. Et sundhedsvæsen, der i sin helhed er i stand til at håndtere, at borgere bliver hurtigere udskrevet fra de højt specialiserede sygehuse. Vi vil gerne have et sundhedsvæsen, der både formår at understøtte udviklingen af den specialiserede behandling på sygehusene og samtidig formår at investere i den sundhedsfremme, forebyggelse og opfølgning, der skal til i borgernes nærmiljø. Et nærmiljø, hvor kommunens indsatser sammen med den praktiserende læge kan være med til at forhindre dårligere livskvalitet pga. for eksempel genindlæggelser.

Et sådant sundhedsvæsen kræver, at alle beslutningstagere begynder at se sammenhænge og turde sætte handling og økonomi bag visionen om det sammenhængende sundhedsvæsen.

Vi vil i 6-byerne med forslaget fire principper gerne sætte fokus på kommunernes stadig større rolle i det sammenhængende sundhedsvæsen. Det gør vi for at udvide perspektiverne i den dialog, der lige nu foregår på nationalt plan og i dialoger med regionerne, de praktiserende læger og regeringen. Vi vil gerne påtage os medansvaret i forhold til borgernes sundhed, fordi det giver mening for borgerne og for samfundsøkonomien. Vi vil gerne være med til at bidrage til et sundhedsvæsen, hvor borgerne kan få den nødvendige højt specialiserede behandling og samtidig få tryghed i støtten i nærmiljøet. Men en virkeliggørelse af den vision afhænger af, om vi kan skabe de rigtige faglige og økonomiske løsninger sammen; regioner, almen praksis og kommunerne imellem.

1. Fælles om borgerne – sammenhæng og klar opgavedeling

Vi er fælles om borgerne. Det er ikke borgerne, der har ønsket opgavedelingen mellem regioner, kommunerne og almen praksis. Borgerne ønsker, at alle parter tager vare på og understøtter lige præcis deres sundhedsforløb. Det skal vi tage alvorligt.

6-byerne og måske kommunerne generelt oplever, at nye sundhedsopgaver placeres i kommunen samtidig med, at sundhedsopgaver flytter eller glider fra sygehusene til kommuner og almen praksis. Det er sket nærmest usynligt, men det er nu på et niveau, hvor kommunerne ikke kun skal tænkes med i opgaven, men også i økonomien. Der skal være sammenhæng mellem opgaver og økonomi. Når supersygehusene bliver bygget med krav om en stor reduktion i indlæggelsestiden, så bliver opgaven større i kommunerne. Derfor er vi nødt til at se på opgavefordelingen og økonomien mellem sektorerne på ny. Det vil sandsynligvis betyde flere opgaver og mere økonomi ud i kommunerne. Det er vi klar til at påtage os.

Eksempler:

I Region Midtjylland har man aftalt at flytte den specialiserede hjerterehabilitering fra sygehuset til kommunerne. Den ikke-medicinske del af rehabiliteringen foregår i kommunerne i tæt samarbejde og under lægeligt ansvar fra hospitalet. Den nye organisering betyder, at markant flere borgere benytter sig af rehabiliteringstilbuddet. På den måde forebygges langt flere tilfælde af fx blodpropper i hjertet.

Vores ønske er, at opgavedelingen bygger på et princip om, at specialiserede sundhedsopgaver varetages af det regionale sygehushvæsen, mens opgaver i borgerens nærmiljø varetages i samarbejde af kommunerne og almen praksis. Dette princip understøtter, at opgaverne løses, der hvor specialviden, ekspertise og kompetencerne er størst – til gavn for både borgerne og økonomien. Det betyder også, at kommunerne skal turde udfordre præmissen om, at borgerne skal hurtigt ud af sygehuset, hvis ikke den specialiserede behandling er tilendebragt, og kommunen derved står parat til at tage over. Borgerne skal være centrum i det sammenhængende sundhedsvæsen.

Der er allerede eksempler på, at visionen om det sammenhængende sundhedsvæsen er i gang med at blive virkelighed. Shared Care, sociale partnerskaber er f.eks. noget at bygge videre på, men vi skal gøre langt mere. Vi vil gerne være med til at udvikle, og vi vil også have økonomien med, når vi finder de gode løsninger på tværs.

2. Tryghed for borgeren kræver, at kommunerne og almen praksis er aktørerne i nærmiljøet

Tendensen i den specialiserede del af sundhedsvæsenet er klar. Borgerne får længere til de nye supersygehuse, og derfor er det blevet endnu mere aktuelt, at kommunerne sammen med de praktiserende læger skal være med til at skabe tryghed i borgernes nærmiljø.

Kommunerne ønsker et bedre og mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Det gør, at der i stigende omfang vil være behov for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. Borgerne skal kun indlægges og behandles på specialiserede sygehuse langt fra deres hverdag, hvis det er nødvendigt. Derfor skal borgerne i videst muligt omfang behandles og hjælpes i deres nærområde af kommunerne og almen praksis. Herved forebygges indlæggelser, og ressourcerne anvendes bedre.

I forlængelse af ovenstående ser vi kommunerne og almen praksis som de primære aktører i borgerens nærmiljø. Vi har mange kontakter med borgerne i vores kommuner, og vi kan derfor have et mere helhedsorienteret syn på borgerens livssituation og ikke kun fokus på den konkrete sygdom.

Vi vil gerne spille den rolle, og vi vil gerne have reelle ændringer, der understøtter det fælles ansvar. Et ansvar som skal være synligt i fordelingen af opgaver og økonomi i fremtidens sundhedsvæsen.

Eksempler:

I Region Syddanmark har sygehuse og kommuner indgået en aftale om behandling af patienter med lav dosis kemoterapi i eget hjem. En behandling der typisk gives som en livsforlængende behandling, så aftalen gør det muligt for patienter i en terminal fase at tilbringe mest mulig tid tæt på deres hverdag og familie.

3. Almen praksis – en central del af det sammenhængende sundhedsvæsen

Kommunerne ser almen praksis som en helt central del i det daglige samarbejde med borgeren. Derfor er der behov for, at almen praksis integreres hurtigere og i langt højere grad i det sammenhængende sundhedsvæsen, og forpligtes til et strategisk og konkret samarbejde med kommunerne om det nære sundhedsvæsen. Vi skal i fællesskab udvikle og udbygge vores samarbejde og finde nye områder, der kan skabe værdi for borgerne i stil med vores samarbejde omkring faste læger på kommunale plejecentre.

Vi skal turde kigge på, hvordan andre lande har skabt samarbejde med almen praksis. Skotland er langt længere med at involvere almen praksis, og i Norge er de praktiserende læger forpligtet til at levere 20% af deres arbejdstid i kommunerne. Herhjemme har vi taget de første skridt til et mere integreret samarbejde. Vi kan f.eks. allerede se, at ordningen med faste læger på plejecentre virker. Samarbejdet bliver nemmere, og sundhedstilstanden for borgerne større. Vi skal mere ad den vej.

Vi ved, at der er lægemangel mange steder i Danmark, og det kan både være svært at tiltrække læger i mere tyndt befolkede områder og i belastede boligkvarterer. Det skal vi sammen finde løsninger på. Antallet af praktiserende læger skal øges markant, så lægerne har tid og rum til samarbejdet om borgerne med kommunerne. Et samarbejde, der bliver mere og mere nødvendigt.

Vi ønsker i 6-byerne et langt tættere samarbejde med de praktiserende læger omkring forebyggende indsatser samt tidlig opsporing af sygdom. Vi foreslår, at KL i lighed med Danske Regioner skal have en rolle i forhandlingerne omkring aftalen med de praktiserende læger, så f.eks. økonomien og indhold i kommunernes samarbejde med de praktiserende læger forhandles af KL og PLO.

Eksempler:

I Region Syddanmark er der udviklet et nyt forløbsprogram for mennesker med KOL blandt andet for at sikre, at lægerne bliver (endnu) bedre til at opspore og henvise borgere, der kan profilere af kommunernes tilbud. Forløbsprogrammet, der er udarbejdet af fagpersoner og borgere i fællesskab, skal ligeledes være med til at sikre, at lægerne henviser patienterne tidligere end de gør i dag.

4. Livskvalitet for borgerne gennem sundhedsfremme og forebyggelse

Det primære fokus i sundhedsvæsenet er lige nu på behandling og ikke sundhedsfremme og forebyggelse. Men ved at fokusere langt mere på forebyggelse i forhold til f.eks. demens, KOL, diabetes vil vi kunne øge borgernes livskvalitet og mindske den økonomiske belastning i alle dele af et sammenhængende sundhedsvæsen.

Regionerne har en særlig rolle i forhold til forskning og evidens, mens vi i kommunerne er tæt på borgerne. Vi har ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse, og vi vil gerne være med til at sikre, at den kommende generation bliver mindre syg end den nuværende. Derfor vil vi fortsat både prioritere ressourcerne til forebyggelse og udvikle metoder til gavn for borgerne. Men det er også vigtigt, at alle parterne i sundhedsvæsenet er med på den prioritering af ressourcerne.

Samarbejdet med pårørende, netværk, frivillige og civilsamfundet med fokus på medborgerskab skal desuden udbygges, og potentialet skal udnyttes i endnu højere grad end det sker i dag.

Kommunerne ønsker at reducere geografisk og social ulighed i sundhed. Det skal ske ved at reducere de regionale og kommunale forskelle i det samlede sundhedsvæsen, der hvor der er evidens for, at en given indsats eller behandling er bedre end andre. Og vi vil medvirke til at undersøge virkningen på områder, hvor der ikke er evidens på nuværende tidspunkt.

Eksempler:

Sund start sammen er en fødsels- og forældreuddannelse bygget op omkring et gruppeforløb og løber over 1½ år fra 25. graviditetsuge i Odense Kommune. Erfaringerne fra Sverige, hvor ideen er hentet fra er, at færre forældre bliver skilt, og at færre børn og unge ender i social udsathed.



RAMMEPAPIR
med tids- og procesplan for
sundhedsaftalen 2019-2022 i Syddanmark
- med indsendelse til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019

Rammer

Dette papir beskriver rammerne for arbejdet med sundhedsaftalen 2019-2022, herunder en tids- og procesplan. Arbejdet opstartes så tidligt som muligt i det nye sundhedskordinationsudvalg, når udvalget er blevet introduceret til dets opgaver. Dette bl.a. for at sikre en så høj grad af politisk involvering, ejerskab og prioritering af indsatserne.

Den færdige sundhedsaftale skal indsendes til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019, således at den nye sundhedsaftale er gældende fra 1. september 2019.

Sundhedsaftalens sammensætning

I lighed med den nuværende sundhedsaftale forventes den kommende sundhedsaftale at bestå af:

- Sundhedsaftalens politiske del som rummer den politiske vision
- Sundhedsaftalens administrative del, herunder de otte nationale mål og en beskrivelse af den administrative organisering.

Tids- og procesplan

Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
2017			
22. september		DAK: Godkendelse af udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-22	Udkast til tids- og procesplan
30. oktober	SKU: Godkendelse af udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-22 Drøftelse af første udkast til overleveringspapir til det nye SKU		Godkendt tids- og procesplan Input til første udkast af overleveringspapir
23. november		DAK (temamøde): Drøftelse af andet udkast til overleveringspapir til det nye SKU Drøftelse af hvordan overleveringspapiret indarbejdes i kommende sundhedsaftale	Input til andet udkast til overleveringspapir



Periode	Aktivitet		Leverance
	<i>Politisk spor</i>	<i>Administrativt spor</i>	
19. december 2017	SKU: Færdiggørelse af overleveringspapir til det nye SKU		Overleveringspapir til det nye SKU
2018			
Januar 2018	Regionsråd og KKR Syddanmark udpeger medlemmer til SKU		
Medio januar		DAK: Godkende udkast til program for politisk opstartsmøde Drøfte høringsversion af bekendtgørelse vedr. Sundhedsaftaler, som forventes offentliggjort senest primo februar Beslutning om rammeprogram for DAKs halvdags temadag i april	Udkast til program for det politiske opstartsmøde
Ultimo februar 2018	SKU: Godkendelse af udkast til rammepapir, inkl. tids- og procesplan for ny sundhedsaftale Godkendelse af rammeprogram for politisk opstartsmøde, inkl. forslag til deltagerkreds m.v.		Færdigt rammepapir med tids- og procesplan Færdigt rammeprogram for politisk opstartsmøde
Medio marts		DAK (temamøde): Drøftelse af indhold, struktur og proces for den administrative aftale	Input til udvidet disposition og procesplan for den administrative aftale
11. april 2018	SKU: Ordinært møde + temadag om Sundhedsaftalen 2019-22 (indhold: bekendtgørelse, Sundhedsprofil, overleveringspapir, udvalgsrapport m.v.) Forberedelse af politisk opstartsmøde Fællesmøde Patientinddragelsesudvalget (enten kommer patientinddragelsesudvalget i slutningen af temadagen og mødes med SKU ellers inviteres de til det politiske opstartsmøde)		Program for politisk opstartsmøde



Periode	Aktivitet		Leverance
	<i>Politisk spor</i>	<i>Administrativt spor</i>	
Ultimo marts – ultimo april	Lokalt: Forberedelse af kommunale og regionale politikere til det politiske opstartsmøde		
Primo maj	Politisk opstartsmøde: 1/2 dags konference, hvor politiske visioner for sundhedsaftalen drøftes		Input til visioner
Medio maj		DAK: Opsamling på politisk opstartsmøde Godkendelse af udvidet disposition samt procesplan for den administrative aftale	Input til opsamling på politisk konference, inklusiv input til visioner Udvidet disposition og procesplan
Ultimo juni	SKU: Opfølgning på politisk konference og godkendelse af politiske visioner for sundhedsaftalen		Godkendt opsamling på politisk konference Godkendt politisk vision
Primo august – medio september 2018		Skriveproces – inkl. redaktionsgruppemøde	Første udkast til Sundhedsaftalen 2019-22
Primo oktober		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af første udkast til sundhedsaftale	Input til andet udkast til sundhedsaftale
Ultimo oktober	SKU: Status for arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-22		
Primo oktober- primo november		Skriveproces inkl. redaktionsgruppemøde	Andet udkast
Medio november		DAK: Drøfte andet udkast til Sundhedsaftalen 2019-22 (fremsendes én uge inden mødet)	Høringsversion
Primo december 2018	SKU: Færdiggørelse af høringsversion		Høringsversion



Periode	Aktivitet		Leverance
	<i>Politisk spor</i>	<i>Administrativt spor</i>	
Primo december	Politisk møde mellem SKU og kommunale udvalgsformænd: Præsentation af høringsudkastet til den nye sundhedsaftale 2019-22 Patientinddragelsesudvalget deltager i mødet		
Primo december 2018-januar 2019	Kommuner, region m.fl.: Høring af udkast til sundhedsaftale		Høringssvar
2019			
Primo februar-medio marts		Skriveproces – inkl. redaktionsgruppemøder	
Primo april 2019		DAK: Drøftelse af udkast til færdig sundhedsaftale	Udkast til færdig sundhedsaftale
Medio april 2019		Evt. skriveproces inkl. redaktionsgruppemøde	
Ultimo april 2019 (møde uge 18)	SKU: Godkendelse af færdig sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale til politisk behandling i Kommunalbestyrelser og Regionsråd
Maj-juni 2019 (uge 19-26)	Kommunalbestyrelser og Regionsråd: Politisk godkendelse af sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale
1. juli 2019		Sundhedsaftalen indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse	
August 2019		Sundhedsstyrelsen godkender sundhedsaftalen	
1. september 2019	Sundhedsaftalen træder i kraft		

2017

Juli		August		September		Oktober		November		December	
lør 1		tir 1		fre 1		søn 1		ons 1		fre 1	
søn 2		ons 2		lør 2		man 2	40	tor 2		lør 2	
man 3	27	tor 3		søn 3		tir 3		fre 3		søn 3	
tir 4		fre 4		man 4	36	ons 4		lør 4		man 4	49
ons 5		lør 5		tir 5		tor 5		søn 5		tir 5	
tor 6		søn 6		ons 6		fre 6		man 6	45	ons 6	
fre 7		man 7	32	tor 7		lør 7		tir 7		tor 7	
lør 8		tir 8		fre 8		søn 8		ons 8		fre 8	
søn 9		ons 9		lør 9		man 9	41	tor 9		lør 9	
man 10	28	tor 10		søn 10		tir 10		fre 10		søn 10	
tir 11		fre 11		man 11	37	ons 11		lør 11		man 11	50
ons 12		lør 12		tir 12		tor 12		søn 12		tir 12	
tor 13		søn 13		ons 13		fre 13		man 13	46	ons 13	
fre 14		man 14	33	tor 14		lør 14		tir 14		tor 14	
lør 15		tir 15		fre 15		søn 15		ons 15		fre 15	
søn 16		ons 16		lør 16		man 16	42	tor 16		lør 16	
man 17	29	tor 17		søn 17		tir 17		fre 17		søn 17	
tir 18		fre 18		man 18	GODKENDELSE AF 38	ons 18		lør 18		man 18	51
ons 19		lør 19		tir 19	TIDS- & PROCES	tor 19		søn 19		tir 19	SKU MØDE
tor 20		søn 20		ons 20	PLAN	fre 20		man 20	GODKENDELSE AF 47	ons 20	
fre 21		man 21	34	tor 21		lør 21		tir 21	OVERLEVERINGS-	tor 21	GODKENDELSE AF
lør 22		tir 22		fre 22	DAK MØDE	søn 22		ons 22	PAPIR	fre 22	OVERLEVERINGS-
søn 23		ons 23		lør 23		man 23	43	tor 23	DAK MØDE	lør 23	PAPIR
man 24	30	tor 24		søn 24		tir 24		fre 24		søn 24	
tir 25		fre 25		man 25	39	ons 25		lør 25		man 25	1. juledag 52
ons 26		lør 26		tir 26		tor 26	OVERLEVERINGS-	søn 26		tir 26	2. juledag
tor 27		søn 27		ons 27		fre 27	PAPIR	man 27	48	ons 27	
fre 28		man 28	35	tor 28		lør 28		tir 28		tor 28	
lør 29		tir 29		fre 29		søn 29		ons 29		fre 29	
søn 30		ons 30		lør 30		man 30	SKU MØDE 44	tor 30		lør 30	
man 31	31	tor 31				tir 31				søn 31	Nytårsaftens dag
21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		19 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

2018

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni	
man 1	Nytårsdag 1	tor 1		tor 1		søn 1	Påskedag	tir 1		fre 1	
tir 2		fre 2		fre 2		man 2	2. påskedag 14	ons 2	POLITISK	lør 2	
ons 3		lør 3		lør 3		tor 3		tor 3	OPSTARTSMØDE	søn 3	
tor 4		søn 4		søn 4		ons 4	LOKAL FORBERED-	fre 4		man 4	23
fre 5		man 5	6	man 5	10	tor 5	ELSE AF POLITISK	lør 5		tir 5	Grundlovsdag
lør 6		tir 6		tir 6		fre 6	OPSTARTSMØDE	søn 6		ons 6	
søn 7		ons 7		ons 7		lør 7		man 7	19	tor 7	
man 8	2	tor 8		tor 8		søn 8		tir 8		fre 8	
tir 9		fre 9		fre 9		man 9	15	ons 9		lør 9	
ons 10	DAK MØDE	lør 10		lør 10		tir 10	SKU MØDE +	tor 10	Kristi Himmelfart	søn 10	
tor 11		søn 11		søn 11		ons 11	TEMADAG OM	fre 11		man 11	24
fre 12		man 12	7	man 12	11	tor 12	SA2019-22	lør 12		tir 12	
lør 13		tir 13		tir 13		fre 13		søn 13		ons 13	
søn 14		ons 14	FERIEPERIODE	ons 14	DAK MØDE	lør 14		man 14	20	tor 14	
man 15	3	tor 15		tor 15	DRØFTELSE AF	søn 15		tir 15	DAK MØDE	fre 15	
tir 16		fre 16		fre 16	ADM. AFTALE	man 16	16	ons 16	OPSAMLING PÅ	lør 16	
ons 17		lør 17		lør 17		tir 17		tor 17	OPSTARTSMØDE	søn 17	
tor 18		søn 18		søn 18		ons 18		fre 18		man 18	25
fre 19		man 19	8	man 19	12	tor 19		lør 19		tir 19	SKU MØDE
lør 20		tir 20		tir 20		fre 20		søn 20	Pinsedag	ons 20	GODKENDER
søn 21		ons 21	SKU MØDE	ons 21		lør 21		man 21	2. pinsedag 21	tor 21	VISION FOR
man 22	4	tor 22	KONSTITUERENDE	tor 22		søn 22		tir 22		fre 22	SA 2019-22
tir 23		fre 23	MØDE	fre 23		man 23	17	ons 23		lør 23	
ons 24		lør 24		lør 24		tir 24		tor 24		søn 24	
tor 25		søn 25		søn 25	Palmesøndag	ons 25		fre 25		man 25	26
fre 26		man 26	9	man 26	13	tor 26		lør 26		tir 26	
lør 27		tir 27		tir 27		fre 27	Store Bededag	søn 27		ons 27	
søn 28		ons 28		ons 28		lør 28		man 28	22	tor 28	
man 29	5			tor 29	Skærtorsdag	søn 29		tir 29		fre 29	
tir 30				fre 30	Langfredag	man 30	18	ons 30		lør 30	
ons 31				lør 31				tor 31			
22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		19 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

2018

Juli		August		September		Oktober		November		December	
søn 1		ons 1	SKRIVE SA19-22	lør 1		man 1	40	tor 1	ANDET UDKAST	lør 1	
man 2	27	tor 2	FØRSTE UDKAST	søn 2		tir 2		fre 2		søn 2	
tir 3		fre 3		man 3	36	ons 3	DAK TEMAMØDE	lør 3		man 3	
ons 4	FERIEPERIODE	lør 4		tir 4		tor 4	FØRSTE UDKAST	søn 4		tir 4	SKU MØDE
tor 5		søn 5		ons 5	REDAKTIONS-	fre 5		man 5	45	ons 5	GODKENDELSE AF
fre 6		man 6	32	tor 6	GRUPPEMØDE	lør 6		tir 6		tor 6	HØRINGSVERSION
lør 7		tir 7		fre 7		søn 7		ons 7	REDAKTIONS-	fre 7	
søn 8		ons 8	SKRIVE SA19-22	lør 8		man 8	41	tor 8	GRUPPEMØDE	lør 8	
man 9	28	tor 9	FØRSTE UDKAST	søn 9		tir 9		fre 9		søn 9	
tir 10		fre 10		man 10	37	ons 10	SKRIVE SA19-22	lør 10		man 10	SKU
ons 11	FERIEPERIODE	lør 11		tir 11		tor 11	ANDET UDKAST	søn 11		tir 11	POLITISK MØDE
tor 12		søn 12		ons 12	SKRIVE SA19-22	fre 12		man 12	46	ons 12	HØRING
fre 13		man 13	33	tor 13	FØRSTE UDKAST	lør 13		tir 13	SKRIVE SA19-22	tor 13	
lør 14		tir 14		fre 14		søn 14		ons 14	ANDET UDKAST	fre 14	
søn 15		ons 15	REDAKTIONS-	lør 15		man 15	42	tor 15		lør 15	
man 16	29	tor 16	GRUPPEMØDE	søn 16		tir 16		fre 16		søn 16	
tir 17		fre 17		man 17	38	ons 17	FERIEPERIODE	lør 17		man 17	51
ons 18	FERIEPERIODE	lør 18		tir 18		tor 18		søn 18		tir 18	
tor 19		søn 19		ons 19	DAK UDKAST	fre 19		man 19	47	ons 19	HØRING
fre 20		man 20	34	tor 20	DEADLINE	lør 20		tir 20	DAK MØDE	tor 20	
lør 21		tir 21		fre 21		søn 21		ons 21	DRØFTE ANDET	fre 21	
søn 22		ons 22	SKRIVE SA19-22	lør 22		man 22	43	tor 22	UDKAST	lør 22	
man 23	30	tor 23	FØRSTE UDKAST	søn 23		tir 23		fre 23		søn 23	
tir 24		fre 24		man 24	39	ons 24	SKRIVE SA19-22	lør 24		man 24	52
ons 25	FERIEPERIODE	lør 25		tir 25		tor 25	ANDET UDKAST	søn 25		tir 25	1. juledag
tor 26		søn 26		ons 26		fre 26		man 26	48	ons 26	2. juledag
fre 27		man 27	35	tor 27		lør 27		tir 27	TILPASSE	tor 27	
lør 28		tir 28		fre 28		søn 28		ons 28	HØRINGSVERSION	fre 28	HØRING
søn 29		ons 29	SKRIVE SA19-22	lør 29		man 29	44	tor 29		lør 29	
man 30	31	tor 30	FØRSTE UDKAST	søn 30		tir 30	SKU MØDE	fre 30		søn 30	
tir 31		fre 31				ons 31	STATUS			man 31	Nytårsaftens dag
22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		18 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

2019

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni	
tir 1	Nytårsdag	fre 1	HØIRNGSFRIST	fre 1		man 1	14	ons 1	SKU MØDE	lør 1	
ons 2		lør 2		lør 2		tir 2	DAK MØDE	tor 2	GODKENDER	søn 2	
tor 3	HØRING	søn 3		søn 3		ons 3	FÆRDIGT UDKAST	fre 3	SA19-22	man 3	23
fre 4		man 4	6	man 4	10	tor 4		lør 4		tir 4	
lør 5		tir 5	BEHANDLING AF	tir 5		fre 5		søn 5		ons 5	Grundlovsdag
søn 6		ons 6	HØRINGSSVAR	ons 6		lør 6		man 6	19	tor 6	GODKENDELSE
man 7	2	tor 7	"OVERBLIK"	tor 7		søn 7		tir 7	GODKENDELSE AF	fre 7	
tir 8		fre 8		fre 8		man 8	15	ons 8	SA19-22 I	lør 8	
ons 9	HØRING	lør 9		lør 9		tir 9		tor 9	KOMMUNER OG	søn 9	Pinsedag
tor 10		søn 10		søn 10		ons 10	REDAKTIONS-	fre 10	REGION	man 10	2. pinsedag
fre 11		man 11	7	man 11	11	tor 11	GRUPPEMØDE	lør 11		tir 11	
lør 12		tir 12		tir 12		fre 12		man 12	20	ons 12	GODKENDELSE
søn 13		ons 13	FERIEPERIODE	ons 13	REDAKTIONS-	lør 13		man 13		tor 13	
man 14	3	tor 14		tor 14	GRUPPEMØDE	søn 14	Palmesøndag	tir 14		fre 14	
tir 15		fre 15		fre 15		man 15	16	ons 15	GODKENDELSE	lør 15	
ons 16	HØRING	lør 16		lør 16		tir 16		tor 16		søn 16	
tor 17		søn 17		søn 17		ons 17		fre 17	Store Bededag	man 17	25
fre 18		man 18	INDARBEJDELSE	man 18	12	tor 18	Skærtorsdag	lør 18		tir 18	
lør 19		tir 19	AF HØRINGSSVAR	tir 19		fre 19	Langfredag	man 19		ons 19	
søn 20		ons 20		ons 20	DAK DEADLINE	lør 20		man 20	21	tor 20	
man 21	4	tor 21	REDAKTIONS-	tor 21	FÆRDIGT UDKAST	søn 21	Påskedag	tir 21		fre 21	
tir 22		fre 22	GRUPPEMØDE	fre 22		man 22	2. påskedag	ons 22	GODKENDELSE	lør 22	
ons 23	HØRING	lør 23		lør 23		tir 23		tor 23		søn 23	
tor 24		søn 24		søn 24		ons 24		fre 24		man 24	26
fre 25		man 25	9	man 25	13	tor 25		lør 25		tir 25	
lør 26		tir 26		tir 26		fre 26		søn 26		ons 26	
søn 27		ons 27		ons 27		lør 27		man 27	22	tor 27	
man 28	5	tor 28		tor 28		søn 28		tir 28		fre 28	
tir 29		fre 29		fre 29		man 29	18	ons 29	GODKENDELSE	lør 29	
ons 30	HØRING	lør 30		lør 30		tir 30		tor 30	Kristi Himmelfart	søn 30	
tor 31		fre 31		søn 31				fre 31			
22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		19 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		18 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

Juli			August			September			Oktober			November			December		
man 1	INSENDELSE AF	27	tor 1			søn 1			tir 1			fre 1			søn 1		
tir 2	SA19-22 TIL		fre 2			man 2	SA19-22	36	ons 2			lør 2			man 2		49
ons 3	SUNDHEDS-		lør 3			tir 3	TRÆDER I KRAFT		tor 3			søn 3			tir 3		
tor 4	STYRELSEN		søn 4			ons 4			fre 4			man 4		45	ons 4		
fre 5			man 5		32	tor 5			lør 5			tir 5			tor 5		
lør 6			tir 6	SUNDHEDS-		fre 6			søn 6			ons 6			fre 6		
søn 7			ons 7	STYRELSEN		lør 7			man 7		41	tor 7			lør 7		
man 8		28	tor 8	GODKENDER		søn 8			tir 8			fre 8			søn 8		
tir 9			fre 9	SA19-22		man 9		37	ons 9			lør 9			man 9		50
ons 10			lør 10			tir 10			tor 10			søn 10			tir 10		
tor 11			søn 11			ons 11			fre 11			man 11		46	ons 11		
fre 12			man 12		33	tor 12			lør 12			tir 12			tor 12		
lør 13			tir 13			fre 13			søn 13			ons 13			fre 13		
søn 14			ons 14			lør 14			man 14		42	tor 14			lør 14		
man 15		29	tor 15			søn 15			tir 15			fre 15			søn 15		
tir 16			fre 16			man 16		38	ons 16			lør 16			man 16		51
ons 17			lør 17			tir 17			tor 17			søn 17			tir 17		
tor 18			søn 18			ons 18			fre 18			man 18		47	ons 18		
fre 19			man 19		34	tor 19			lør 19			tir 19			tor 19		
lør 20			tir 20			fre 20			søn 20			ons 20			fre 20		
søn 21			ons 21			lør 21			man 21		43	tor 21			lør 21		
man 22		30	tor 22			søn 22			tir 22			fre 22			søn 22		
tir 23			fre 23			man 23		39	ons 23			lør 23			man 23		52
ons 24			lør 24			tir 24			tor 24			søn 24			tir 24		
tor 25			søn 25			ons 25			fre 25			man 25		48	ons 25	1. juledag	
fre 26			man 26		35	tor 26			lør 26			tir 26			tor 26	2. juledag	
lør 27			tir 27			fre 27			søn 27			ons 27			fre 27		
søn 28			ons 28			lør 28			man 28		44	tor 28			lør 28		
man 29		31	tor 29			søn 29			tir 29			fre 29			søn 29		
tir 30			fre 30			man 30		40	ons 30			lør 30			man 30		1
ons 31			lør 31						tor 31						tir 31	Nytårsaftens dag	
23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage			22 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage			21 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage			23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage			21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage			19 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		

DET FÆLLES POPULATIONANSVAR

Hvad snakker vi om?



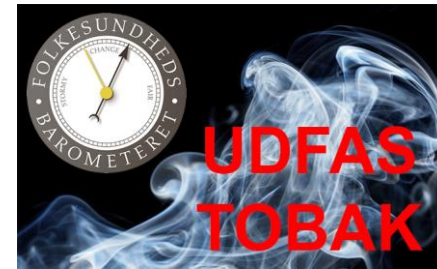
SUNDHED

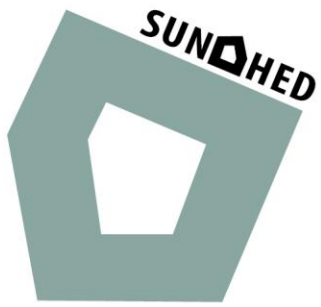
Vejle
...med Vilje



MÅLGRUPPEORIENTERET TILGANG OG POPULATION:

Populationsbaseret strategisk tilgang
vs Risikobaseret tilgang





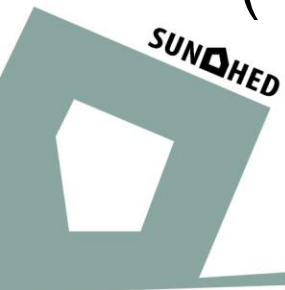
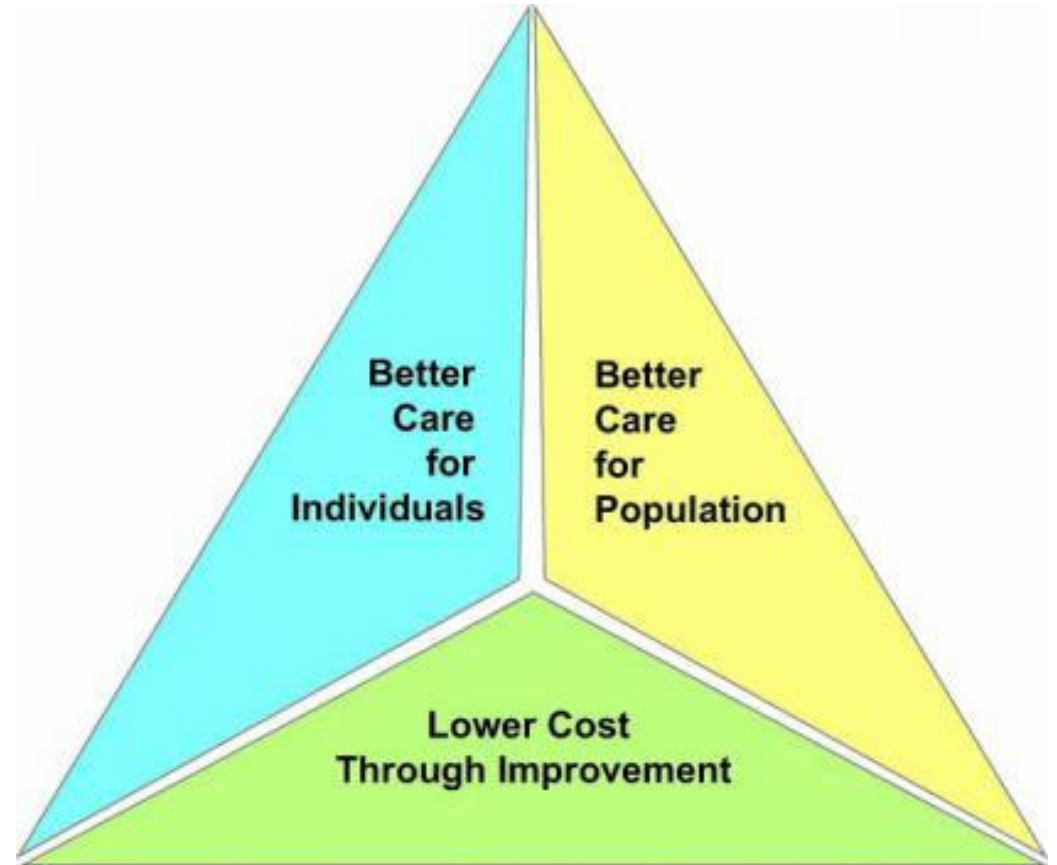
FÆLLES POPULATIONSANSVAR HVAD SNAKKER VI OM?

Populationsansvar er ofte kædet sammen med ordet "Fælles", vi har et fælles populationsansvar, altså et fælles tværsektorielt ansvar for en population



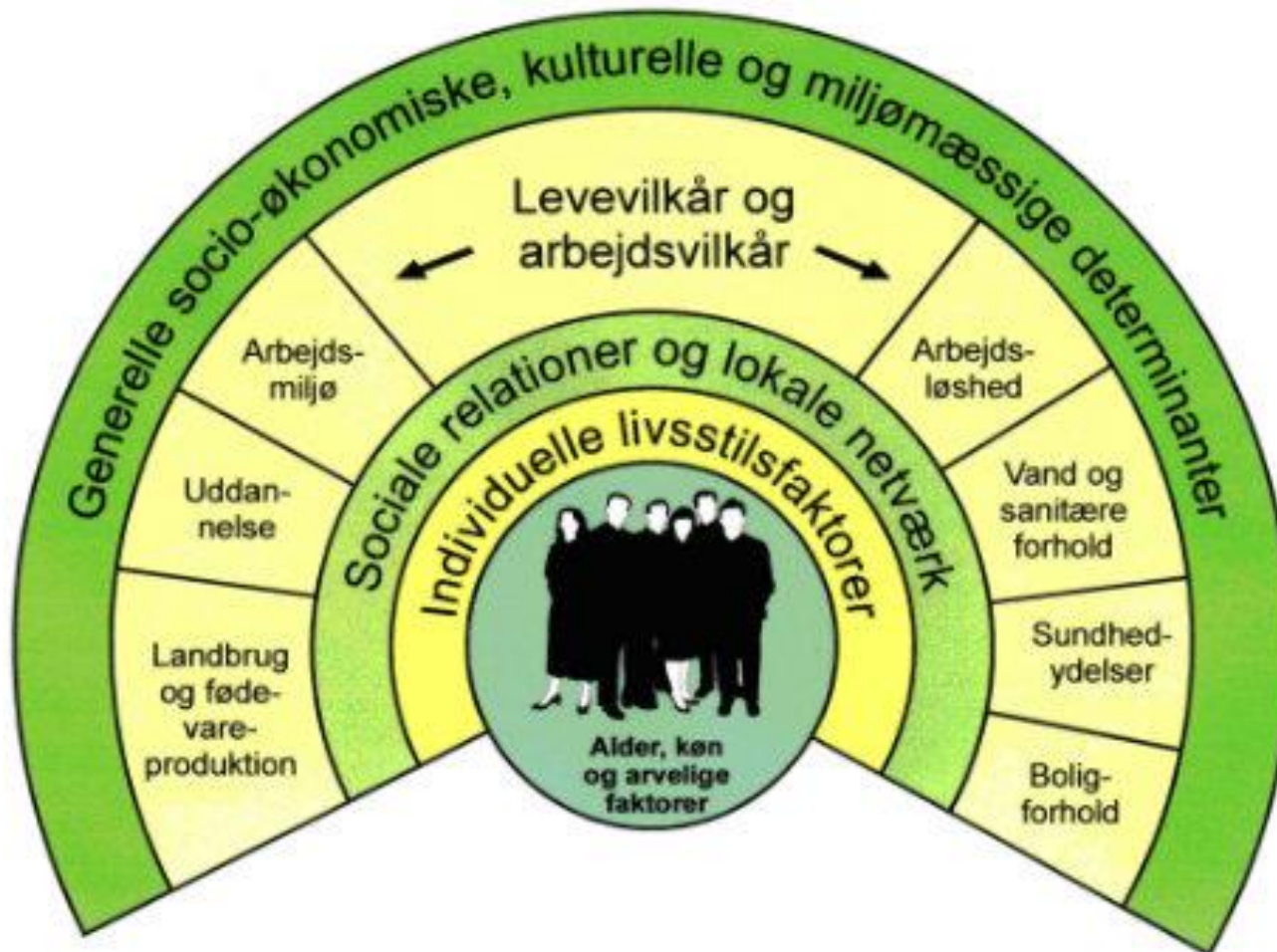
FÆLLES POPULATIONANSVAR OG TRIPLE AIM:

1. At skabe bedre patientoplevelt kvalitet
2. At skabe bedre sundhed for populationen
3. At reducere eller fastholde omkostningsniveauet (ved forbedringer)



Vejle
...med Vilje

Determinanter for Sundhed/det gode liv



SUNDHED

Vejle
...med Vilje

Konsekvenser af "Fælles populationsansvar"

- Fra sektortankegang og behandlingsfokus til borgerperspektiv og sundhedsfokus
- Fra kvantitet til kvalitet – Region Syd siger nej til 2% kravet
- Sygehusene interesserer sig for kommunal sundhedsfremme i en hel anden grad end tidligere.



Vejle
...med vilje



OVERVEJELSER:

Fra et kommunalt synspunkt – hvad er så strategisk klogt at gribe fat i?

- Hvilke sundhedsfremmende initiativer er vi i kommunerne interesserede i at sygehuset tager?
- Hvilke populationer kan vi med fordel have fælles ansvar for?
- Hvilke forestillinger gør vi os om drøftelser om opgaveflytning set i et populationsbaseret perspektiv?
- De kommende sundhedsaftaler – få mål – hvilke?
- Politikerne og det fælles populationsansvar – hvad tænker de?
- Borgere og pårørende ?

Borgerens liv....



Kontakt med sygehus, det kommunale almen praksis m.m.

SUNDHED

Vejle
...med vilje

Tak for ordet



Rammepapir - det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Fremtidens sundhedsvæsen i Region Syddanmark

Rammepapiret er godkendt af regionsrådet den 26. juni 2017

1.0 Hvorfor tale om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen?

I april måned 2010 godkendte Regionsrådet et fagligt og organisatorisk grundkoncept for fremtidens sygehuse i Region Syddanmark.

Siden har regionen været igennem en kvalitetsreform og igangsat kvalitetsfundsbyggerierne, som ligger til grund for de nye centrale sygehuse.

Sygehusene bliver det fysiske manifest på udviklingen mod øget specialisering og centralisering. Det er godt for fagligheden, rekruttering af sundhedspersonale og økonomien. Derimod giver det i forhold til patienterne udfordringer i forhold til oplevelsen af sammenhængende forløb, tilrettelæggelsen af det daglige liv samt den tætte relation til vores nærmeste samarbejdspartnere i det primære sundhedsvæsen; de praktiserende læger og kommunerne. Derfor har regionsrådet fundet det nødvendigt at tage de næste skridt i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen, som er udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Visionen er, at fremtidens sundhedsvæsen skal være et bæredygtigt sundhedsvæsen, og Region Syddanmark er parat til at investere de nødvendige kræfter og kompetencer for, at det lykkes sammen med kommunerne og praksissektoren. Det bæredygtige sundhedsvæsen er et sundhedsvæsen, hvor der er fundet en balance mellem borgernes eget ansvar og sundhedsvæsenets indsats, mellem fælles løsninger og lokale, individuelle løsninger og mellem borgernære, almene tilbud, tæt på hverdagslivet, og specialiserede tilbud af høj kvalitet.

1.1 Fremtidens sundhedsvæsen – udfordringerne

Fremtidens sundhedsvæsen byder på udfordringer med flere personer med kronisk sygdom, flere med multisygdom og flere ældre medicinske patienter. Samtidig udvikles flere og bedre metoder til behandling, så flere vil skulle leve længere med deres sygdom. Sideløbende hermed har vi kunnet identificere en stigende ulighed i sundhed. Alt dette skal løses uden flere økonomiske ressourcer og på trods af, at der på tværs af sektorer er forskellige vilkår, som ofte gør, at der ikke helt arbejdes under de samme incitamentsstrukturer.

Det betyder et pres på sundhedsvæsenet, men også en anledning til at forholde sig til paletten af sundhedstilbud og i fællesskab med samarbejdspartnere udvikle området.

Vi må – som region – erkende, at udviklingen på sygehusområdet har udfordret kommunerne og almen praksis. Bl.a. fordi patienterne er indlagt i kortere tid og flere behandles ambulant. Det kalder på en større sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering samt en langt tættere koordinering af indsatser.

Sygehusene skal fortsat være specialiserede enheder, og aktivt understøtte fagligheden, patientsikkerheden og effektiviteten i vores sundhedsvæsen. Men der findes måder, hvorpå fagligheden også kommer flere og andre til gode, og ikke mindst hvor regionen som aktør i højere grad kan spille ind i samarbejdet på hele sundhedsområdet.

Disse udfordringer skal løses sammen med kommuner og almen praksis. Det er en meget enestående mulighed, fordi alle sektorer inden for sundhedsvæsenet netop nu dagsordenssætter vigtigheden af et fornyet samarbejde med nye modeller for sundhedsvæsenet.

1.2 Karakteristik af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Begrebet "det nære sundhedsvæsen" må betragtes som en videreudvikling af begrebet "den primære sundhedssektor". Hvor begrebet "den primære sundhedssektor" blot beskriver den del af sundhedsvæsenet, som er uden for sygehusene, udtrykker begrebet "det nære sundhedsvæsen" en ambition om noget andet og mere. Det "nære sundhedsvæsen" skal kunne noget mere end den primære og den sekundære sundhedssektor kan i dag hver for sig.

Det "nære sundhedsvæsen" er defineret bredt som sundhedstilbud tæt på borgerne. Det drejer sig om alle kommunale sundhedsopgaver, opgaver i praksissektoren, lokale ambulante sygehus tilbud og sygehus tilbud, som gives i borgerens hjem. Kerneopgaverne i "det nære sundhedsvæsen" er håndtering af en lang række behandlinger, rehabilitering, herunder støtte til borgernes egenomsorg, forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af sygdomme, samt opgaver inden for pleje og omsorg.

Det betyder, at det sektorerne i fællesskab skal kunne med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er at:

- Specialiseret behandling i nogle bliver tilfælde tilbud også lokalt, men i andre former end på det centrale sygehus (fx satellitfunktioner)
- Psykiatri og somatik integreres endnu mere, end det er i dag, med fokus på det sammenhængende forløb for den enkelte borger
- Den offentlige sektor, herunder almen praksis, kommune og sygehus, kan udvikle partnerskaber med den private sektor, foreningerne og civilsamfundet
- Tidlig opsporing, forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering kædes endnu tættere sammen i borgernære forløb

2. 0 Hvilke forandringer ønskes?

2.1 Region Syddanmarks pejlemærker

Regionsrådet vedtog i december 2016 en række nye pejlemærker for Region Syddanmark. Pejlemærket for det tværsektorielle samarbejde lyder: "Region Syddanmark prioriterer udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen".

Det udvikles:

- i samarbejde med praksis og kommuner- med respekt for lokale forskelle og behov

- med fokus på lokal forankring - kombineret med tværgående regionale, kommunale og nationale prioriteringer
- med fokus på konkrete ydelser og på nye samarbejdsformer
- med udgangspunkt i at skabe helhed og værdi i indsatsen over for patienterne

Regionens pejlemærke kommer til at skabe rammerne for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i tæt samklang med udmøntningen af de nationale mål for sundhedsvæsenet – som i modsætning til pejlemærkerne er fælles mål på tværs af sektorer.

2.2 De nationale mål for sundhedsvæsenet

De nationale mål og løsningen heraf kræver et tæt samarbejde mellem sektorerne. Der skal derfor tænkes i at udvikle nye samarbejds- og organisationsformer, som matcher udfordringerne. De otte nationale mål er:

- Bedre sammenhæng i patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen
- Behandling af høj kvalitet
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

Inden for disse mål er fx udviklingen af telemedicinske løsninger, forebyggelse af genindlæggelser, samarbejde om genoptræning, patient- og pårørendeinddragelse, fremme af mental sundhed, forebyggelse af livsstilssygdomme, reduktion af færdigbehandlingsdage, hvor patienter ikke tages hjem m.m. nødvendige indsatser. Alle sammen er de fokuspunkter i det fælles sundhedssamarbejde.

2.3 Mål/fokusområder

Udgangspunktet for hele udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er derfor de lokale behov og de lokale muligheder for samarbejde. Det betyder i praksis, at der ikke på forhånd stilles konkrete rammer for, hvilke tilbud og/eller ydelser, der kan/skal være lokalt, men at afklaringen vil foregå lokalt og med udgangspunkt i lokale ønsker, behov og muligheder.

I nogle tilfælde vil de sundhedshuse, som i dag allerede eksisterer, kunne være den fysiske ramme om udviklingen af de nære sundhedstilbud. Andre steder vil den organisatoriske ramme om de nære sundhedstilbud være fx virtuel. Hvor sundhedshusene findes, ønsker Region Syddanmark at være til stede med relevante sundhedstilbud.

Mål for indsatserne omkring det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er:

- Større patienttilfredshed
- Mere fokus på mennesker med kronisk sygdom og deres muligheder for et godt og aktivt liv
- Bedre tilbud til mennesker med flere samtidige sygdomme (oplevelse af sammenhæng i behandling)
- Mindre ulighed i sundhed, fx ved særlige indsatser for de særligt udsatte, fx mennesker med en sindslidelse, og ved indsatser, målrettet kortuddannede og andre, der har behov for en ekstra støtte for at have lige så stor gevinst af sundhedsvæsenets tilbud, som andre, fx den sårbare ældre medicinske patient.
- Øget folkesundhed og livskvalitet bredt i befolkningen, så borgere ikke bliver patienter i første omgang

- Højere grad af tillid mellem sektorerne, så opgaver mere naturligt løses tværsektorielt, herunder videreudvikling af samarbejdet med almen praksis

2.4 Teknologisk udvikling og understøttelse

Region Syddanmark er allerede på mange områder førende, hvad angår innovation og digital understøttelse. Denne udvikling skal fortsætte upåagtet og ikke mindst inddrages som redskab i udviklingen af initiativerne oplyst i afsnit 3.

Det være sig både hvad angår klassiske kommunikationsformer som telefon og mail (fx i dialog med patienter over afstand) over videokonference og telemedicin, som allerede er i kraftig vækst i sundhedsvæsenet til helt nye og måske endnu ukendte teknologier.

Der vil løbende i udviklingen af indsatser være fokus på, hvornår og i givet fald hvilke teknologier, der bedst vil kunne understøtte en øget sammenhæng set fra patientens synspunkt.

2.5 Fælles data og kvalitetsudvikling

Udviklingen af sundhedsvæsenet og dermed også det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil i endnu højere grad end tidligere skulle tage udgangspunkt i fælles data og fælles ønsker omkring udvikling af kvalitet også på tværs af sektorer.

For en række af de initiativer, der beskrives i det næste afsnit er fælles data en forudsætning. Regionen vil derfor gå ind i arbejdet sammen med relevante samarbejdspartnere om udvikling af fælles data, men også i dialogen omkring bedre anvendelse af eksisterende data.

3.0 Hvilke midler vil vi bringe i anvendelse?

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil følge to spor opdelt efter, i hvilken grad vi som region er i stand til selv at skabe forandringen, eller om det skal ske i samarbejde med vores samarbejdspartnere.

3.1 Initiativer, regionen tager ansvar for

Der er en række tiltag i udmøntningen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor der i første omgang er brug for aktiv stillingtagen inden for regionens egne rammer. Så kan der uden tvivl i den praktiske udførelse blive brug for tætte samarbejder med enten praktiserende læger eller kommuner.

Det kunne dreje sig om (listen er ikke nødvendigvis udtømmende):

Lokal blodprøvetagning og andre konkrete serviceydelser

Der er i regionens budget 2017 nævnt konkrete muligheder for det nære sundhedsvæsen i form af fx lokal blodprøvetagning. Supplerende til det kan også tænkes andre serviceydelser, hvor borgerne pt. kan opleve lange transporttider til ikke-akutte indgreb. Det kunne være visse opfølgingskonsultationer, høreapparat m.m. Det kan også være med det formål at adressere fx særlige udsatte grupper; enten inden for særlige sygdomsgrupper eller på anden måde udsatte (geografisk, social m.m.).

Mulighederne for det vil afhænge af lokale forhold, behov og muligheder, så regionen samlet set anvender ressourcerne bedst muligt samtidig med, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udvikles.

Anvendelsen af speciallæger eller andre specialkompetencer, fx sygeplejersker på et bredere område, fx til hjælp for kommuner

Der er i sygehusvæsenet en række specialkompetencer, hvorpå sygehusene oplever en efterspørgsel på især i kommunerne. Det kan være læger, sygeplejersker eller andre sundhedsfaglige kompetencer. Konkret kan det handle om viden ind i kommunale akutfunktioner eller ind i forvaltningsmæssige

sammenhænge enten i borgerforløb eller i planlægningsmæssige sammenhænge. Her kan tilgangen til den ydelse gøres mere fleksibel.

Fortsat og systematisk udvikling af udgående funktioner

Regionen arbejder allerede flere steder med udgående funktioner, men området kan udvikles mere. Både i omfang, men også i form. En begyndelse kunne være en opsamling af viden omkring eksisterende udgående funktioner; hvad er målet, effekten og hvordan bliver gode erfaringer udbredt til resten af regionen eller til andre specialer/funktioner. Endvidere bør der ses på sammenhængen til sundhedshuse, og ikke mindst kigges på inddragelse af ny teknologi og tværgående funktioner, hvor medarbejdere på tværs af sektorer indgår i samme funktioner.

Udgående funktioner kan ligeledes tænkes som et differentieret tilbud, der særligt adresserer sig til udsatte målgrupper.

Særlig indsats for patienter med flere sygdomme

Med inspiration fra fx Canada og de første erfaringer fra behandlingsansvarlig læge, skal der sættes ind i forhold til at styrke sammenhængen internt mellem de regionale tilbud for patienter med mere end en sygdom. Det kan ske i forsøg eller ved mere driftsunderstøttende brede indsatser.

Etablere partnerskaber med frivillige organisationer – den tredje sektor

Undersøgelser omkring livskvalitet viser, at de to parametre, der betyder mest for borgerne i Region Syddanmark for oplevelsen af et godt liv, er henholdsvis "et godt helbred" og "gode relationer", hvorimod ensomhed er direkte sammenhængende med dårlig livskvalitet og ringe sundhed. Ved et øget fokus på regionens frivilligstrategi – med supplerende fokus på anvendelse af frivillige i sektorovergangene - og større kreativitet i inddragelsen af de frivillige, vil regionen – fx med inspiration fra Skotland – og med konkrete partnerskaber reelt kunne tale om en 3. sektor i sundhedsvæsenet og dermed være med til at understøtte bl.a. relationer med patienterne; en indsats, der fx vil kunne imødekomme en af de store fælles udfordringer med ulighed i sundhed.

3.2 Initiativer, der kræver tæt samarbejde med almen praksis og/eller kommune

Andre initiativer, der ville kunne styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er tætte samarbejder med almen praksis og kommuner, herunder fx at invitere almen praksis tættere på det regionale sundhedsvæsen eller ved at komme ud med det regionale sundhedsvæsen i det lokale (både i forhold til kommuner og almen praksis). Altså en udvikling af ledelsesstrukturen på sygehusene i samarbejde med almen praksis, og fælles udvikling af sundhedstilbud på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

Som udgangspunkt er det regionens mål at være til stede med relevante sundhedstilbud lokalt, herunder i de kommunale sundhedshuse, hvor de findes. Det kræver naturligvis, at det ønske også findes hos kommunerne. Derfor er regionen afhængig af en god dialog og fælles udvikling.

Nogle af tilgangene kunne være (listen er ikke nødvendigvis udtømmende):

Udvikling af nye modeller for samdrift af regionale og kommunale tilbud

Der arbejdes på at udvikle nye modeller for samdrift af regionale og kommunale tilbud ud fra både faglige og økonomiske hensyn, herunder bæredygtighed af lokale tilbud (set fra kommunal og/eller fra regional vinkel). Det kunne fx være, som der arbejdes på i Tønder, samdrift af en regional skadeklinik og en kommunal sygeplejeklinik. Eller som projektet i Esbjerg, hvor der er etableret et fælles akutteam på tværs af kommune og sygehus.

Sundhedshuse – en videreudvikling

Sundhedshuse startede fra en regional vinkel med at skulle løse udfordringer med lægedækning i bestemte områder af regionen. Siden er flere samarbejder omkring sundhedshuse kommet til, og flere steder er der også etableret huse med psykiatri som kerneopgave. Næste skridt bliver at skabe nye former for samarbejde, herunder afprøve fælles ledelse, fælles opgavevaretagelse m.m.

Fælles data

For at kunne videreudvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen får vi brug for flere data på tværs af sektorer. Det bør derfor være et af de primære fælles udviklingspunkter at få sat gang i et udviklingsarbejde omkring fælles data. Vi kunne starte et enkelt målgruppeområde, fx patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), og derefter arbejde videre på andre områder med tværgående patientforløb.

Understøtte tættere kliniksamarbejde med almen praksis

Regionen kan med udgangspunkt i egne specialer og kompetencer være mere synlige og tilgængelige for almen praksis, ved fx at kompetencerne på sygehuset udbygges ved tættere samarbejder, med jobbesøg i praksis eller ved efteruddannelsesforløb, hvor sygehuslæger kommer i almen praksis i kortere perioder.

Der tages udgangspunkt i, at almen praksis allerede har direkte adgang til sparring og vejledning fra speciallægerne på sygehusene samt let adgang til diagnostisk afklaring for deres patienter.

Almen praksis tættere på den daglige ledelse og prioritering af det lokale sundhedsvæsen

På nuværende tidspunkt fungerer ledelsen af sygehusene og ledelsen af almen praksis i søjler adskilt fra hinanden. Regionen kunne – hvis almen praksis er med – invitere almen praksis tættere ind på ledelsen og prioriteringerne på sygehuset. På den måde kunne der ske en tværgående planlægning og formentlig et stærkere opgaveflow.

Proaktiv investering i mere systematisk udvikling og uddannelse af almen praksis

Regionen arbejder allerede med uddannelse af læger og andet personale i praksis. Dette kan styrkes og målrettes yderligere med henblik på de fælles sundhedsudfordringer. Det vil være et mål i denne sammenhæng at sikre større ensartethed i ydelser og kompetencer i almen praksis.

Etablere mindre organisatoriske enheder – populationsledelse på tværs

Med inspiration fra Holland og Skotland ønsker regionen at etablere en ny form for organisering, der kan løfte samarbejdet lokalt. I Region Syddanmark kunne dette betyde organiseringer bestående af et mindre antal alment praktiserende læger, hvor sygehus, almen praksis og kommuner arbejder med specifikke målgrupper om en målrettet indsats; man kunne kalde de populationsledelse på tværs. Det kan være et samarbejde, der dækker et udsat boligområde, hvor der fx er særligt brug for indvandrermedicinske tilbud til borgerne, eller et område særligt belastet af diabetes osv.

Faglig information (ledelsesinformation) til praksis

Der er stor variation i almen praksis' forbrug af blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser (eksempler). Med deling af data fra region til almen praksis er der mulighed for dialog omkring variationen og håndtering af denne. Det samme gør sig gældende i forhold til henvisningsmønstre til forskellige udrednings- og behandlingspakker, hvor en forbedret faglig dialog vil kunne skærpe anvendelsen af sundhedsydelser samt styrke anvendelsen af de rette tilbud til patienterne.

Fælles ledelsesgrupper på tværs af sygehus, praksis og kommune

En af vejene til en samlet indsats over for nogle af de store sygdomsgrupper kunne være mere fælles ledelse af ansvaret for området. Det vil sige konstellationer med fælles økonomi og dermed mulighed for flytning af aktivitet til der, hvor det er meningsfuldt (både fagligt men også med udgangspunkt i patienten). Ved et tættere ledelsesmæssigt og (måske) økonomisk samarbejde vil fx genindlæggelse og forebyggelige indlæggelser kunne adresseres som en fælles indsats.

Fælles kompetenceudvikling

Fælles kompetenceudvikling har i isolerede projekter vist, at det ikke kun løfter det fælles kompetenceniveau, men også bidrager til bedre kendskab til hinandens fagligheder, kompetencer, udfordringer og muligheder. Noget der samlet set styrker sammenhængskraften. Der kan derfor i

samarbejde med kommunerne udvikles meget mere på den fælles kompetenceudvikling og ikke mindst skabes mere systematik omkring det, så det løbende spiller ind i vores fælles udfordringer på sundhedsområdet.

Dertil kan også tilføjes muligheder for job-swop på både medarbejder- og ledelsesniveau.

Fokuseret forebyggende indsats

Aktuelt er rygning den enkeltstående årsag/aktivitet, der forårsager flest dødsfald, flest sygedage og som påvirker folkesundheden mest i negativ retning end noget andet. Region Syddanmark er samtidig den region med flest daglige rygere. Med en fokuseret indsats i et tæt samarbejde mellem region og kommuner kunne vi sætte dagsordenen for alvor, hvad angår forebyggelse og folkesundhed. Det samme kunne principielt gøre sig gældende, hvad angår alkohol.

4.0 Hvordan kan vi se, at der er tale om en forandring?

For at kunne identificere, hvorvidt indsatsen i rammen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skaber en forandring, skal der løbende ske en opfølgning med udgangspunkt i det regionale pejlemærke for det tværsektorielle samarbejde. Der skal sættes en række konkrete mål for arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Dette vil kunne ske i det generelle målarbejde for regionen, hvor regionsrådet præsenteres for et overblik over fremdriften på regionens pejlemærker. Heri vil indgå konkrete mål for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Desuden kan der være initiativer af så omkalfatrende eller nyskabende karakter, at det taler for deciderede evalueringer eller forskningstilknytning.

5.0 Tidsperspektiv, økonomi og politisk forankring og sammenhæng

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er et prioriteret område i budget 2017, og vil på den baggrund blive iværksat ved indgangen til 2017. Der vil dog skulle ske en prioritering af, hvilke delelementer, der bør iværksættes først. Endvidere er en del af forslagene til initiativer afhængige af vores samarbejdspartnere, og udviklingen heraf vil derfor skulle ske i tæt samarbejde med dem og de muligheder, der ligger i det samarbejde.

Der er allerede gode samarbejder i gang, hvor initiativer omkring det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kommer aktivt i spil, og så er der de helt ubetragte forslag, hvor der kræves en lidt længere "indflyvning".

Det er forventningen, at der inden for langt hovedparten af forslagene vil være igangsat større eller mindre initiativer inden udgangen af 2017, mens en udbredelse af erfaringer og initiativer i større målestok må have en lidt længere tidshorisont.

5.1 Økonomi

Der arbejdes i regionalt regi på et paradigmeskift fra aktivitetsbaseret afregning til værdistyring og dermed rammestyring. I den kontekst vil der blive nye muligheder for sygehusene til selv internt at kunne prioritere midler mellem områder og indsatser. Dertil vil en række af de nationalt udmøntede midler til fx "Den ældre medicinske patient", demens og kræftpakke IV m.fl. formentlig være målrettet initiativer, der ligger inden for samme målramme som dette papirs beskrivelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

For en række af initiativerne – langt hovedparten – er det forventningen, at de vil kunne holde sig inden for den almindelige driftsøkonomi, da det omhandler en styrkelse eller systematisering af noget,

vi allerede gør, eller fordi det for alle de involverede er en forbedring, der på sigt enten er ressourcenneutral eller erstatter noget andet, der alligevel skulle gøres.

Jf. budget 2017 så peges der endvidere på de "patientnære midler" som økonomisk understøttelse til initiativerne. Det er hensigten, at tiltagene på længere sigt skal kunne gennemføres som drift, men der vil i indfasning kunne ske investeringer, ligesom nogle af tiltagene nok aldrig helt vil kunne løftes af driften.

5.2 Sikring af politisk forankring og sammenhæng

Det er vigtigt for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at der sker en politisk forankring både i forhold til kommunerne men i denne sammenhæng i særdeleshed også i regionen. Derfor skal udviklingen og fremdriften på den ene side foregå lokalt, men på den anden side er der også en behov for centralt i regionale udvalg og regionsrådet at kunne følge med i udviklingen af området. Derfor skal der laves et strukturelt set-up mellem det lokale samarbejde og det regionale politiske niveau, der sikrer dette (se afsnit nedenfor).

6.0 Organisering

Udmøntningen af rammepapiret og dermed det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal ske lokalt og i regi af de enkelte sygehuse i samarbejde med de lokale kommuner og praktiserende læger. For nogle af initiativerne vil der være en høj grad af kompleksitet, både hvad angår kompetencebehov (fagligt, politisk og organisatorisk) og i selve udmøntningen og forankring fx i relation til ansvarsfordeling og ledelse på tværs. Dette skal organiseringen og samarbejdsrelationerne både internt og eksternt kunne tage højde for.

Der vil være initiativer, der fordrer en bred organisatorisk tilgang, hvor alle sygehuse og flere kommuner/praktiserende læger involveres, mens andre godt kan udvikles i mindre skala til efterfølgende læring i resten af organisationen.

Det betyder, at der skal udarbejdes to typer af udmøntningsplaner. En for et tværgående regionalt niveau og en for hver sygehusenhed og de lokale samarbejder. Den tværgående plan skal indeholde de initiativer, hvor der enten er behov for den brede organisatoriske tilgang, eller hvor der ud fra strategisk eller politisk perspektiv er brug for tæt sammenhæng til enten koncerndirektionen eller den politiske ledelse.

Samtidig med udarbejdelsen af den tværgående plan, hvor koncerndirektionen har ansvaret, skal hvert sygehus i løbet af tredje kvartal 2017 udarbejde en udmøntningsplan for perioden 2017-2019, og der skal udpeges 1-2 tovholdere for hvert sygehus. Denne/disse tovholdere skal indgå i et tværregionalt "supportteam", hvor også repræsentanter fra henholdsvis Praksis og Tværsektorielt Samarbejde sidder. Supportteamets ansvar bliver at skabe fremdrift i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, skabe læring og inspiration på tværs samt skabe sammenhæng til det politiske system. Dette både, hvad angår den fælles plan og de lokale planer.

Supportteamet sikrer endvidere en løbende inddragelse af koncerndirektionen og koncerndirektionsforum.

Der skal fortsat arbejdes konstruktivt i de etablerede rammer med både almen praksis og kommunerne, derfor bliver samordningsforaene helt centrale i udmøntningen. Dog vil der også være – for så vidt angår udmøntningen af regionens visioner for det nære og sammenhængende samarbejde – behov for i de enkelte indsats at gå et niveau mere lokalt og arbejde bilateralt med den enkelte kommune eller en gruppe af praktiserende læger.

6.1 Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen vil fortsat være en central del af det tværsektorielle samarbejde. Her arbejdes med de opgaver, der er aftalt omkring drift og udvikling af det tværsektorielle samarbejde med udgangspunkt i alle 22 kommuner.

I arbejdet frem mod sundhedsaftalen 2019-2022 vil tankerne bag nærværende rammepapir samt de første initiale erfaringer med udmøntningen kunne inddrages i de regionale input og ønsker om sundhedspolitiske spor for det samlede tværsektorielle samarbejde.

Referat af styregruppemøde d. 23. august 2017. Sammen om Velfærd.

Deltagere: Jakob Kyndal, Helle Adolfsen, Søren Pedersen, Heidi Have, Ole Rytto, Mette Heidemann, Helle Adolfsen, Tine Hald, Stine Juel Christoffersen, Tove Tørnes, Anne Plougmann.

1. Hvad skal Sammen om Velfærd være fremadrettet?

Styregruppen drøftede temaet "Hvad skal Sammen om Velfærd være i fremtiden"? Nedenfor er et resume af de perspektiver, der kom frem i drøftelserne.

Hvad er Sammen om Velfærd

- Noget af det vigtigste ved Sammen om Velfærd er den faste og tillidsfulde dialog mellem Region, kommuner og uddannelsesinstitutioner, der er skabt. Det har ført flere forskellige mere lokale aktiviteter med sig (eks. lægestuderende på SDU og "Metoder på botilbud") samt regionale projekter, der ikke er igangsat af Sammen om Velfærd (eksempelvis Sammen om Uddannelsesevaluering, Advisory Board og Sammen om Psykiatri)
- Det er gået godt med at finde en fælles retning for Sammen om Velfærd. Dét, der er svært nu, er at få de store baglande med og få skabt opbakning i alle organisationer.
- Sammen om Velfærd skal først og fremmest være katalysator for at sætte værdisættet mere i spil og skabe dialog mellem parterne. Det skal understøttes af konkrete aktiviteter igangsat i regi af Sammen om Velfærd
- Selvom vi synes, vi har arbejdet længe, så er vi kun lige startet. Det handler om mental indstilling og kultur, og det er vigtigt at minde hinanden om, at kulturforandring er en langvarig proces
- Hvis initiativer skal høre under Sammen om Velfærd, skal alle tre parter være involveret. Hvis de ikke er det, kan det sagtens være gode eksempler, som kan vises på hjemmesiden, men det skal ikke være noget, som styregruppen forholder sig til.

Hvad skal Sammen om Velfærd arbejde mere med?

- Der skal arbejdes mere på at få den fælles retning bredt ud i organisationerne
- Den fælles retning skal "gennemsyre" grunduddannelserne.
- Det er først og fremmest de enkelte organisationer, der har ansvaret for den videre spredning af Sammen om Velfærd. Der skal sættes mere fokus på, hvad der forventes af hver part ift. dette.
- Der eksisterer forskellige holdninger til ambitionsniveau og graden af forpligtelse. Bilaget til styregruppens dagsorden kan være et godt afsæt for dialog omkring dette. Én holdning er, at konkrete aktiviteter skal sættes i gang der, hvor der er energi i det – der skal ikke nødvendigvis være varige eller permanente aktiviteter. En anden holdning er, at der er brug for en vis styring.
- Husk at der fremadrettet stadig holdes fokus på både social- og sundhedsområdet
- Dialogen med de faglige organisationer er værdifuld
- Der skal være mulighed for at dele gode historier og profilere sine lokale initiativer. Nogle organisationer er langt fremme og har ikke brug for understøttelse fra Sammen om Velfærd. Der skal være plads til frontløberne, samtidig med at Sammen om Velfærd bidrager til at få flere med.
- Væsentligt at arbejde med forskning i et vist omfang

- Bag Sammen om Velfærd ligger en strategi og en partnerskabsaftale, der lister en lang række dilemmaer og pejlemærker. Inden for denne ramme skal der løbende prioriteres efter hvad der er behov for og energi i at sætte i gang
- Initiativerne oplistet i partnerskabsaftalen er: udvikling af grunduddannelserne, udvikling af efter-/videreuddannelsen, praksisrettet forskning, formidling, udvikling i egen organisation og dialog med parterne.
- Konkrete leverancer det næste år kunne være: en konference, efteruddannelsestilbud til undervisere og ledere, initiativer til understøttelse af praksisnær forskning, tilbud til vejledere, dialog med de faglige organisationer.

2. Round Table d. 29. september 2017

Styregruppen drøftede oplæg til dagsorden. Der var følgende kommentarer:

- Punktet "Siden sidst" opdeles, så der bliver en beskrivelse af aktiviteter igangsat af Sammen om Velfærd og en beskrivelse af afledte effekter. Som gode eksempler på afledte effekter kan eksempelvis nævnes medicinstuderende på SDU eller brug af narrativ medicin, "Metoder i botilbud".
- Formand for kommunikationsarbejdsgruppen Hans Christian Nedobrowsky inviteres til at deltage på Round Table
- Drøftelse af, hvad Sammen om Velfærd skal være fremadrettet - ambitionsniveau, forpligtelse m.m. (oplæg til styregruppen kan i en vis udstrækning genbruges)
- Der skal udarbejdes en konkret handleplan for det næste år eventuelt i form af et årshjul.
- Ift. punktet om udvikling af et initiativ målrettet ledere kan der arbejdes med "bytteordninger", både på mellemliderniveau og på direktionniveau.

3. Andre opfølgningssager

Styregruppen tog orienteringen til efterretning.

UDKAST: Handleplan - oktober 2017 til september 2018

Der foreslås følgende **bruttoliste** af initiativer til gennemførelse i regi af Sammen om Velfærd i det kommende år. Oplægget drøftes på Round Table d. 29. september 2017, hvorefter handleplanen tilrettes og de prioriterede initiativer sættes i værk.

De foreslåede nye initiativer er:

- Én konference med et udvalgt tema inden for det tværfaglige /tværsektorielle felt rettet mod vejledere, uddannelseskoordinatorer og undervisere
- Udvikling og gennemførelse af lederudviklingsforløb med fokus på at lede med et tværsektorielt fokus
- Dialog og afholdelse af fælles arrangement med de faglige organisationer
- Igangsættelse af konkrete forskningsprojekter
- Øvrige mulige initiativer: Dialog om ny praktik på SOSU-uddannelsen samt særlige tilbud til undervisere, eksempelvis praktikbesøg i praksis.

Herudover er følgende igangsatte initiativer, som umiddelbart fortsætter i perioden

- Prioritering af vedligeholdelse og nyheder på www.sammenomvelfærd.nu
- Fælles opfølgning på evalueringsresultater fra Sammen om Uddannelsesevaluering om tværsektorielt/tværfagligt fokus i praktikkerne
- Kurser for vejledere og undervisere med fokus på at kunne vejlede og undervise om det tværsektorielle felt
- Produktion af videoer til understøttelse af dialog på den enkelte arbejdsplads om tværfaglige og tværsektorielle problemstillinger

Der er enighed om, at det i det fremadrettede arbejde er vigtigt stadig at holde fokus på både social- og sundhedsområdet samt både grunduddannelser og efter-/videreuddannelse. Der er på nuværende tidspunkt et årligt budget i Sammen om Velfærd på 210.000 kr.

Det foreslås, at styregruppen fortsætter i sin nuværende form med fem møder i løbet af et år. Styregruppen igangsætter og følger initiativerne på baggrund af den retning, der sættes fra Round Table. Medlemmerne i styregruppen er:

- Erik Knudsen, UCL
- Alexander von Oettingen, UCSyd
- Jakob Kyndal, Aabenraa Kommune
- Mette Heidemann, Middelfart Kommune

- Helle Adolfsen, Region Syddanmark
- Ole Rytto, Region Syddanmark
- Merete Munk, Syddansk Universitet
- Ulla Martens, SOSU Fyn
- Mogens Schlüter, SOSU Esbjerg

1) Bruttoliste med nye foreslåede initiativer

1.1) Konference for vejledere, uddannelseskoordinatorer og undervisere

På baggrund af de gode erfaringer med afholdelse af konferencen i maj 2017, lægges der op til en ny konference til afholdes i marts 2018. Målgruppen er primært vejledere, uddannelseskoordinatorer og undervisere, som til dagligt er i dialog med de studerende om, hvad det vil sige at arbejde tværfagligt og tværsektorielt på arbejdspladser i kommunerne og Regionen.

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der fastlægger det konkrete indhold og tema for konferencen, som dog naturligvis laves inden for rammen af det tværfaglige / tværsektorielle felt. Konferencen skal derudover i sit indhold være relevant både ift. det sociale området og det sundhedsfaglige område.

Organisering og tidsplan

Konferencen arrangeres af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommunerne, Regionen, UC'erne, SOSU-skolerne og Syddansk Universitet. Arbejdsgruppen nedsættes efter Round Table og arbejder frem til sommerferien 2018 med at arrangere konferencen og evaluere på den. Sekretariatet er tovholder på arbejdsgruppen, men der vælges en formand blandt arbejdsgruppens medlemmer, som kan engagere sig særligt i arbejdet.

Finansiering

Partnerne forpligter sig til at melde medlemmer til arbejdsgruppen, som har mulighed for at engagere sig i afholdelse af konferencen. Konferencen afholdes på en af uddannelsesinstitutionerne, som lægger lokale hertil og bidrager med praktisk arbejdskraft i forbindelse med afvikling af konferencen. Der afsættes et mindre beløb til afvikling af konferencen, og der pålægges et deltagergebyr på ca. 500 kr. pr. deltager.

1.2) Tværsektorielle lederudviklingsforløb

Til Round Table ligger der et udkast til kommissorium for en arbejdsgruppe, der skal udvikle et tværsektorielt lederudviklingsforløb. Målet med forløbet er at sikre, at lederne går forrest i den kulturforandring, som Sammen om Velfærd lægger op til i forhold til tværgående samarbejde. En mulighed kunne være at arbejde øget kendskab og forståelse på tværs af sektorer og eksempelvis "job-bytte" forsøg. Det kan overvejes, hvorvidt der skal nedsættes en arbejdsgruppe i traditionel forstand eller om der skal laves en anden form for planlægning.

Parterne forpligter sig til at sende et antal ledere på uddannelsen (min. 10 fra hhv. kommuner, Region og uddannelsesinstitutioner). På Round Table 2018 evalueres forløbene og det vurderes, om de skal fortsætte.

Organisering og tidsplan

Forløbene arrangeres af en arbejdsgruppe (eller anden organisering). Kommunerne, Regionen, UC'erne, SOSU-skolerne og Syddansk Universitet bidrager alle til planlægningen. Arbejdet startes op efter Round Table, og der arbejdes som minimum frem til Round Table 2018 med at arrangere forløbene, pilotafprøve dem

(forsommeren 2018) og gennemføre forløb efter sommerferien 2018. Sekretariatet er tovholder på arbejdet men der vælges en formand, som kan engagere sig særligt i arbejdet.

Finansiering

Partnerne forpligter sig til at melde medlemmer til arbejdsgruppen, som har mulighed for at engagere sig i udvikling/planlægning af forløbene. De konkrete forløb udbydes af en eller flere af parterne i samarbejde. Til at understøtte igangsættelse af forløbene afsættes 50.000 kr. af budgettet for Sammen om Velfærd til deltagerbetaling for den første gruppe af ledere, der deltager i pilotafprøvningen. Dog lægges der et mindre deltagergebyr på for at undgå for mange afbud tæt på afholdelse af kurserne. Efterfølgende hold pålægges et deltagergebyr, som gør det muligt for uddannelsesforløbene at løbe rundt i sig selv.

1.3) Dialog og afholdelse af fællesarrangement med de faglige organisationer

Det forgangne års dialog med de faglige organisationer opleves givtigt og meningsfyldt for styregruppen for Sammen om Velfærd. Der er allerede aftalt et nyt møde d. 22. november 2017. Møderne er dialogbaseret og giver mulighed for drøftelse mellem parterne i Sammen om Velfærd og de faglige organisationer men mindst lige så vigtigt også drøftelser på tværs af de faglige organisationer om betydningen af tværfaglige og tværsektorielle kompetencer. På seneste møde d. 7. april var følgende faglige organisationer repræsenteret: Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Kost- og ernæringsforbundet, HK og FOA.

Der lægges op til, at der sammen med de faglige organisationer forsøges planlagt et fællesarrangement, hvor eksempelvis en bredere kreds af medlemmerne inviteres til at drøfte/erfaringsudveksle om et særligt emne.

Organisering og tidsplan

Styregruppen er ansvarlig for gennemførelse af denne aktivitet med betjening af sekretariatet for Sammen om Velfærd. Arrangementet kunne afvikles i forsommeren 2018.

Finansiering

Sekretariatet og formandskabet for Sammen om Velfærd lægger arbejdskraft i opgaven. Herudover afsættes der 20.000 kr. af budgettet for Sammen om Velfærd til finansiering af mødeafholdelse.

1.4) Igangsættelse af konkrete forskningsprojekter

Der arbejdes i øjeblikket i regi af styregruppen på at komme med et oplæg om, hvorvidt der kunne være konkrete forskningsprojekter, som kunne være interessante for Sammen om Velfærd at igangsætte.

Oplægget er endnu ikke klart men vil blive præsenteret på Round Table mødet d. 29. september.

1.5) Øvrige mulige initiativer: Dialog om ny praktik på SOSU-uddannelsen samt særlige tilbud til undervisere, eksempelvis praktikbesøg i praksis.

I forskellige sammenhænge er to øvrige initiativer drøftet, som dog ikke er endeligt ideudviklet. Det handler særligt om to initiativer:

- Drøfte med SOSU skolerne om man med fordel kunne koordinere arbejdet med den 3. praktik i Social- og Sundhedsassistentuddannelsen på tværs i Syddanmark, herunder vidensdele om gode erfaringer.
- Drøfte nærmere i regi af styregruppen om undervisere på uddannelsesinstitutionerne er en særlig målgruppe, som man kunne udvikle særlige tilbud til – eksempelvis praktikbesøg i praksis.

2) Igangsatte initiativer som umiddelbart fortsætter

2.1) Opfølgning på evalueringresultater fra Sammen om Uddannelsesevaluering

SOSU-skolerne og de syddanske kommuner er pr. 1. september 2017 blevet en del af evalueringssamarbejdet Sammen om Uddannelsesevaluering, som er udviklet af Region Syddanmark og UC'erne. Samarbejdet indebærer, at alle elever og studerende på sundhedsområdet evaluerer deres praktikker i et fælles system og ud fra samme spørgeramme. Det giver mulighed for at sammenligne over tid og på tværs af uddannelserne.

I forbindelse med at SOSU-skolerne og kommunerne er indtrådt i samarbejdet er spørgerammen blevet revideret, og der er bl.a. tilføjet nogle spørgsmål om elevernes/de studerendes oplevelse med at arbejde tværfagligt og tværsektorielt under deres praktikker. Der er i Sammen om Uddannelsesevaluering lagt op til, at styregruppen for Sammen om Velfærd drøfter resultaterne på et overordnet niveau én gang årligt – første gang i sommeren 2018.

Det kan overvejes, om der skal være en form for kåring e.lign. af særligt gode praktiksteder.

Tovholder/initiativtager til handlingen:

Styregruppen med bidrag fra sekretariatet. Evt. med afrapportering til Round Table i september 2018.

Finansiering

Umiddelbart afsættes der ikke midler til initiativet. Dog mulighed for at bruge et mindre beløb på en lille "event" ved kåring af særligt gode praktiksteder e.lign.

2.2) Kurser for vejledere/undervisere

Der afholdes i efteråret 2017 tre kurser for vejledere og undervisere. Kompetenceudviklingsforløbet varer tre dage, og formålet er at kvalificere vejlederen/underviseren til at kunne facilitere tværfaglige læreprocesser og samarbejde på tværs af organisationer og sektorer. I juni 2017 blev forløbet pilottestet med gode evalueringer. Der har dog på trods heraf været udfordringer med at få deltagere nok til det første forløb i efteråret.

Konkret er forløbet opbygget med først en dag på skolebænken, hvor deltagerne drøfter tværfaglige og tværsektorielle problemstillinger. Derefter en "job bytte" dag, hvor de deltagende medarbejders arbejdsplads tager imod en af de andre kursister. Herefter er der endnu en dag på skolebænken med refleksioner på baggrund af erfaringerne med arbejdet på den anden arbejdsplads.

Tovholder/initiativtager til handlingen:

Forløbene er udviklet af en arbejdsgruppen under Sammen med Velfærd, som også står for opfølgning på kurserne. UCSyd og UCL udbyder i fællesskab de konkrete kurser. Sekretariatet løfter en betydelig arbejdsopgave ift. den praktiske del med bl.a. tilmelding til kurserne i øjeblikket.

Finansiering

Umiddelbart er der ikke afsat fælles midler til initiativet, da der er deltagerbetaling på kurset. Hvis kurset skal fortsætte udover efteråret, kan det overvejes, om de fælles midler i Sammen om Velfærd skulle bidrage til at sænke deltagerprisen på 2.500 kr.

2.3) Digitalt kompetenceudviklingsforløb

En arbejdsgruppe under Sammen om Velfærd har udviklet et digital kompetenceudviklingsforløb, som tager udgangspunkt i relationel koordinering. Der vil blive produceret en række mindre videoer, som skal understøtte dialog på de enkelte arbejdspladser og på tværs af arbejdspladser om tværfagligt og tværsektorielt samarbejde – både i kommuner, Region og på uddannelsesinstitutionerne.

Det digitale undervisningsmateriale vil være gratis at anvende for alle og forventes at kunne anvendes bredt i de involverede organisationer.

Tovholder/initiativtager til handlingen:

Arbejdsgruppen er ansvarlig for udviklingen og betaler konkret UCSyd for at lave videoer. De første videoer forventes at være klar primo 2018. Sekretariatet er tovholder på arbejdsgruppen og engagerer sig særligt i arbejdet sammen med arbejdsgruppens formand.

Finansiering

Det kommunale forum Socialdirektørforum har valgt at finansiere dette konkrete arbejde med 340.000 kr.

Arbejdsgrupper under Følgegruppen for behandling og pleje

Arbejdsgruppe for hjemme-sygehus standarder version 1.0.3, nedsat dec. 2015

Antal medlemmer: 5

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>	
Brita Langvad	SYD	Haderslev	It-konsulent	blan@haderslev.dk		
Dagny Tøstensen	VEST	Billund		dt@billund.dk		
Pernille Thomsen	FYN	Faaborg-Midtfyn	IT administrator	pet@fmk.dk		
Karin Agger	Lillebælt	Vejle		karag@vejle.dk		
Anne Nygaard Hansen	VEST	Vejen		anh@vejen.dk		OBS! (P)SOF-repræsentant

Tværasektoriel FMK-arbejdsgruppe (vedr. tværasektorielle problemstillinger), nedsat februar 2016

Antal medlemmer: 2 kommunale

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-område</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Rikke Larsen	Vest	Esbjerg	IT-projektleder	riila@esbjergkommune.dk
Lisbeth Windeballe Rasmusse	FYN	Kerteminde	FMK-projektleder/sygeplejerske	lwr@kerteminde.dk

ARBEJDET ER AFSLUTTET: Fælles hjælperordninger for borgere med respirationsinsufficiens, nedsat feb 2016 - kommissorium vedtaget på DAK 29. jan. 2016

Antal medlemmer: 5 + 2 kommunale sekretærer; årsag tilsvarende bemanding fra Regionens side

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>	<u>Mobil</u>
Lasse Grue Larsen (kommuna Fyn)		Odense	chef for myndighed og forebyggelse, i /	lg@odense.dk	51 77 75 36	
Mette Ruben	SVS	Esbjerg	visitator	met@esbjergkommune.dk		
Bente Mortensen	SLB	Vejle	faglig koordinator af økonomiteamet, I	benmo@vejle.dk		
Dennis Nielsen	SHS	Sønderborg	konsulent, Handicap- og Psykiatridel	dnil@sonderborg.dk	88 72 56 23	
Hanne Rasmussen	SLB	Fredericia	visitationschef	hanne.rasmussen@fredericia.dk	72 10 78 82	
Gitte Makne	SLB	Fredericia	økonomisk konsulent	gitte.makne@fredericia.dk	72 10 75 03	Sekretær
Cæcilie Lumby	Fyn	Odense	Konsulent, Sundhedssekretariatet	cilum@odense.dk	30 60 06 83	Sekretær
Torben Krone	Fyn	Odense	Teamleder	Tkro@odense.dk	65 51 39 21	Ekstra efter ønsker fra Lasse

Tværfaglig arbejdsgruppe for demens

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>
Irmgard Birkegaard	OUH	Kerteminde	Områdeleder af sygeplejen og leder af	ibi@kerteminde.dk	
Jane Ørkeby Gregersen	OUH	Odense	Myndighedschef i Indgangen Vest	jog@odense.dk	
John Zachariassen	SYD	Tønder	Områdeleder for Plejecentre	johzac@toender.dk	
Margit Thomsen	SVS	Varde	Leder af Center for Sundhedsfremme	math@varde.dk	
Birte Schelde	Lillebælt	Vejle	Demensfaglig leder	bisch@vejle.dk	

Videreudvikling af SAM:BO

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Susanne Skade	SYD	Aabenraa	Teamleder	ssk@aabenraa.dk
Inger-Marie Hansen	Fyn	Faaborg-Midtfyn	Leder- formand for gruppen	imh@fmk.dk
Pernille Thomsen	Fyn	Faaborg-Midtfyn	Systemadministrator	Pet@fmk.dk
Mette Petersen Christensen	Syd	Sønderborg	Afdelingsleder	mPCR@sonderborg.dk
Ann Kirsti Granli	Syd	Sønderborg	Jurist	akgr@sonderborg.dk
Karen Nyman	Fyn	Odense	Myndighedschef	kn@odense.dk

Arbejdsgruppe vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Bettina S. Fischer	Lillebælt	Kolding	Afdelingschef	Bettina Schmidt Fischer [befi@kolding.dk]

Rigmor Kathrine Jensen	SOF Vest	Varde	Leder af sygeplejen	rigj@varde.dk
Susanne Skade	SOF Syd	Aabenraa	Teamleder Visitationen	ssk@aabenaar.dk
Hanne Finsen	SOF Fyn	Nyborg	Souschef	hafi@nyborg.dk

Arbejdsgruppe for samarbejdsaftale for det psykiatriske område, nedsat sep 16

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Vibeke Madsen (formand)	SOF-OUH	Odense	Forløbschef for sindslidelser	vima@odense.dk
Anne Eisenhardt	SOF-syd	Sønderborg		anes@sonderborg.dk

Arbejdsgruppe om UTH'er, jan 2017

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Mette Normann Hansen	SOF OUH	Assens	Riskmanager	menoh@assens.dk
Dorthe B. Lilliendal	SOF OUH	Faaborg-Midtfyn	Specialkonsulent	dobli@fmk.dk
Ann-Christina Dahlggaard	SOF Vest	Varde		ancd@varde.dk
Lone Hede Bisgaard Kristensen		Kolding	Udviklingskonsulent	lhbi@kolding.dk

Samarbejdsaftale for sårbare gravide, januar 2017

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Jane Zenker Bergenhausen	SOF-OUH	Svendborg	Leder af sundhedsplejen	jane.zenker.bergenhausen@svendborg.dk
Anne Thomsen	SOF-Lillebælt	Fredericia	Leder af familierådgivningen	anne.thomsen@fredericia.dk
Lene Willumsen	SOF-Lillebælt/Vest	Vejen	Leder børn og ungeenheden	lewi@vejen.dk
Susanne Borring Bak	SOF-Syd	Haderslev	Faglig koordinator	
Ulla Dupont	SOF-Lillebælt	Vejle	Ledende sundhedsplejerske	
Bettina Brøndsted	SOF-OUH	Odense	Leder af børn og ungerådgivningen	bmb@odense.dk
Jette Lauvring	SOF-OUH	Assens	Leder af børnesundhed	

ERFA-gruppe for samarbejdsaftale om respiration

Gitte Makne	Fredericia
Mette Ruben	Esbjerg

Arbejdsgruppe til revision af samarbejdsaftalen vedrørende Familieambulatoriet

Tine Skov Carlsen	Vejen
Bettina Brøndsted	Odense
Else Marie Rask Larsen	Fredericia
Anette Jensen	Aabenraa
Ina Lorenzen Kier	Tønder
Peter Bloch-Sørensen	Vejle
Anne Dorte Bloch	Kolding

Arbejdsgruppe til revision af samarbejdsaftale vedr. ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling

Ria Mireille A. Lykke	Kerteminde
Mette Ruben	Esbjerg
Henriette Toxværd	Kolding
Steen Boris Hansen	Sønderborg

Arbejdsgrupper under Forebyggelse

ARBEJDET ER AFSLUTTET: Arbejdsgruppe for infektionshygiejnisk Rådgivning, nedsat december 2015

Antal medlemmer: 4 kommunale repræsentanter + den kommunale formand trækker en kommunal medsekretær med

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>
Anna Høimark	Vest	Esbjerg	Sygeplejefaglig Konsulent	annah@esbjergkommune.dk	
Birgitte Sachmann	SLB	Fredericia	projektleder/hygienesygeplejerske	birgitte.sachmann@fredericia.dk	
Susanne Bergholdt Buhl	Fyn	Odense	overlæge	sbu@odense.dk	65515604 40160569
Charlotte Frost Larsen	Syd	Tønder	Områdeleder for sygepleje og korttidsc	cf11@toender.dk	

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. monitorering af strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>
--------------------------	--------------------	----------------	-----------------	----------------------	----------------------

Der er kun behov for et kommunalt medlem

Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. Konferencen "Lige sund?"

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>
Gitte Callesen	SLB	Fredericia	Aktivitetskonsulent		

Har fået det oplyst fra Følgegruppeseekretærer

Arbejdsgruppe vedr. drift af sundhedsprofilundersøgelsen

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>
Flemming Lassen	SOF-OUH	Nordfyns	Sundhedschef	
Anette Andersen Krogh	SOF-Syd	Sønderborg		
Mai Sønderby	SOF Vest	Varde		
Lone H. B. Kristensen	SOF- Lillebælt	Kolding		
Anja Trudslev	SOF-OUH	Odense		
Signe Pedersen	SOF- Lillebælt	Fredericia		
Rupatharany Tharmakulasing	SOF-Syd	Tønder		

Udpegede kommunale kandidater til den undersøgende arbejdsgruppe for en syddansk børne- og ungesundhedsprofil

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	
Marie Theodorsen	Syd	Sønderborg	Sundhedsplanlægger	matd@sonderborg.dk	Sekretær/Formand
Line Hansen	OUH	Odense	Analysekonsulent	LINEH@odense.dk	
Pernille Damgaard Freund	SLB	Vejle	Konsulent for inklusion og specialpæda	pedfr@vejle.dk	
Mai Sønderby	SVS	Varde	Sundhedskonsulent	Maix@varde.dk	

Arbejdsgrupper under Genoptræning og Rehabilitering

Arbejdsgruppe til implementering af G-GOP nedsat dec. 2015

Antal medlemmer: 4 kommunale udpeget efter SOF

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>
Merete Nielsen	Syd	Sønderborg	Koordinerende terapeut	meni@sonderborg.dk	
Dagny Tøstensen	Vest	Billund		dt@billund.dk	
Lene Kjellstrøm	Fyn	Odense	Konsulent	lkj@odense.dk	
Karin Agger	Lillebælt	Vejle		karag@vejle.dk	
Sven Rode	Syd	Tønder		sro@toender.dk	

OBS! (P)SOF-repræsentant

Udvikling af forløbsprogrammet for diabetes

Karina Arndal		Nordfyns
Trine Melhaven Hansen		Kerteminde

Merethe Reib	Odense
Maria D. Jørgensen	Odense
Dorthe Nelby	Esbjerg
Lillian Hansen	Billund
Majken Kongstad	Fredericia
Birthe Pors	Vejle
Christian Schrøder	Aabenraa
Trine Ploughmann	Sønderborg
Tina Sterndorff Kortbek	Haderslev
Vibeke O. Nielsen	Vejen

Arbejdsgrupper under Opgaveoverdragelse

Arbejdsgruppe for forlagt IV-behandling, nedsat xx xxxx

Antal medlemmer

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-områder</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>	<u>E-mailadresse</u>	<u>Telefonnummer</u>
Lene Annette Norborg	OUH	Odense	Socialoverlæge		
Karin Østergaard Christensen	Lillebælt	Vejle	Udekørende akutsygeplejerske		
Michael Aundal	Syd	Aabenraa	Udviklingskonsulent		

Arbejdsgruppe som arbejder med afdækning af samtalestøttes potentiale for opgaveoverdragelse

<u>Navn på medlemmer</u>	<u>SOF-område</u>	<u>Kommune</u>	<u>Stilling</u>
Vibeke L. Podgorski	Syd	Aabenraa	Teamkoordinator for specialteamet
Helle Hockerup	Syd	Aabenraa	Kontorleder for job og fastholdelse
Sune T. Høgh	Fyn	Odense	cand.psyh.aut

Arbejdsgrupper under Velfærdsteknologi og Telemedicin

Arbejdsgruppe for xxxx, ned: **SOF-områder** **Kommune** **Stilling** **E-mailadresse** **Telefonnummer**

Antal medlemmer

Navn på medlemmer

Landsdelsprogrammet for telemedicin refererer direkte til DAK

Arbejdsgrupper under Økonomi, Effekt og Kvalitet

Arbejdsgruppe for xxxx, ned: **SOF-områder** **Kommune** **Stilling** **E-mailadresse** **Telefonnummer**

Antal medlemmer

Navn på medlemmer

1, ikke udpeget via CERT og JMO i Fælleskommunalt Sundhedssekretariat



STYRELSEN FOR
PATIENTSIKKERHED

Risikobaseret tilsyn 2017

September 2017

DGI huset



Styrelsen for Patientsikkerhed



Hvor bor Styrelsen for Patientsikkerhed?



Er jeres behandlingssted
beliggende i Region
Hovedstaden eller i Region
Sjælland vil du få tilsyn af
medarbejdere fra **Tilsyn og
Rådgivning Øst** placeret på
Amager

Ca. 400 medarbejdere
fordelt på 6 adresser

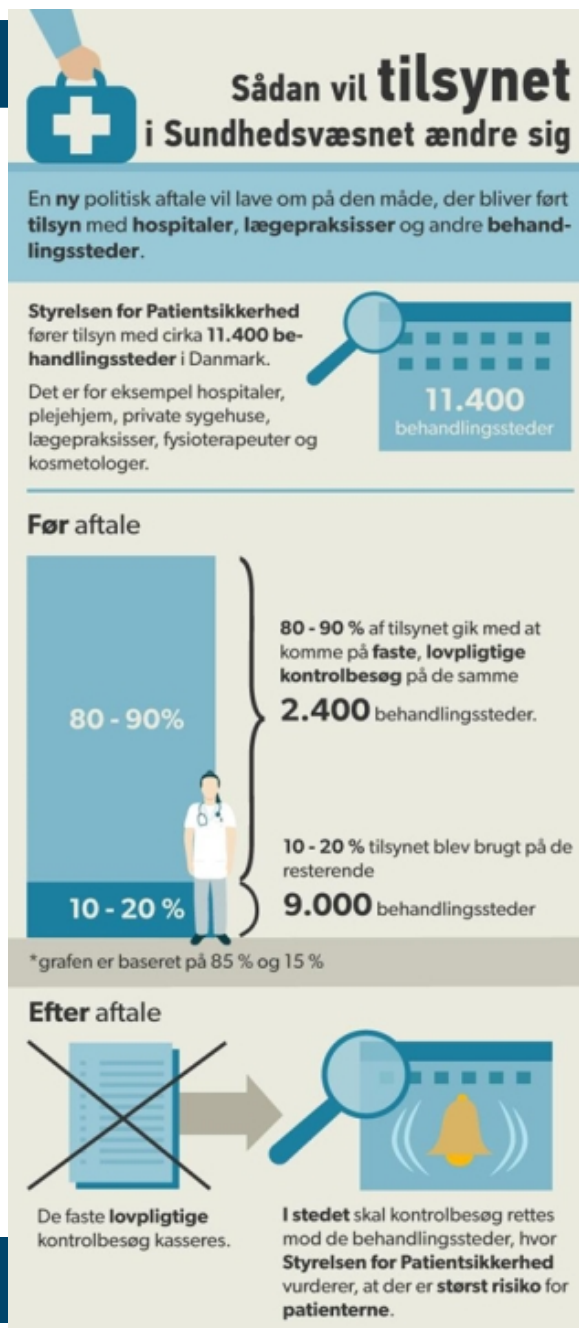
Risikobaseret tilsyn

Risikobaseret tilsyn – hvad er det?

Politisk aftale om risikobaseret tilsyn

- Risikobaseret tilsyn med alle behandlingssteder på sundhedsområdet, hvor der udføres sundhedsfaglig behandling af en autoriseret sundhedsperson.
- Ressourcerne anvendes der, hvor risikoen for patientsikkerheden ud fra en løbende helhedsbetragtning er størst.
- Fokus på områder, hvor der er høj risiko for patientsikkerheden, og hvor konsekvenserne af fejl og mangler kan være alvorlige.
- Hensyn til behandling af særlige svage eller sårbare grupper.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet
11. februar 2016



Det risikobaserede tilsyn

Planlagte tilsyn

- Tilsyn som foretages ud fra en risikovurdering af, hvor der generelt kan være behandlingssteder, behandlinger, procedurer mv. med potentiel fare for patientsikkerheden.
- Årligt temaer for det planlagte risikobaserede tilsyn.
- Behandlingssteder udvælges ud fra en risikovurdering eller ved stikprøve.

Hvor mange?

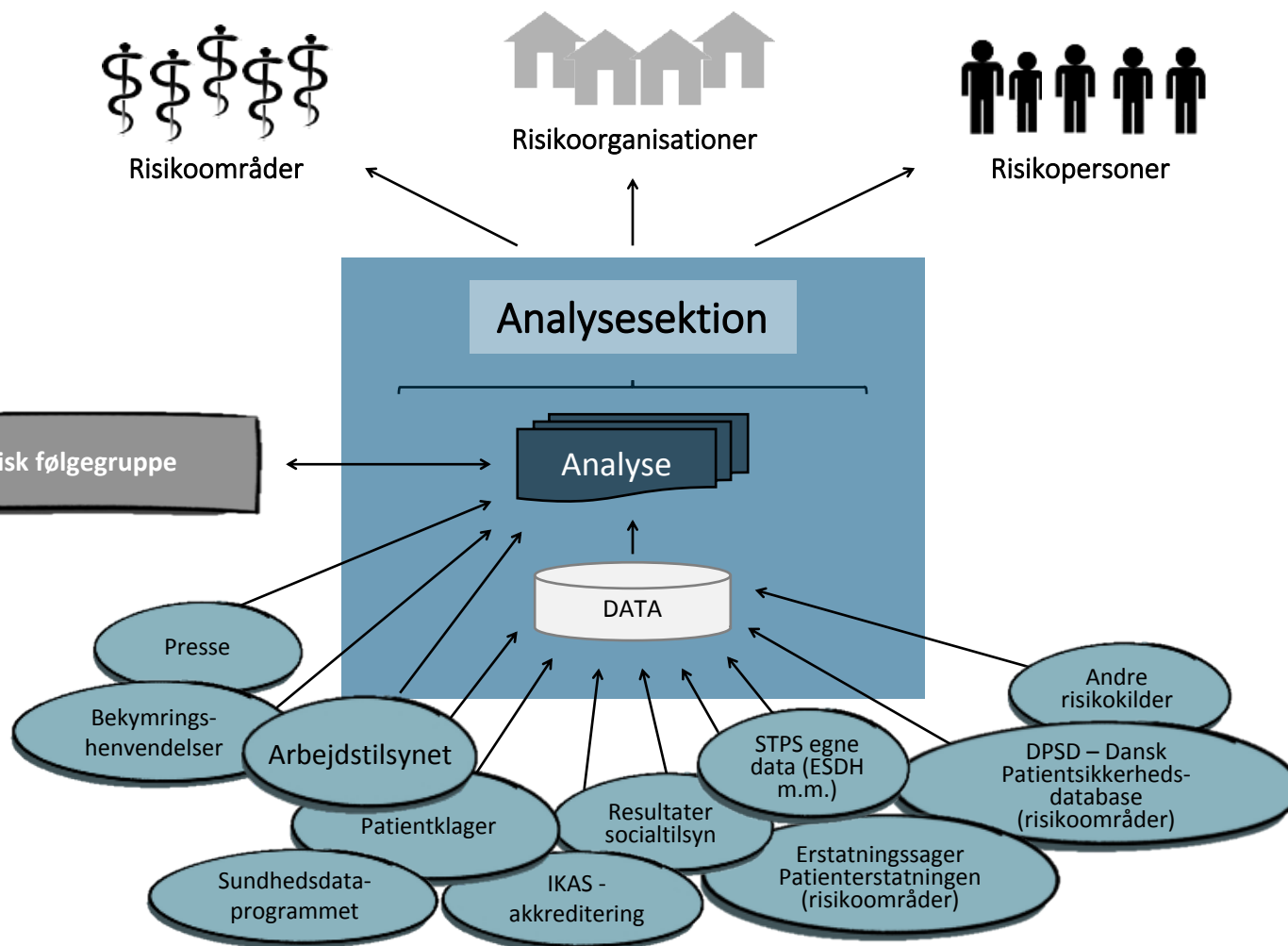
270.000 autoriserede sundhedspersoner, ca. 200.000 aktive

Ca. 11.000 behandlingssteder

Det risikobaserede tilsyn

Reaktive tilsyn

- Tilsyn, som foretages ud fra et specifikt kendskab til en potentiel fare for patientsikkerheden, der er kommet til styrelsens kendskab.
- Reaktive tilsyn kan omfatte individuelle sundhedspersoner eller offentlige og private behandlingssteder.



Behandlingsstedsdatabasen

Registrering

29. september 2017

Identifikation af behandlingssteder – Behandlingsstedsdatabasen

- Alle behandlingssteder i Danmark skal registreres i en behandlingsstedsdatabase.
- Selvregistrering vil skulle ske i perioden juli-december 2017 via en selvregistreringsportal på styrelsens hjemmeside, www.STPS.dk.
- Data fra SOR, yder- og behandlerregistret samt CVR-register overføres automatisk.
- Ifølge loven skal der opkræves årlige gebyrer for det risikobaserede tilsyn. Størrelsen på gebyret afhænger af typen af behandlingssted.

Hvilke oplysninger skal registreres?

- Navn og adresse på behandlingssted
- Behandlingsstedskategori (Kategori 1-5, jf. lovgivning)
- Behandlingsstedstype (fx almen praksis, plejehjem, fysioterapi)
- Lægeligt speciale (hovedspeciale for afdelingen/klinikken)
- Organisatorisk tilhørsforhold (hvis behandlingsstedet hører under en overordnet organisation, fx et sygehus/en region eller en forvaltning/kommune)
- CVR-nr.
- P-nummer
- Evt. virksomhedsansvarlig læge.

Kategori 1 og 2

- Sygehusenheder med og uden sengepladser (1)
- Behandlingssteder med flere læger eller tandlæger (2)

*Inklusiv bosteder, misbrugsbehandlingssteder og andre behandlingssteder, som har tilknyttet **flere læger**, der er ansvarlig for behandling på stedet*

Kategori 3

Andre behandlingssteder end de i nr. 1 og 2 nævnte med **én læge eller én tandlæge** eller flere læger eller tandlæger, som sammenlagt udfører lægelig behandling eller tandbehandling maksimalt **svarende til en fuldtidsstilling** samt kiropraktorklinikker, vaccinationsklinikker, lægevagtordninger og præhospitale enheder.

*Inklusiv bosteder, misbrugsbehandlingssteder og andre behandlingssteder, som har tilknyttet **en læge**, der er ansvarlig for behandling på stedet*

Kategori 4

Behandlingssteder, hvor flere sundhedspersoner udøver behandling (**flermandspraksis**), herunder fysioterapiklinikker, jordemoderklinikker, tandplejeklinikker, ergoterapiklinikker, fodterapeutklinikker, bandagistklinikker, klinisk diætist klinikker, optikerklinikker **samt endvidere** plejehjem, plejecentre, hjemmesygepleje, bosteder, genoptræningscentre, sundhedscentre, og centre for misbrugsbehandling.

Kategori 5

Behandlingssteder, hvor én sundhedsperson udøver behandling (**enkeltmandspraksis**), herunder fysioterapiklinikker, jordemoderklinikker, tandplejeklinikker, ergoterapiklinikker, fodterapeutklinikker, bandagistklinikker, klinisk diætist klinikker og optikerklinikker.

Temaer og tilsynsområder 2017

Temaer og områder

29. september 2017

Baggrund for udvælgelse af temaer og områder

Erfaringsgrundlag i Styrelsen for Patientsikkerhed

- Klager
- Bekymringshenvendelser
- Overordnede konklusioner fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase
- Ordinationsovervågningsprogrammet
- Tilsynsførendes erfaringer

Temaer

Medicinhåndtering og prøvesvar i patientforløb

Eksemplificeret ved patientforløb for KOL og depression:

- mange kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet
- megen medicinhåndtering
- mange prøvesvar

Områder i 2017

- Sygehuse
- Almen praksis, herunder regionale klinikker/udbudsklinikker
- Sundhedsforhold i hjemmeplejen
- Akuttilbud i kommunerne
- Bosteder
- Tandlæger
- Fysioterapeuter
- Fodterapeuter

2018 foreløbig

- **Patienter med kronisk sygdom – diabetes**
 - Sundhedscentre (§ 119)
 - Kommunalt regi, hjemmesygeplejen
 - Almen praksis
 - Kliniske diætister
 - Sygehuse
 - Optikere


- **Patienter med skizofreni og samtidig somatisk sygdom, herunder også børn og unge**
 - Almen praksis
 - Bosteder
 - Sygehuse_Børn-unge med skizofreni og ADHD
 - Sygehuse_voksne med skizofreni
 - Privat praktiserende psykiatere
 - Misbrugscentre
 - Hjemmesygeplejen

- **Patienter med behov for genoptræningsindsatser**
 - Genoptræningsindsatser målrettet både regionale, kommunale og private behandlingssteder (§140)

- **Tandlæger / tandpleje**
 - Tandlæger / tandpleje (målepunktssættet omfatter specifikke målepunkter til tandplejere)

Målepunkter



 STYRELSEN FOR PATIENTSIKKERHED			
Målepunkter til bosteder Medicinhandling og prøvesvar i patientforløb			
Nedenstående målepunkter anvendes ved tilsyn på bosteder. Alle tilsyn vil indeholde elementer af observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale.			
Patientforløb og journalføring			
1: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation			
Ledelsen skal sikre, at der er en skriftlig instruks for foring, opbevaring og adgang til de sundhedsfaglige optegnelser. Den skriftlige instruks skal beskrive personalets opgaver og ansvar i forhold til foring, opbevaring og adgang til de sygeplejefaglige optegnelser samt krav til indhold og systematik i den sundhedsfaglige dokumentation.			
Det sikres ved interview, at personalet kender og følger instruksen.			
Referencer: Vejledning om udferdigelse af instruks, VEJ nr. 9001 af 20. november 2008			
	Opfyldt	Ikke opfyldt	Ikke aktuelt
1a: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Der findes fyldestgørende skriftlig instruks			
1b: Instruks om sundhedsfaglig dokumentation. Personalet kender og følger			

Bosteder - Målepunkter

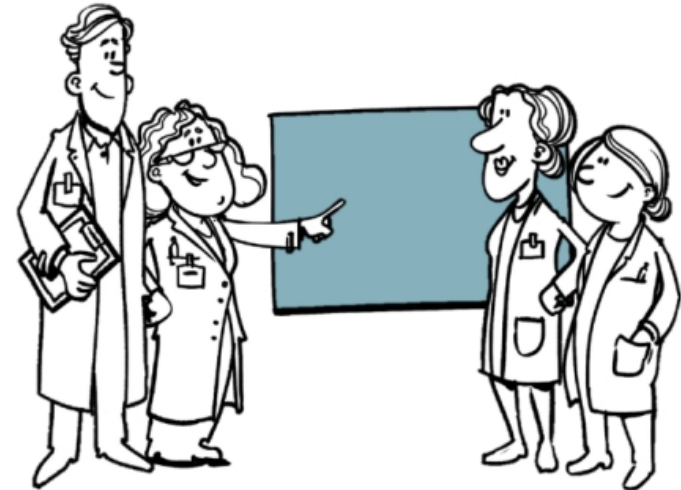
- Patientforløb og journalisering (Journalføring, opbevaring og adgang til journal, livsforlængende behandling, informeret samtykke til behandling mv.)
- Medicinhåndtering (håndtering af receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin, journalføring af ordinationer, samarbejde med behandlende læge, medicinliste mv.)
- Generelt (Ansvars- og opgavefordeling ved sundhedsfaglige opgaver, håndhygiejne, delegation mv.)

Kommuner (Akutfunktioner/ hjemmepleje) - Målepunkter

- Patientforløb og journalisering (Journalføring, opbevaring og adgang til journal, livsforlængende behandling, informeret samtykke til behandling mv.)
- Medicinhåndtering (håndtering af receptpligtig medicin og håndkøbsmedicin, journalføring af ordinationer, samarbejde med behandlende læge, medicinliste mv.)
- Generelt (Ansvars- og opgavefordeling ved sundhedsfaglige opgaver, håndhygiejne, delegation mv.)

Læring

- Før tilsyn
- Under tilsyn
- Efter tilsyn



Kære Egon

På KKU-mødet den 31. august drøftede vi etableringen af de særlige psykiatriske plader, hvor vi aftalte, at de særlige pladser først etableres i Vejle (15 stk.), mens Esbjerg afventer indtil videre (16 stk.).

KL og Danske Regioner har, som du ved, modtaget et brev fra Sundheds- og ældreministeriet, som understreger at regionerne skal oprette 150 pladser på landsplan, og efter ministeriets opfattelse bør fordelingen imellem regionerne ske ifølge bloktilskudsnøglen, svarende til 32 pladser i Syddanmark.

Jeg har så sent som i går drøftet de særlige pladser med Sundheds- og Ældreministeren, som understregede, at hun har en klar forventning om, at regionerne er klar primo 2018 med de 150 pladser, og at de skal oprettes i overensstemmelse med aftalen herom.

Vi går nu videre med vores politiske godkendelsesproces her i regionen, jf. vedlagte sag, som skal behandles den 26. september i vores psykiatri- og socialudvalg og efterfølgende i hhv. forretningsudvalget det 11. oktober og regionsrådet den 30. oktober.

I sagen lægger vi som aftalt op til, at de 15 særlige pladser i Vejle kan tages i brug først - helt konkret den 1. marts. Samtidig lægger vi op til, at regionsrådet senere forelægges en sag vedr. etablering af de 16 pladser i Esbjerg så snart det er fysisk og planlægningsmæssigt muligt, og at der vil være dialog med jer i kommunerne inden sagen forelægges regionsrådet.

Vi anerkender, at der i kommunerne er bekymringer om behovet for antallet af pladser, og vi vil understrege at hverken regionen eller kommunerne har en interesse i, at pladserne kommer til at stå tomme. Det ændrer dog ikke på, at medmindre kommuner udenfor Region Syddanmark ønsker, at der oprettes ekstra pladser i deres region, så vil Region Syddanmark være forpligtet til at oprette alle pladserne for at leve op til lovgivningen.

Vi ser frem til fortsat at drøfte samarbejdet i den fælles administrative styregruppe, hvor selve konceptet for de særlige pladser skal udarbejdes, ligesom styregruppen er inviteret med til at ansætte lederen af det nye tilbud og give input til Danske Regioner omkring monitorering, bekendtgørelse om samlet plan mv.

Vi vil fortsætte med at involvere jer i kommunerne i alle henseende og ser frem til et styrket samarbejde om nogle af vores mest udsatte borgere.

Mange hilsner

Stephanie Lose

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat

Fælleskommunalt Sundhedssekretariat arbejder for at varetage de syddanske kommuners interesser på sundhedsområdet. Sekretariatet udfører tværgående og koordinerende opgaver for de 22 syddanske kommuner og samarbejder med øvrige interessenter på sundhedsområdet i Region Syddanmark. Sekretariatet består af to strategiske sundhedskonsulenter og er finansieret af de syddanske kommuner i fællesskab.

Centrale opgaver for sekretariatet er, at:

- Understøtte det fælleskommunale samarbejde i Sundhedsstrategisk Forum, der er mødeforum for den kommunale topledelse på sundhedsområdet i de 22 syddanske kommuner. Forummet drøfter og koordinerer kommunale holdninger på strategiske og prioriterede områder og har fokus på både tværkommunalt og tværsektorielt samarbejde samt på interessevaretagelse.
- Være med til at udarbejde sundhedsaftaler, praksisplaner mv.
- Bidrage til politisk betjening af kommunale politikere i samarbejdsudvalg på sundhedsområdet

Omdrejningspunktet for sekretariatet er udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og indgåelse af sundhedsaftaler mellem kommunerne og Region Syddanmark. Hverdagen består derfor af at udvikle, processtyre, organisere og formulere strategier om fælleskommunale sundhedspolitiske udfordringer og aftaleudkast i samarbejde med kommunale og regionale medarbejdere. Herunder fylder forberedelse, tilrettelæggelse og opfølgning på møder, dagsordener, beslutningsmateriale og udarbejdelsen af notater meget. Kommunernes samarbejde i Sundhedsstrategisk Forum og med regionen i Det Administrative Kontaktforum er et centralt referencepunkt for prioritering af sekretariatets opgaver.

Overblik over opgaver

Gruppe/forum/opgaver	Nærmere beskrivelse
Sundhedsstrategisk Forum (SSF) og Formandskabet (FMS)	Der er møde i SSF mindst fem gange om året og forud for disse møder er der møder i Formandskabet. Herudover kan der være andre møder, seminarer mv. Sekretariatet udarbejder dagsordenspunkter samt indhenter kommunale bemærkninger til relevante punkter.

<p>Det Administrative Kontaktforum (DAK)</p>	<p>Der er møde i DAK mindst fem gange om året, og forud for det er der forberedende møde med formandskabet for DAK.</p> <p>Sekretariatet udarbejder dagsordenspunkter samt koordinerer løbende med regionen om den samlede dagsorden.</p>
<p>Sundhedskoordinationsudvalget (SKU)</p>	<p>SKU har møde mindst fem gange om året, og forud for møderne afholdes der et kommunalt formøde.</p> <p>Sekretariatet udarbejder dagsordenspunkter samt kommunale bemærkninger til dagsordenen i samarbejde med KKR Sekretariatet.</p>
<p>Praksisplanudvalget (PPU)</p>	<p>Udvalget mødes tre til fire gange om året, og der afholdes kommunalt formøde forud for mødet.</p> <p>Sekretariatet udarbejder kommunale bemærkninger til dagsordenen i samarbejde med KKR Sekretariatet.</p>
<p>Samarbejdsudvalget for fysioterapi</p>	<p>Udvalget mødes fire gange om året.</p> <p>Såfremt der er kommunale sager til dagsordenen, udarbejdes de af sekretariatet samt evt. kommunale bemærkninger til de øvrige dagsordenspunkter.</p>
<p>Koordinationsgruppen</p>	<p>Gruppen er tværsektoriel med deltagelse fra sekretariat, konsulenter fra regionen og en konsulent fra PLO Syddanmark.</p> <p>Gruppen mødes ad hoc og forbereder møder, sager og processer i regi af DAK og SKU.</p> <p>Gruppens primære fokus og største arbejdsopgave de næste to år bliver at planlægge og facilitere processen for den næste sundhedsaftale, herunder at skrive sundhedsaftalen.</p>
<p>PKO-møder</p>	<p>Der afholdes fire årlige møder, hvor de kommunale og regionale praksiskonsulenter mødes.</p>

	Herudover faciliterer sekretariatet møder mellem de kommunale praksiskonsulenter og nøglepersoner i kommunerne.
Samarbejde med de øvrige fælleskommunale sundhedssekretariater	Der afholdes ca. to årlige møder med de øvrige fælleskommunale sundhedssekretariater, og herudover er der ad hoc erfaringsudveksling og sparring pr. mail og telefon.
Sammen om Velfærd	Arbejdet har været i gang i flere år, og der skal inden for den nærmeste fremtid træffes afgørelse om, i hvilken form arbejdet skal fortsætte. Sekretariatet deltager i diverse arbejdsgrupper og koordinerer møder, udarbejder dagsordener og referater mv.
Udpegninger	Der er løbende udpegninger til forskellige fora og grupper. Sekretariatet beder kommunerne indmelde repræsentanter via hjemmesiden. Udpegningen foregår i samarbejde med relevante personer (fx formænd og sekretærer fra følgegrupperne). Der tages afsæt i følgende: <ul style="list-style-type: none"> - SOF - Stillingsbetegnelse - Erfaringer på området - Størrelse på kommunen - Hvor mange pladser den enkelte kommune har i forskellige grupper i forvejen Vurderes der at være tale om flere ligeværdige kandidater, trækker Sekretariatet lod.
Hjemmesideopdatering mv.	Sekretariatet har løbende en tidskrævende opgave i at opdatere hjemmesiden. Få opdateret nyeste viden samt ryddet ud i forældede nyheder etc. Det bliver forsøgt planlagt med sekretæren fra Vejen, men det er ikke alle opgaver, som kan håndteres af sekretæren.

Psykiatriområdet	Sekretariatet er involveret i arbejdet omkring Sammen om psykiatri, et tværsektorielt projekt, der drives af Fælleskommunalt Socialsekretariat og Psykiatrien. Det forventes pt., at Styregruppen for Sammen om Psykiatri endelig godkender en projektbeskrivelse.
Diverse forespørgsler	Løbende sparring og hjælp til de forskellige kommuner.
Løbende besøgsrunder i de 22 kommuner	Sekretariatet har brug for at vide, hvad der rør sig i de 22 kommuner. Omdrejningspunktet for besøgene er derfor et udvalgsmøde eller lign., hvor sundhedsområdet behandles i kommunen. Samtidig har sekretariatet brug for, at samarbejdet med de kommunale kontaktpersoner holdes ved lige, og derfor har besøgsrunderne ligeledes et uformelt netværksperspektiv.

Baggrundsnotat. Opgørelse over kommunernes andel af ECTS point på sygeplejerskeuddannelsen

Udregning:

Formlen for udregning af andelen af ECTS point for kommunerne samlet på en given uddannelsesinstitution er:

$$Pct. \text{ af samlet praktik} = \frac{\text{Praktik STÅ} * 60 \text{ ECTS}}{\text{Dimensionering} * 90 \text{ ECTS}} * 100$$

Ved udregning af andelen af ECTS på point for en given kommune erstattes det samlede dimensioneringstal med det antal studerende, som kommunen ud fra befolkningsandel i den givne skoles optageområde kan forventes at tage. Formlen bliver dermed:

$$Pct. \text{ af samlet praktik for kommune} = \frac{\text{Praktik STÅ} * 60 \text{ ECTS}}{\text{Dimensionering} * \text{befolkningsandel} * 90 \text{ ECTS}} * 100$$

Begrebet Praktik STÅ er et begreb brugt i uddannelsesregi. Begrebet udtrykker, hvor mange fuldtidsstuderende de ECTS point, som en given organisation står for, svarer til i fuldtidsstuderende på et år. Et årligt fuldtidsstudie svarer til 60 ECTS point. Uddannelsesinstitutionerne har disse tal opgjort, og det er dem, der er lagt til grund for beregningerne.

Eksempel

Kommune X har 35.000 borgere ud af 100.000 borgere i UCY's optageområde. Dimensioneringen for UCY er på 200 studerende. Samlet løfter Kommune X 20 PraktikSTÅ (1200 ECTS point i praktikforløb fordelt på praktikforløb på forskellige semestre).

Kommune X's løfter dermed i pct. af ECTS pointene.

$$Pct. \text{ af samlet praktik for kommune X} = \frac{20 * 60 \text{ ECTS}}{200 * 0,35 * 90 \text{ ECTS}} * 100 = \frac{1200}{6300} * 100 = 19,0 \text{ pct.}$$

Resultater – 2016 uddannelsen opgjort medio 2017.

Nedenfor ses en oversigt for andelen af praktik i kommunalt regi opgjort for de enkelte kommuner, uddannelsessteder og samlet. Tallene er indhentet fra UC'erne primo august 2017. Som det fremgår af tabellen er der nogle usikkerhed for hhv. Sønderborg, Aabenraa og Esbjerg Kommune.

	Andel af de studerende ud fra befolkning	STÅ i alt	% af samlet praktik ECTS point
Sønderborg*	39,4	9,7	16,4%
Haderslev	29,5	6,7	15,1%
Tønder	20,0	4,9	16,4%
Aabenraa*	31,1	7,7	16,6%
Sønderborg skolen	Dimensionering: 120	29,0	16,1%
Fredericia	38,2	17,2	30,0%
Kolding	69,3	31,2	30,0%
Vejle	84,5	38	30,0%
Vejle skolen	Dimensionering: 192	86,4	30,0%
Assens	25,7	11,5	29,9%
Kerteminde	14,9	6,7	30,1%
Middelfart	23,4	10,6	30,2%
Nordfyns	18,2	8,2	30,0%
Nyborg	19,8	8,9	30,0%
Odense	123,3	55,5	30,0%
Odense skolen	Dimensionering: 225	101,4	30,0%
Faaborg-Midtfyn	33,5	15,1	30,0%
Langeland	8,2	3,7	30,0%
Svendborg	38,1	17,2	30,1%
Ærø	4,1	1,9	30,8%
Svendborg skolen	Dimensionering: 84	37,9	30,1%
Billund	13,3	5,1	25,6%
Esbjerg*	58,2	25,8	29,6%
Fanø	1,7	3,3	132,3%
Varde	25,3	9,7	25,5%
Vejen	21,5	11,4	35,3%
Esbjerg skolen	Dimensionering: 120	55,4	30,8%
Samlet	Dimensionering: 741	310,1	27,9%

*UCSyd har i forbindelse med opgørelse af tallene meddelt, at der forventes justeringer til tallene for kommunen.

Udvikling 2008 uddannelsen til 2016 uddannelsen for UCL

UC Lillebælt har leveret data for udviklingen af kommunernes andel af praktik på sygeplejerskeuddannelsen. Udviklingen ses nedenfor opgjort på UC Lillebælts tre uddannelsessteder.

	2008-udd			2016-udd		
	Dimensionering	STÅ	Pct. af ECTS	Dimensionering	STÅ	Pct. af ECTS
Vejle	180	70,5	26,1	192	86,4	30,0
Odense	219	59	18,0	225	101,4	30,0
Svendborg	76	21,5	18,9	84	37,9	30,1
Samlet UCL	475	151	21,2	501	225,7	30,0

Inputs til KL forebyggelsesudspil

Hermed kommentarer fra de syddanske kommuner ift. KL's kommende udspil på forebyggelsesområdet.

Generelt er der stor opbakning til, at der arbejdes på et nyt udspil. Nedenfor oprides nogle generelle inputs til arbejdet og efterfølgende er listet nogle konkrete kommentarer ift. børn og unge samt tobak og alkohol.

Generelt

- Det er positivt, når KL forpligter sig i partnerskaber som eksempelvis "Røgfri Fremtid". Forpligtende aftaler og handleplaner i samarbejde med øvrige aktører kan bidrage til at sikre, at opstillede mål nås.
- Det er vigtigt at have det brede perspektiv på de samfundsmæssige gevinster ved forebyggelse, så det inkluderer både direkte, indirekte og afledte gevinster. Det vil bl.a. betyde inddragelse af trivselsmæssige gevinster for den enkelte borger og pårørende ved forbedret livskvalitet.
- Klare nationale udmeldinger kan bidrage til debat og stillingtagen lokalt – det er nødvendigt på forebyggelsesområdet
- Der skal sikres en mere helhedsorienteret tilgang til området på tværs af faggrænser og organisationsgrænser. Dette skal understøttes af inspirationsmateriale og undervisningsmateriale, som kombinerer relevante områder – eksempelvis kombinerede og koordinerede indsatser af både alkohol, tobak og skoleområdet.
- Arbejde mod mere community based healthcare, hvor det forebyggende sundhedsarbejde foregår helt ude ved borgerne
- Starte med tidlige indsatser endnu tidligere end i dag
- Italesætte ulighed i sundhed, og at forebyggelse i høj grad er vejen til at mindske uligheden.
- Der skal arbejdes for, at der afsættes flere midler til det forebyggende arbejde.
- Behov for ambitiøse mål på forebyggelsesområdet. Der kan evt. findes inspiration i KKR Syddanmarks visioner for sundhedsområdet: <http://faelleskommunalsundhed.dk/wp-content/uploads/2016/10/KKR-Syddanmarks-sundhedspolitiske-visioner.pdf>, hvor borgerperspektivet også kan fremhæves.
- Det vil være hensigtsmæssigt med et styrket samarbejdet med "Styrelsen for Patientsikkerhed", og det kvalitetsarbejde, der foregår i regi af "I sikre hænder". Den metodiske tilgang her forventes at blive katalysator for kvalitetsforbedringsarbejdet generelt i det nære sundhedsvæsen. Derfor vil det være hensigtsmæssigt, hvis der arbejdes med at bruge samme metode i udviklingen af kvaliteten i den forebyggende indsats.
- Den aldersdifferentierede medfinansiering er et godt skridt i den rigtige retning på at styrke kommunernes incitament til forebyggelse specielt på børneområdet, men det vil være hensigtsmæssigt at arbejde videre for at undtage sygdomme/behandlinger, som det ikke er muligt/hensigtsmæssigt at forebygge, f.eks. blindtarmsbetændelse og fødsler.

Dato: 8. august 2017

Sags ID: SAG-2017-03726
Dok. ID: 2389794

E-mail: APK@kl.dk
Direkte: 2132 0152

KKR Syddanmark
Vejen Kommune
Rådhuspassagen 3
6600 Vejen

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 1 af 2

Dato: 8. august 2017

Sags ID: SAG-2017-03726
Dok. ID: 2389794

E-mail: APK@kl.dk
Direkte: 2132 0152

KKR Syddanmark
Vejen Kommune
Rådhuspassagen 3
6600 Vejen

www.kl.dk/kkr-syddanmark
Side 2 af 2

Børn og unge

- Fokus på en god overgang fra barndom til ungdom, herunder overgang fra folkeskolens forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i folkeskolerne til ungdomsuddannelse.
- Sætte fokus på at overvejelser om sundhed bør indgå i alle de rammer og sammenhænge, som børn og unge indgår i, herunder også normeringerne blandt de personalegrupper, der er omkring familierne, børnene og de unge.
- Større fokus på alle de muligheder foreningslivet giver for bl.a. at skabe positiv social støtte, som kan være afgørende for børn og unges trivsel. Derudover vigtigt ift. overvægt/inaktivitet.
- Sundhedsplejen fremhæves som en særlig relevant aktør, der har en helt særlig rolle og indgang til alle nye familier og nyfødte. Det skal udnyttes bedre ift. forebyggende indsatser – der ses forskellige tilgange til arbejdet på tværs af kommunerne. Konkret eksempel fra Assens Kommune på tilgangen til sundhedsplejen: [Her har sundhedsplejen siden 2012 arbejdet med den tidlige forebyggelse ved at der i familier der har brug for ekstra støtte og vejledning er 2 sundhedsplejersker tilknyttet familien. Den ene sundhedsplejerske er primær sundhedsplejerske og den anden sundhedsplejerske arbejder som småbørnskonsulent i familien- og har en 1-årig efteruddannelse. Der arbejdes med forældrenes tilknytning til eget barn- i eget hjem. Via interview, videooptag samt et observations- og analyseværktøj ses på mor- barn eller far-barn samspil og der støttes op omkring det som er nødvendigt for at barnet er i trivsel. Der samarbejdes med andre faggrupper hvor der er brug for dette. Det handler om at styrke en samspils-adfærd således, at der sker en hensigtsmæssig regulering af voksen-barn samspelet til styrkelse af den mentale sundhed.](#)
- Særligt fokusområde ift. mental sundhed og inaktivitet/overvægt. Her har folkeskolen en særlig rolle.
- Behov for forbedringer ift. inddragelse af familien og nærmiljøet – skabe konstruktiv dialog med forældre og børn/unge.

Rygning og alkohol

- Vigtige områder at skabe ændringer på – der er virkelig behov.
- KL kunne konkret opfordre kommunerne til, at alle arbejdspladser var røgfri
- Kobling mellem rygning og bevægelse. Mange borgere ønsker ikke at stoppe med at ryge pga. frygt for vægtøgning.

Øvrigt:

- Behov for et særligt fokus generelt på bevægelse. Der ses en tydelig tendens til en polarisering i samfundet, hvor befolkningen opdeles i aktive og inaktive. Hvis voksne skal lykkes som gode rollemodeller for børn og unge (hvilket er afgørende for deres sundhedsudvikling), så er der nød til også at tage fat på et sådant område. Fordelen herved er også, at det her er muligt at formulere aktiviteter positivt (det kan være sjovt og noget man kan gøre mere af) – dvs. ingen forbud eller løftede pegefingre. Hermed tages der også højde for, at en stigende del af befolkningen oplever et "sundhedshysteri", jf. Trygfondens rapport "Mellem broccoli og bajere". Heraf fremgår det, at 6 ud af 10 er enige i udsagnet "samfundet er præget af sundhedshysteri" – en betydelig stigning fra 2011, hvor kun 4 ud af 10 var enige i udsagnet.

AFRAPPORTERING

UDVALG OM DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUND- HEDSVÆESEN

JUNI 2017

Indhold

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Sammenfatning	9
3. Tendenser og udfordringer i sundhedsvæsenet	22
4. Visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 2025	31
5. Målsætninger for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	35
5.1 Den ældre medicinske patient	35
5.2 Patienter med kronisk sygdom	36
5.3 Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug	39
6. anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen	41
6.1 Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor.....	41
Anbefaling 1 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning	41
Anbefaling 2 - Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres	43
Anbefaling 3 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse	44
Anbefaling 4 - Kommuner og regioner skal sikre en model for forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis.....	45
Anbefaling 5 - Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug	47
Anbefaling 6 – Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordelingen for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes.....	48
6.2 Rette kompetencer til rette opgaver.....	49
Anbefaling 7 – Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis	50

Anbefaling 8 - Reglerne om benyttelse af medhjælp skal understøtte klare og fleksible rammer for sygeplejefaglige opgaver i kommunerne samt et tydeligt ansvar	52
Anbefaling 9 - Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	54
Anbefaling 10 - Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	55
Anbefaling 11 - Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb	57
Anbefaling 12 - Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis	58
6.3 Ensartet kvalitet over hele landet	59
Anbefaling 13 - Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	60
Anbefaling 14 - Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til kroniske patienter	61
Anbefaling 15 - Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang	63
Anbefaling 16 - De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal dokumenteres og udbredes	64
Anbefaling 17 - Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes	65
6.4 Bedre digital understøttelse og brug af data.....	66
Anbefaling 18 - Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet.	68
Anbefaling 19 - Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.	70
Anbefaling 20 - Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet.....	73

1. Indledning

Borgere skal også i fremtiden møde et sundhedsvæsen, der tilbyder indsatser af høj kvalitet med let og lige adgang for alle, uanset hvor i landet man bor. Derfor skal alle patienter inddrages og understøttes i at mestre egen sygdom ud fra individuelle behov, ressourcer og mål, så den enkelte patient kan leve et liv med højest mulig livskvalitet. Det betyder samtidig, at sundhedsvæsenets ressourcer fortsat skal anvendes effektivt til at skabe indsatser til gavn for patienterne.

Et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen er en central del af svaret på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. Samtidig skønnes det groft, at der i 2025 vil være 60 pct. flere borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme, end der var i 2013. Derudover er der de seneste år sket en vækst i antallet af kontakter til den regionale psykiatri og socialpsykiatrien.

Ældre patienter, patienter med kronisk sygdom og mennesker med psykiske lidelser oplever ofte et langt sygdomsforløb, hvor sygdom bliver en fast del af hverdagslivet. Samtidig har disse grupper ofte komplekse behandlingsforløb, der indebærer indsatser på tværs af sektorer og behov for kontakt med forskellige faggrupper i sundhedsvæsenet. Det stiller krav til, at sundhedsvæsenet samarbejder om patientens forløb med henblik på, at patienterne hjælpes til at mestre egen sygdom i størst muligt omfang. Det er både til gavn for den enkelte patient og ressourceudnyttelsen i sundhedsvæsenet.

Mange patienter lever langt størstedelen af deres liv med sygdom i eget hjem og med kontakt til forskellige sundhedstilbud tæt på borgeren. Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har derfor en vigtig rolle i patienternes sundhed, blandt andet ved at tilbyde patienterne en helhedsorienteret indsats med fokus på sundhed samt eventuelle beskæftigelsesmæssige og sociale tilbud til de patienter, der har dette behov. Derudover rummer det nære og sammenhængende sundhedsvæsen et stort potentiale i at forebygge, at sygdom overhovedet opstår. Endvidere understøttes en generel udvikling, hvor patientens behandling, pleje og rehabilitering sker i tæt tilknytning til patientens hverdag og med styrkelse af patientens mestring af egen sygdom.

Det er et potentiale, der skal realiseres blandt andet for at imødekomme det økonomiske pres, som den demografiske udvikling sætter på sundhedsvæsenet. Med grænser for væksten i de offentlige udgifter er der behov for bedre samarbejde og ressourceudnyttelse gennem blandt andet nytænkning og bedre levering af ydelser på laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Derfor forventes det nære og sammenhængende sundhedsvæsen fremtidigt at være en del af svaret på nogle af de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for i dag og i de kommende år. Det kræver, at samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren styrkes, at kompetencerne i sundhedsvæsenet anvendes effektivt, at indsatserne er af høj, ensartet kvalitet, og at brugen af data samt digitale løsninger styrkes. Derfor kommer udvalget med 20 anbefalinger, der skal understøtte et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenets udvikling

Sundhedsvæsenet er konstant i udvikling, og nye behandlingsmetoder og teknologier vil ændre på mulighederne for behandling og mulighederne for, hvordan, hvor og af hvem patientens behandling, pleje og rehabilitering varetages.

Sundhedsvæsenet har over de seneste mange år arbejdet henimod, at patienter i højere grad behandles, plejes og rehabiliteres ambulant i dagtilbud uden sygehusindlæggelse eller i eget hjem og nærmiljø. For det første er det en udvikling, der har fundet sted ud fra hensynet til at være mindre indgribende i den enkelte borgers hverdag, ligesom der bliver en bedre mulighed for at sikre sammenhæng til eventuelle øvrige kommunale indsatser tæt på borgerens hverdagsliv. For det andet giver mere behandling, pleje og rehabilitering af patienter i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen mulighed for en øget specialisering på sygehusene til gavn for borgere med behov for en højt specialiseret indsats, eksempelvis behandling af kræft. For det tredje frigøres kapacitet på sygehusene til at imødekomme et generelt øget behandlingspres. Og for det fjerde er udviklingen i tråd med princippet om, at indsatser skal leveres på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON).

Udviklingen i sundhedsvæsenet er således sket med udgangspunkt i en række grundlæggende positive hensyn, men udviklingen har også været fragmenteret, med en uensartet kvalitet på tværs af landet og har ikke haft tilstrækkeligt fokus på sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Der er derfor behov for et mere helhedsorienteret syn på sundhedsvæsenet, med fokus på en mere systematisk og styret udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. En udvikling, som skal understøtte den stigende specialisering i sygehusvæsenet. Hvis udviklingen skal blive værdifuld, er det afgørende, at den nødvendige kapacitet og de rette kompetencer er til stede i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig stiller udviklingen krav om et stærkt samarbejde om patientens samlede forløb, herunder tydelig dialog og rådgivning om varetagelsen af opgaver på tværs af sundhedsvæsenets parter, samt den rette brug og deling af informationer. Udvalgets anbefalinger har til formål at understøtte denne udvikling.

Udvalgets opgave

Med økonomaftalerne for 2016 blev det besluttet at nedsætte et udvalg, der skal komme med forslag, der kan indgå i en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget, der består af KL, Danske Regioner og staten, blev nedsat i januar 2016 (kommissoriet for udvalget er vedlagt som bilag 1).

Af kommissoriet fremgår det, at udvalget skal komme med forslag til styrkelse af indsatsen inden for følgende områder:

- 1) *Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor*
Herunder skal udvalget se på, hvordan der kan skabes bedre samarbejde vedrørende eksempelvis hjemmesygepleje og genoptræning efter sundhedsloven samt rehabilitering og tilbud i praksissektoren. Udvalget skal endvidere belyse, hvordan der eksempelvis kan sikres anvendelse af lægefaglige kompetencer samt deling af information og viden på tværs af sektorer så udvalgets målgrupper oplever et sammenhængende forløb af høj kvalitet, der understøtter en omkostningseffektiv indsats.
- 2) *Rette kompetencer til opgaver*
Udvalget skal vurdere grundlaget for et løft af kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med henblik på at sikre, at de rette sundhedsfaglige kompetencer er til stede i håndteringen af borgere med forløb, der går på tværs af sektorer og som herudover har et rehabiliterende sigte. Udvalgets forslag skal understøtte en omkostningseffektiv tilrettelæggelse af indsatsen.
- 3) *Ensartet kvalitet i hele landet*
Udvalget skal komme med forslag til, hvordan det sikres, at de nære sundhedstilbud har samme kvalitet landet over. Herunder, at der arbejdes efter standarder, 'best practise', evidensbaserede metoder og retningslinjer, og at der skabes ny viden igennem løbende dokumentation af kvaliteten med henblik på systematisk udbredelse af metoder, der virker. Dette gælder både i forhold til sundhedsfaglige tilbud, herunder indsatser på ældreområdet, det patientrettede forebyggelsesområde og psykiatriområdet.
- 4) *Bedre digital understøttelse og brug af data*
Herunder skal det belyses, hvordan det kan understøttes, at der etableres mere og bedre dokumentation på sundhedsområdet, specielt i kommunerne og almen praksis, og bedre rammer for digital kommunikation på tværs af sektorer. En fortsat styrkelse af datagrundlaget og kobling af data skal

understøtte et mere sammenhængende sundhedsvæsen og ses i sammenhæng med eksisterende initiativer og igangværende arbejde.

Det er centralt at bemærke, at det er en grundlæggende præmis for udvalgets forslag, at indholdet af disse samlet set er omkostningseffektive og neutrale i forhold til de offentlige finanser. Endvidere har det været en præmis for udvalgets arbejde, at udvalgets forslag skal bygge på den grundlæggende struktur i sundhedsvæsenet.

Udvalgets målgrupper

Arbejdet fokuserer på tre målgrupper:

- Den ældre medicinske patient
- Patienter med kroniske sygdomme
- Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug.

Dette fokus skyldes, at der er tale om målgrupper, som ofte har forløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet og i visse tilfælde er i risiko for overlappende tilbud. Der er imidlertid også overlap imellem målgrupperne, mange ældre medicinske patienter lider fx ofte af kroniske sygdomme. Den demografiske udvikling medfører en stigning i antallet af patienter, særligt i de to første målgrupper, mens der ligeledes ses en stigning i kontakter til psykiatrien og behovet for støtte til mennesker med psykiske lidelser. Det stigende antal patienter med forløb på tværs af sektorer understreger behovet for, at hele sundhedsvæsenet skaber sammenhængende forløb. Samtidig stiller udviklingen krav til omkostningseffektivitet og sikring af økonomisk holdbarhed i sundhedsvæsenet.

Interessentgruppen

Til udvalget er der nedsat en interessentgruppe, som er kommet med indledende og løbende inputs til udvalget. Interessentgruppen består af:

- Lægeforeningen (2 repræsentanter)
- Sundhedskartellet (1 repræsentant)
- Dansk Sygeplejeråd (1 repræsentant)
- FOA (1 repræsentant)
- Danske Patienter (2 repræsentanter)
- Danske Handicaporganisationer (1 repræsentant)
- Apotekerforeningen (1 repræsentant)

Der er holdt to møder i den samlede interessentgruppe, hvor interessenterne er blevet inviteret til at komme med deres perspektiver på udfordringer og løsninger i forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Yderligere er der holdt særskilte møder med interessenterne med henblik på inddragelse i forhold til udvalgets anbefalinger. Udvalget har med interesse modtaget og læst de mange input til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som interessenterne er kommet med. Det er ikke inden for udvalgets rammer muligt at imødekomme alle interessenternes forslag. Udvalget har ladet sig inspirere af interessenternes forslag. For at illustrere nogle af de mange input er dele af interessenternes forslag gengivet i forbindelse med udvalgets anbefalinger (kapitel 6).

”Sammen om Sundhed” – KL’s anbefalinger til et styrket nært og sammenhængende sundhedsvæsen

- Det skal afklares, hvilke opgaver, der skal varetages i det nære sundhedsvæsen, hvilke sundhedsfaglige kompetencer kommunerne skal råde over og hvilken kapacitet og ressourcer der er nødvendige
- Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en klar kronikerstrategi, som bl.a. skal afklare hvad der skal til for at flere borgere kan få foretaget kontroller lokalt, herunder hvilken lægefaglig backup, det vil kræve
- Bedre lægebetjening af borgere i kommunale tilbud – i somatikken såvel som i psykiatrien. Det mest oplagte er via samarbejde med almen praksis, men tilknytning af regionalt ansatte læger, mulighed for ansættelse af kommunale læger eller samarbejde med private læger er også muligheder.
- En udvidet adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe.
- Sundhedsstyrelsen skal etablere en specialuddannelse til sygeplejersker målrettet medicinske patienter.

”Sundhed for alle” - Danske Regioners anbefalinger til et bæredygtigt sundhedsvæsen

- Det samlede sundhedsvæsen skal i langt højere grad fokusere på sundhed frem for at fokusere på behandling af sygdom.
- I fremtidens sundhedsvæsen skal parterne måle og styre efter det, der skaber mest værdi for patienten.
- Sundhedsvæsenets indsatser skal tilpasses den enkelte borger.
- Der skal være bedre adgang til relevante data om patienters forløb og resultater. Det skal muliggøre en proaktiv indsats, at se på tværs af diagnoser og skabe bedre sammenhæng i patientforløb.
- Regionerne vil arbejde mod i højere grad at understøtte, at tilbud tæt på borgeren har høj kvalitet, og at der er sammenhæng i indsatsen.
- Analyser skal bidrage til at sikre en optimal opgaveløsning, så sundhedsvæsenets opgaver løses der, hvor de giver mest værdi for borger og for samfund.
- Nye samarbejdsformer med fælles finansiering og organisering skal udvikles og afprøves.
- Digitale og teknologiske muligheder skal være et centralt redskab til i fremtiden at opnå mest mulig sundhed for befolkningen.

Hvad er det nære og sammenhængende sundhedsvæsen?

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er de indsatser og funktioner, som borgeren tilbydes i eget hjem eller i deres nære omgivelser. Indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan dermed både leveres af kommuner og regioner. Det kan dermed både være forskellige kommunale sundhedstilbud, ydelser i praksissektor og funktioner dækket af sygehuse. Det afgørende er ikke, hvem der leverer en indsats, men at der er tale om en indsats tæt på borgerens eget hjem eller hverdag. Samtidig er et tæt samarbejde mellem kommunale sundhedstilbud, almen praksis og sygehusene ofte afgørende for at skabe en samlet indsats til gavn for patienten.

Kommuner og almen praksis er helt centrale parter. De praktiserende læger, og for mange plejkrævende patienters vedkommende også det kommunale personale, har kontinuerlig kontakt til borgeren og kan dermed se helhedsorienteret på borgerens situation. En central funktion for sygehusene er hér at sikre rådgivning og understøtte det alment medicinske tilbud samt kommunernes indsatser i patientens nærmiljø.

Den alment praktiserende læge har traditionelt set ofte et personligt og langvarigt kendskab til sine patienter. Almen praksis varetager rollen som patientens primære indgang til sundhedsvæsenet og er dermed gatekeeper til videre udredning og behandling i det øvrige sundhedsvæsen. De alment praktiserende læger er generalister og arbejder ud fra en personcentreret tilgang. De behandler de sygdomme og tilstande hos befolkningen, som ikke kræver en specialiseret behandling. De alment praktiserende læger har desuden et tæt samarbejde

med sygehusene, den øvrige praksissektor og med kommunerne. Den praktiserende læge har dermed gode forudsætninger for at være tovholder for patienten, og for at hjælpe patienten med at navigere i et komplekst og specialiseret sundhedsvæsen.

Kommunerne har en afgørende rolle i at understøtte borgernes sundhed i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Kommunerne varetager opgaver inden for forebyggelse, pleje, behandling, rehabilitering, basal palliation og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, men i borgerens nære miljø. De kommunale sundhedstilbud til blandt andre ældre og kronikere skal skabe mulighed for, at borgeren kan blive i eget hjem (herunder plejehjem), hvad enten der er tale om midlertidig eller kronisk sygdom, forskellige handicap eller situationer, hvor døden er nært forestående, når det er hensigtsmæssigt for patienten og ud fra en lægefaglig, sygeplejefaglig og/eller social vurdering. Hjemmesygeplejen varetager forebyggelse af sygdom, fremme af sundhed, yder sygepleje, behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det. Størstedelen af kommunerne har gennem de seneste år etableret akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen. Disse er enten etableret som akutteams, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, og/eller som akutpladser, der er et tilbud om midlertidigt døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter.

Ansvar for den borgerrettede forebyggelse er primært kommunernes, mens den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem kommuner og regioner. Den borgerrettede forebyggelse har til formål at undgå, at sygdom opstår, mens den patientrettede indsats skal medvirke til at hindre, at sygdom udvikler sig yderligere, og at der opstår komplikationer i forbindelse med sygdom. Stort set alle kommuner oplyser, at de har patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere med diabetes, hjertekarsygdomme, KOL og kræft.

Regionerne spiller en helt central rolle i forhold til at skabe sammenhæng i patientens forløb, blandt andet fordi regionerne sikrer behandling i praksissektoren, og fordi sygehuse har kontakter med patienter med fx kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. Samtidig har regionerne en vigtig rolle i forhold til at understøtte den behandling og pleje, som foregår uden for sygehusene. Sygehusene har en stadig vigtigere funktion som rådgivere og skal, blandt andet via understøttelse af det alment medicinske tilbud og de kommunale sundhedstilbud, være med til at sikre at patienterne så vidt muligt kan behandles uden at blive indlagt.

Regionerne har etableret forskellige udgående funktioner, hvor sygehuspersonale tager ud i patientens eget hjem og udreder, undersøger og behandler patienten. De udgående funktioner har blandt andet til formål at forebygge indlæggelser, at styrke samarbejdet på tværs, og at imødekomme patienternes behov med en større fleksibilitet. En stor del af de udgående funktioner er rettet mod patienter i psykiatrien, men også mod den ældre medicinske patient.

Rådgivning fra henholdsvis sygehusene og praksissektoren, herunder de praktiserende speciallæger, til de kommunale indsatser i såvel konkrete behandlingsforløb, hvor det kommunale personale handler som lægens medhjælp som i rådgivning af mere generel karakter er centralt i forhold til at sikre et stærkt nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Regionernes rådgivning skal ligeledes være med til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienten kan behandles uden indlæggelse, og hvor viden deles mellem sektorer og faggrupper.

Dertil kommer, at en lang række af privatpraktiserende sundhedspersoner, som eksempelvis privatpraktiserende speciallæger, tandlæger og tandplejer, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer og fodterapeuter, samt apotekerne yder en vigtigt indsats for at understøtte patientens sundhed og evne for egenomsorg.

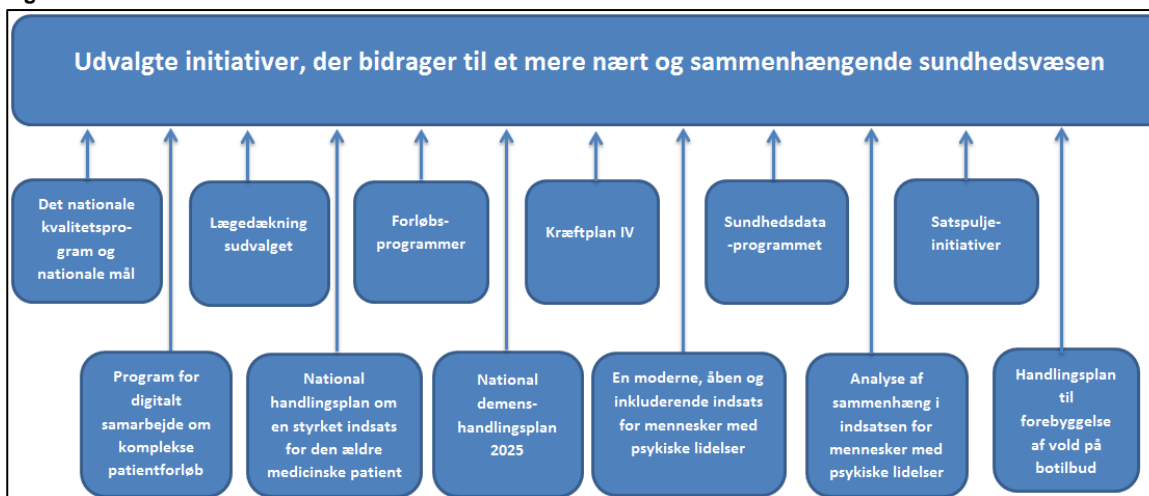
Samspillet med patienten og patientens netværk samt det øvrige civilsamfund er ligeledes en central del af mange patienters bedring. Gennem aktiv involvering af patienten, det omgivende netværk og civilsamfund er der mulighed for, at patienten hurtigere kommer i bedring og dermed nemmere rehabiliteres til det sociale og beskæftigelsesmæssige hverdagsliv.

Initiativer, der bidrager til et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen

Der er allerede taget mange skridt på vejen til et mere samarbejdende, nært sundhedsvæsen med fokus på kvalitet, rette kompetencer og bedre brug af data og digital understøttelse. Og der tages løbende nye initiativer, der har til formål at fremme og styrke et samarbejdende og nært sundhedsvæsen.

Udvalgets forslag bygger overordnet videre på blandt andet evalueringen af kommunalreformen, udvalgsrapporten "Bedre incitament i sundhedsvæsenet" og psykiatriudvalgets rapport "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", alle tre fra 2013.

Figur 1



Læsevejledning

Udvalgets rapport opridser indledningsvis de udfordringer og tendenser, der er baggrunden for udvalgets arbejde (kapitel 3).

Udvalgets forslag, der kan indgå i en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, består af en vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025, som udfoldes med en række skridt, som sundhedsvæsenet skal lykkes med for at realisere visionen (kapitel 4). Yderligere har udvalget opstillet en målsætning for hver målgruppe (kapitel 5). Med henblik på at skitsere vejene til at opnå visionen og målsætningerne er udvalget yderligere enige om 20 anbefalinger, der skal bidrage til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen (kapitel 6).

2. Sammenfatning

Det danske sundhedsvæsen skal også i fremtiden være kendetegnet ved høj kvalitet med let og lige adgang for alle, uanset hvor i landet man bor. Derfor skal sundhedsvæsenets ressourcer anvendes effektivt til at skabe indsatser til gavn for alle patienter.

Et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen er en central del af svaret på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for nu og i fremtiden. Den demografiske udvikling lægger et pres på den offentlige sektor. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. Samtidig skønnes det groft, at der i 2025 vil være 60 pct. flere borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme, end der var i 2013. Vi bliver altså flere ældre og flere borgere med én eller flere kroniske sygdomme. Det er patienter, der i fremtiden i højere grad skal tilbydes indsatser i nære omgivelser fra det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor kræver et økonomisk holdbart sundhedsvæsen i verdensklasse, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen styrkes.

Gennem de seneste mange år har den målrettede specialisering i sygehusvæsenet kombineret med den teknologiske udvikling, der indebærer nye og bedre behandlingsmuligheder, løftet kvaliteten i det danske sygehusvæsen. Det er samtidig en udvikling, der stiller stigende krav til indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Patienter er i dag indlagt i kortere tid end tidligere. Fra 2009 til 2015 er den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene faldet fra 4,1 dage til 3,4 dage. Det er en positiv udvikling, der betyder, at borgerne har mulighed for at vende hurtigt tilbage til deres dagligdag. Samtidig kan mange sundhedsindsatser i dag finde sted uden for sygehusene. Flere borgere har dermed stadig et behandlings- og rehabiliteringsbehov, efter de udskrives fra sygehusene, der kræver sundhedsfaglige indsatser varetaget af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Den konstante teknologiske udvikling og løbende effektivisering betyder samtidigt, at grænserne for, hvor og af hvem indsatserne i sundhedsvæsenet kan foregå, bevæger sig. Det er en udvikling, der allerede har betydning for regioner og kommuner, og som sundhedsvæsenet fremadrettet skal udnytte til i fællesskab at skabe et effektivt sundhedsvæsen, der understøtter patienten i eget hjem eller nære omgivelser. En udvikling, hvor digitale løsninger samt bedre brug af og adgang til data er afgørende for at skabe bedre indsatser, mere sammenhængende patientforløb og bedre planlægning på tværs af sektorer. Både for, at patienterne kan bevare deres hverdag bedst mulig, og for at sikre økonomisk holdbarhed, hvor indsatserne leveres på lavest effektive omsorgs- og omkostningsniveau.

Et effektivt sundhedsvæsen, hvor patienten understøttes ud fra egne behov og ressourcer, kræver, at potentialet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udnyttes bedst muligt. Derfor nedsatte regeringen, Danske Regioner og KL udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget har til opgave at komme med forslag, der kan indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er de indsatser og funktioner, som borgeren tilbydes i eget hjem eller i deres nære omgivelser. Indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan dermed både leveres af kommuner og regioner. Det kan dermed både være forskellige kommunale sundhedstilbud, ydelser i praksissektoren og funktioner dækket af sygehusene. Det afgørende er ikke hvem, der leverer en indsats, men at der er tale om en indsats tæt på borgerens eget hjem eller hverdag. Samtidig er et tæt samarbejde mellem kommunale sundhedstilbud, almen praksis og sygehusene ofte afgørende for at skabe en samlet indsats til gavn for patienten.

Vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 er følgende:

Sundhedsvæsenet understøtter patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet.

For at realisere visionen er der behov for, at sundhedsvæsenet lykkes med følgende:

Høj, ensartet kvalitet ud fra rette kompetencer, rådgivning og data er grundlæggende for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Indsatserne skal leveres af høj og ensartet kvalitet, både klinisk og borgeroplevet, i hele landet og være baseret på den bedste faglige viden. Det kræver blandt andet, at sundhedsvæsenets otte nationale mål forankres, blandt andet gennem lokale mål og indsatser, at relevante faglige standarder og vejledninger følges, samt at relevante data deles.

Systematisk styrkelse af patientens håndtering af egen sygdom er en forudsætning for, at patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet. Derfor skal udgangspunktet for sundhedsvæsenet være den enkelte patients individuelle behov, ressourcer og målsætninger. Det kræver, at patienten og patientens netværk systematisk og aktivt bliver involveret.

En fælles tilgang til patienten er afgørende for, at patienten oplever et sammenhængende forløb og ressourcerne i sundhedsvæsenet udnyttes optimalt. Derfor er der behov for at øge fokus på, at hele sundhedsvæsenet tilrettelægger indsatserne med henblik på at optimere det samlede forløb.

En populationsbaseret tilgang, dvs. tilrettelæggelse af indsatserne ud fra tilpasning til patientpopulation på baggrund af patienternes behov og risikoprofiler, skal bidrage til at sikre lighed i sundhed, økonomisk holdbarhed, og at patientens individuelle behov understøttes. En populationsbaseret tilgang kræver blandt andet overblik og viden om populationen, som indsatserne derefter tilrettelægges efter. Alle patienter skal tilbydes de indsatser, de har brug for under hensyntagen til individuelle ressourcer, uden at alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Derfor skal sundhedsvæsenet differentiere indsatserne.

Levering af indsatser på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet) skal i højere grad være med til at sikre økonomisk holdbarhed og hensynet til mindst mulig indgriben i patientens hverdag. Derfor skal indsatserne tilbydes i patientens nærmiljø, når det er fagligt og økonomisk begrundet.

Målsætninger for udvalgets målgrupper

Alle patienter skal understøttes i at mestre egen sygdom i det nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så den enkelte kan leve et liv med højest mulig livskvalitet. Udvalget har særligt haft fokus på tre patientgrupper, der ofte har forløb på tværs af sektorer. Til hver patientgruppe er der opsat følgende målsætning.

Målsætning for den ældre medicinske patient:

- *Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte ældre medicinske patient sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.*

Målsætning for patienter med kroniske sygdomme:

- *Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025.*

Målsætning for mennesker med psykiske lidelser

- *Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring.*

Anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets anbefalinger, der skal bidrage til at realisere visionen, er struktureret inden for udvalgets fire temaer. Anbefalingerne er opridset i nedenstående boks og udfoldes dernæst enkeltvist. Flere af anbefalingerne bidrager til flere af udvalgets fire temaer, men er placeret under det tema, hvor de har størst relevans.

Det er samtidig centralt at se udvalgets anbefalinger i sammenhæng med de mange initiativer, der før og under udvalgets arbejde er igangsat, og som bidrager til visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det gælder blandt andet den nationale handlingsplan om en styrket indsats for den ældre medicinske patient og den nationale demenshandlingsplan 2025, hvor der eksempelvis er afsat midler til kompetenceløft i blandt andet det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og midler til blandt andet udgående sygehusfunktioner og rådgivning af kommuner samt almen praksis. Det gælder ligeledes lægedækningsudvalgets forslag, Folketingets efterfølgende politiske aftale om bedre lægedækning og handlingsplanen til forebyggelse af vold på botilbud. Et andet eksempel er aftalen om fast tilknyttede læger til plejecentre. Endvidere understøtter en række initiativer i Patienternes kræftplan - Kræftplan IV et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor fokus blandt andet er på at understøtte behandling tættere på hjemmet og at løfte de rehabiliterende samt basale palliative indsatser i patientens nære omgivelser.

En række interessenter har, i tillæg til at bidrage til udvalgets arbejde under de løbende møder med interessentgruppen, beriget udvalgets arbejde med udspil, der kommer med forslag til udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget har modtaget interessenternes udspil med stor interesse og taget de forskellige forslag med i overvejelserne og diskussionerne bag udvalgets anbefalinger.

Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor	Rette kompetencer til rette opgaver	Ensartet kvalitet over hele landet	Bedre digital understøttelse og brug af data
<p>1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning</p> <p>2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres</p> <p>3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse</p> <p>4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p> <p>5. Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser og mennesker med samtidig misbrug</p> <p>6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes</p>	<p>7. Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p> <p>8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver</p> <p>9. Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</p> <p>10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</p> <p>11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb</p> <p>12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p>	<p>13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen</p> <p>14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme</p> <p>15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang</p> <p>16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes</p> <p>17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes</p>	<p>18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet</p> <p>19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis</p> <p>20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet</p>

Mindretalsudtalelse fra KL

KL vurderer, at en realisering af målsætningerne om, at flere borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen, forudsætter en planlagt opgaveflytning til og udbygning af det nære sundhedsvæsen. Det er endvidere afgørende med løbende national opfølgning og tydelige rammer for den pågående opgaveudvikling, samt at almen praksis og kommunerne knyttes tættere sammen for at skabe bedre rammer for dialog og samarbejde om patienterne. KL har som konsekvens heraf mindretalsudtalelser til anbefaling 7 og 13.

Anbefaling 1 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning

Specialiseringen i sundhedsvæsenet og mange patienters behov for indsatser på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren betyder, at der er behov for at styrke integrationen af indsatserne. Derfor er der fortsat behov for at udvikle, afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, der bidrager til en mere helhedsorienteret indsats tilpasset patientens individuelle behov, eksempelvis gennem fælles finansiering, ledelse og planlægning. Ligeledes er der behov for at forbedre mulighederne for at planlægge mere effektive og patientcentrerede forløb.

Derfor anbefaler udvalget, at

1. *Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner understøtter og udbreder integrerende samarbejdsmodeller, som tilgodeser de lokale behov og muligheder.
- Kommuner, regioner og staten udvikler og forbedrer rammerne for planlægning, samarbejde og flere integrerede løsninger på tværs af sektorer med det formål at skabe mere sammenhængende og effektive patientforløb.

Anbefaling 2 - Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres

Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber er et af de områder, hvor det ikke altid står klart, hvem der har ansvaret. Det betyder, at nogle patienter i dag oplever, at kassetækning er styrende. Ved overgang fra sygehus til kommunale omgivelser kan der opstå tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at levere et givent redskab eller hjælpemiddel. Det kan efterlade patienten med en oplevelse af manglende sammenhæng og kan medføre unødvendigt besvær for de involverede regionale og kommunale parter. Uklarheder omkring ansvarsdeling kan bl.a. skyldes områdets konstante udvikling, som betyder, at grænserne for, hvad der er et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, kan ændre sig over tid. Derfor er der behov for, at organisationen på området bliver revideret blandt andet med henblik på at understøtte, at borgeren oplever en sammenhængende indsats på tværs af sygehuset og kommunen, at skabe klarhed for sundhedsvæsenets personale og at sikre en omkostningseffektiv anvendelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Derfor anbefaler udvalget, at

2. *Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Reglerne om hjælpemidler og behandlingsredskaber opdateres og tydeliggøres. Dette vil indebære, at det eksisterende afgrænsningscirkulære på området erstattes af en ny vejledning, der beskriver kommuner og regioners forpligtelser i forhold til at levere behandlingsredskaber og hjælpemidler efter sundhedsloven samt håndteringen af snitflader til andre områder, herunder hjælpemidler efter serviceloven.

- Der etableres en fælles samarbejdsstruktur for hjælpemidler og behandlingsredskaber på nationalt niveau, som kan fungere som et hurtigt afklarende organ i tilfælde af uklarheder mellem myndigheder om bevillingsansvaret for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Den nationale samarbejdsstruktur kan desuden medvirke til generel videndeling på området og vurdering af nye produkter.
- Der igangsættes yderligere undersøgelser med henblik på at tilvejebringe en mere hensigtsmæssig – og mindre opdelt – organisering af området, fx via analyser af muligheden for standardisering, fælles indkøb og distribution mellem regioner og kommuner samt afgrænsede forsøg med fælles organiseringer med henblik på at indhente yderligere erfaringer.

Anbefaling 3 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse

For nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse bliver somatiske lidelser ikke i tilstrækkelig grad opsporet og behandlet, ligesom nogle oplever, at der ikke tages tilstrækkeligt hensyn i behandlingen for somatiske sygdomme. Det kan medvirke til, at nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse lever markant kortere end mennesker uden psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse. Derfor er der behov for at styrke opmærksomheden på somatiske lidelser for denne gruppe. Det kræver, at der er de rette kompetencer på sygehusene, i kommunerne og almen praksis til at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Ligeledes er det centralt, at sikre de rette kompetencer til at opspore og behandle psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse i forbindelse med somatisk behandling.

Derfor anbefaler udvalget, at

3. *Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, fortsat skal have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser hos borgere med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse.
- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal fortsat have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne opspore psykiske lidelser i forbindelse med somatisk behandling, rehabilitering og pleje.

Anbefaling 4 - Kommuner og regioner skal sikre model for forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis

I overgangen fra sygehus til kommunale sundhedsindsatser er forløbskoordination ofte vigtig for patientens oplevelse af et trykt og samlet forløb. Erfaringer viser, at forløbskoordination kan være med til at forebygge indlæggelser og øge det tværsektorielle samarbejde. Derfor skal regioner og kommuner sikre, at der er aftaler om forløbskoordination for relevante patienter. Der er flere måder at sikre forløbskoordination, og det er vigtigt blandt andet at være opmærksom på, at alle patienter ikke har de samme behov, ligesom lokale forhold taler for forskellige modeller. Samtidig er det centralt, at forløbskoordinationen tager udgangspunkt i de etablerede erfaringer og viden på det somatiske og psykiatriske område.

Derfor anbefaler udvalget, at

4. *Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Regioner og kommuner aktivt skal sikre, at der mellem sygehuse og kommunale sundhedstilbud, under relevant inddragelse af praksissektoren, er en aftale om forløbskoordination for de patienter, der vurderes at have gavn af dette.
- Tilrettelæggelsen af forløbskoordinationen skal tage hensyn til patienternes forskellige behov, ligesom lokale forskelle kan tale for brug af forskellige aftaler.

- Det igangværende evalueringsarbejde på området, herunder i regi af Sundhedsstyrelsen, skal tages i betragtning i videreudvikling af forløbskoordinationsinitiativer fremadrettet.

Anbefaling 5 - Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder med samtidigt misbrug

For nogle mennesker med psykiske lidelser, og personalet omkring, er der et særligt behov for, at overgangen fra behandling i den regionale psykiatri til de kommunale indsatser understøttes af tæt koordination med rette udveksling af oplysninger. For at styrke det tværfaglige samarbejde mellem den regionale psykiatri og de kommunale indsatser er der behov for at styrke udarbejdelsen og anvendelsen af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser, herunder samtidigt misbrug.

Derfor anbefaler udvalget, at

5. *Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Samarbejdet om de fælles planer skal tilpasses Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Kommuner skal kunne foreslå, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Anbefaling 6 - Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes

For mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er misbrugsbehandling ofte en forudsætning for den psykiatriske behandling og omvendt. For at styrke samtidighed i indsatserne og den enkelte dobbeltdiagnoseredes udbytte af indsatserne er der derfor behov for at belyse mulighederne for, at den regionale psykiatri får ansvar for misbrugsbehandlingen for en mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser, også når de ikke er indlagt i psykiatrien.

Derfor anbefaler udvalget, at

6. *Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal se nærmere på en faglig afgrænsning af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, der forløbs- og behandlingsmæssigt vil have gavn af en ændret ansvarsfordeling.
- Sundheds- og Ældreministeriet skal derefter arbejde videre med de lovgivningsmæssige rammer.

Anbefaling 7 – Sundhedsaftalesystemet skal fornys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at der løbende er behov for justering i den konkrete opgavevaretagelse, og tilhørende tydelig ansvarsfordeling mellem sektorerne. De fem sundhedsaftaler er helt centrale værktøjer for at sikre sammenhængende forløb for de patienter, som har forløb på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. De skal give tydelige politiske rammer, som skal understøtte en fleksibel opgavevaretagelse og sikre, at indsatserne varetages af høj, ensartet kvalitet på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau tæt på borgerens eget hjem. Derfor skal sundhedsaftalesystemet fornys, så aftalerne bliver mindre bureaukratiske men til gengæld understøtter en klar opgavedeling.

Derfor anbefaler udvalget, at

7. *Sundhedsaftalesystemet skal fornyes og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Bekendtgørelse og vejledning for sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres. En fornyelse skal understøtte klare aftaler for samarbejdet og sikre, at sundhedsaftalerne bliver mindre bureaukratiske og administrativt tunge, men at fokus er på klare politiske mål for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalget anbefaler, at det indarbejdes i vejledningen, at aftalerne som minimum skal skabe klarhed om:

- Kapacitet og kvalitet i indsatserne, eksempelvis klarhed om hvilke opgaver henholdsvis de regionale udgående funktioner og kommunale indsatser varetager
- Det eventuelle lægelige behandlingsansvar, herunder klar og entydig adgang til lægelig ekspertise på sygehus og i almen praksis (jf. autorisationslovens bestemmelser om brug af medhjælp)
- Adgang til sparring og faglig rådgivning (eksempelvis via fælles skolebænk og kompetenceudvikling knyttet til konkrete opgaver)
- Adgang til medicin og remedier på sygehusene vedrørende patientbehandling, der varetages af kommunen
- Klarhed om opfølgning på indsatser og monitorering via data
- Aftale om opfølgning på kvaliteten
- Vilkår for ændret arbejdsdeling, herunder økonomi

Derudover anbefales det, at

- Kadencen for indsendelse af sundhedsaftalerne skal ændres snarest således, at disse skal indsendes senest 1. juli inde i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. Det vil sige, at de næste sundhedsaftaler skal indsendes til Sundhedsstyrelsen d. 1. juli 2019.

Derudover anbefaler KL, at de to regionale politiske udvalg, Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget, slås sammen. Dette vil medvirke til at forenkle den politiske decentrale samarbejdsstruktur og sikre større sammenhæng mellem sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Udvalget har drøftet KL's forslag, men Danske Regioner vurderer, at der ikke er grundlag for at sammenlægge de to udvalg, da der ikke alle steder er sammenfald mellem medlemmerne, ligesom at beslutningskompetencen i de to udvalg ikke er sammenfaldende. Afgørende er det dog, at de to udvalgs opgaver ikke er ens. En sammenlægning vil indebære et væsentligt større udvalg med en større og mere kompleks opgaveportefølje, som for en stor dels vedkommende ikke har samklang, og som potentielt kan hindre fremfor for at fordre sammenhæng. Danske Regioner finder det dog væsentligt, at arbejdstilrettelæggelse i de to udvalg koordineres med henblik på at skabe et så effektivt samspil som muligt.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL anbefaler, at der på nationalt plan systematisk følges op på opgaveudviklingen aftalt i regi af sundhedsaftalerne og den lokale udvikling i øvrigt. På baggrund heraf skal der i relevant omfang udarbejdes nationale rammer for varetagelse af konkrete nye opgaver i kommunerne. Dette er nødvendigt for at sikre overblik over den løbende opgaveglidning fra sygehuse til kommuner og skabe større ensartethed, effektivitet og kvalitet på tværs af landet.

Anbefaling 8 - Reglerne om benyttelse af medhjælp skal understøtte klare og fleksible rammer for sygeplejefaglige opgaver i kommunerne samt et tydeligt ansvar

Delegation af sundhedsfaglig virksomhed er en vigtig del af det daglige arbejde med at sikre en fleksibel og effektiv opgavevaretagelse. Både af hensyn til patientsikkerheden og tilrettelæggelsen af opgaver er det centralt, at delegation sker under klare rammer med tydelig ansvarsfordeling. De eksisterende regler om benyttelse af medhjælp er i dag ikke i tilstrækkelig grad med til at sikre klare og fleksible rammer for varetagelsen af delegerede opgaver i kommunerne. Derfor er der behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Styrelsen for Patientsikkerhed ser nærmere på mulighederne for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Anbefaling 9 - Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Hjemmesygeplejens varetagelse af indsatserne i borgerens nære miljø har udviklet sig og kræver et tæt samarbejde med almen praksis og sygehusene. Denne udvikling og tilhørende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen afspejles imidlertid ikke i den nuværende beskrivelse af hjemmesygeplejens opgaver i bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje. Derfor er der behov for at modernisere og præcisere bekendtgørelsen og vejledningen. Moderniseringen skal blandt andet sikre, at alle parter er opmærksomme på samarbejdsrelationen og forpligtelsen til samarbejde og understøtte, og at hjemmesygeplejen har mulighed for at varetage indsatserne i patientens nære miljø.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 9. Reglerne for hjemmesygepleje skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet vil tage initiativ til en revision af bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje.

Anbefaling 10 - Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Den specialiserede behandling på sygehusene kan ikke ses adskilt fra opfølgende behandling, rehabilitering og pleje i almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Rådgivningen fra sygehuse til kommuner og almen praksis skal i højere grad afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet. Som det fremgår af udvalgets målsætninger, vil en større del af opgaverne vedrørende mennesker med kroniske sygdomme og veludredte ældre medicinske patienter fremover blive varetaget uden for sygehusene. Det kræver tæt samspil mellem sygehuse, de kommunale sundhedstilbud og de praktiserende læger. Sygehusene skal i højere grad understøtte det øvrige sundhedsvæsen med specialistrådgivning, både generelt og i forhold til konkrete patienter. Dette skal understøtte at sundhedsvæsenet arbejder populationsbaseret.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Regionernes rådgivningsforpligtelse i sundhedsloven revideres, så den i højere grad understøtter opgaveløsningen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Tilrettelæggelsen af sygehusenes rådgivning sker i dialog med kommuner og praksissektoren og afstemt efter konkrete behov i den enkelte region.
- Kommunerne skal have nemmere adgang til rådgivning fra almen praksis.

Anbefaling 11 - Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb

Der er behov for at løfte kompetencerne hos det eksisterende sundhedspersonale i kommunerne, almen praksis og sygehuse, der i dag koordinerer og understøtter komplekse patientforløb på tværs. Der er især behov for at styrke social- og sundhedshjælpere og -assistenter systematiske handlekompetencer gennem praksisnær læring. Dernæst er der behov for at styrke kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, især i forhold til patienter med multisygdom.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Efter- og videreuddannelserne skal tilrettelægges så praksisnærhed er det bærende element.
- Kompetencerne hos social- og sundhedshjælpere og -assistenter til at reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom og dermed forståelse for effekten af tidlig indsats samt opfølgning herpå skal styrkes.
- Kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, herunder kompetencer til at handle på egne og andre medarbejders observationer skal styrkes.

Anbefaling 12 - Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

For at styrke de specialiserede kliniske kompetencer og kompetencer inden for håndtering af tværsektorielle forløb i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, har udvalget igangsat en ny specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker. Specialuddannelsen skal have fokus på kliniske og organisatoriske kompetencer samt formidling af disse til det øvrige sundhedsfaglige personale. Den mindre gruppe sygeplejersker skal dermed styrke de kliniske kompetencer i patientens nære miljø, men også samarbejdet, rådgivningen og forståelsen mellem sygehus, kommuner og almen praksis.

Derfor har udvalget anbefalet, at

- 12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen er gået i gang med at beskrive en ny specialuddannelse for sygeplejersker, hvor udvalget foreslår, at specialuddannelsen med fordel kan opbygges omkring fire emneområder:
 - 1) Almenkliniske kompetencer koblet med en rehabiliterende og borgerinddragende tilgang.
 - 2) Organisatoriske kompetencer – særligt i forhold til tværsektorielle forløb.
 - 3) Sundhedspædagogiske og formidlende kompetencer.
 - 4) Kvalitetsarbejde med fokus på organisatorisk forankring af viden samt implementering.

Anbefaling 13 - Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Der er i dag variation i omfanget og kvaliteten af sundhedstilbuddene i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det skyldes blandt andet forskelle i kommunernes tilbud, i regionernes organisering og i samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis, og gør, at udviklingen er fragmenteret og præget af tilfældigheder. Derfor er der behov for en national model for beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser med henblik på at skabe en fælles ramme for at arbejde systematisk og ensartet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal bl.a. medvirke til at realisere visionerne om, at patienter med de mest almindelige kroniske sygdomme og den veludredte ældre medicinske patient varetages i det nære sundhedsvæsen i 2025.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage indsatsen, herunder forpligtelserne i alle sektorer.
- Sundhedsstyrelsen skal prioritere områder, inden for udvalgets tre målgrupper, hvor der skal udarbejdes konkrete anbefalinger for de konkrete kommunale sundhedsopgaver, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt almen praksis og sygehusenes rolle. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen og indhold, kompetencer, samarbejde og kapacitet mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL finder, at den nationale model for kvalitetsplanlægning bør suppleres med en egentlig udviklingsplan for flytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen for at sikre opfyldelsen af udvalgets målsætninger om, at flere patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. En mere hensigtsmæssig fordeling af opgaverne i sundhedsvæsenet efter LEON-princippet skal bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen og udbygge det nære sundhedsvæsen. Processen med vurdering af opgavefordelingen bør ske med inddragelse af relevante parter.

Anbefaling 14 - Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme

Almen praksis har forudsætningerne for at spille en central rolle i behandlingen af bl.a. ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med visse psykiske lidelser. Blandt andet disse patientgrupper har et stort behov for en langvarig og kontinuerlig indsats, som de alment praktiserende læger har både kompetencerne og mulighederne for at understøtte. Fremtidens almen praksis skal derfor løfte et større ansvar i forhold til disse grupper, som har et længerevarende forløb uden behov for kontakt til det specialiserede sygehusvæsen. Det forudsætter en fleksibel adgang til specialiseret rådgivning fra sygehus, ligesom det forudsætter et stærkt samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme*

Det betyder konkret, at

- Kompetencerne i almen praksis skal løbende videreudvikles i tæt samspil med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

- Opgavevaretagelsen i almen praksis skal registreres og dokumenteres, og rammerne for at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling skal styrkes i sammenhæng med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen
- Regionerne skal udvikle og understøtte det alment medicinske tilbud gennem systematisk adgang til blandt andet specialistrådgivning.
- Almen praksis skal i højere grad samarbejde med sygehuse og kommunale sundhedstilbud, så patienterne oplever et sundhedsvæsen, der hænger sammen.
- Almen praksis skal i højere grad organiseres i bæredygtige enheder med flere læger, der arbejder sammen og anvender sundhedspersonale til en faglig velunderbygget arbejdsdeling i klinikken.

Anbefaling 15 - Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang

Den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger skal være udgangspunktet for indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er et afgørende skridt mod lighed i sundhed. Derfor skal indsatserne tilrettelægges differentieret, og patientens mestring af egen sygdom styrkes. Det skal sikre en individuel indsats til gavn for den enkelte patient, og være med til at frigøre ressourcer til de patienter, der har brug for andre og mere krævende indsatser samt den generelt stigende efterspørgsel i sundhedsvæsenet.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sygehuse, kommuner og praksissektoren aktivt og systematisk skal involvere patienten ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger samt styrke patientens mestring af egen sygdom.
- Sygehuse, kommuner og praksissektoren skal i højere grad tilrettelægge indsatserne ud fra populationsbaseret tankegang, hvor indsatser differentieres, eksempelvis ud fra risikostatificering af patientgrupper.
- Regioner skal sikre set-up for prøvetagning i borgerens nære omgivelser.

Anbefaling 16 - De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes

Mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug er en særlig sårbar gruppe. Disse borgeres problemstillinger er ofte komplekse, ligesom borgerens misbrug kan modvirke psykiatrisk behandling og omvendt. Det stiller krav til kvaliteten og samtidighed i indsatsen. På nationalt og lokalt niveau er der igangsat mange projekter, der har til formål at styrke indsatsen og samarbejdet om mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug. Der mangler dog viden om de effektive indsatser af høj kvalitet til gavn for borgeren. Der er behov for at udbrede bedste praksis.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug skal dokumenteres og udbredes*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Stat, kommuner og regioner skal øge viden gennem en erfaringsopsamling.
- Kommuner og regioner aktivt skal sikre, at tilrettelæggelsen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug sker med udgangspunkt i evidens og erfaringer fra effektive indsatser, der skaber højere kvalitet i indsatserne til gavn for den enkelte.

Anbefaling 17 - Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Mistrivsel kan i perioder være en naturlig del af det at være ung, men uanset kan mistrivsel have alvorlige konsekvenser for den enkelte og i nogle tilfælde være et tegn på psykisk lidelse. Derfor er det afgørende, at børn og unge får tilbud om rette tidlige indsatser og at samarbejdet mellem de kommunale tilbud, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri er stærkt. I de seneste år har der været en stigning i antallet af børn og unge, der mistrives og som skal takle psykiske udfordringer. Det betyder, at der både i kommunerne og i den regionale psykiatri er et stigende behov for indsatser for denne gruppe. Derfor er der behov for at styrke indsatserne og samarbejdet om børn og unge, der mistrives, og der er behov for at få bedre indblik og større viden på området. Større viden og en styrket indsats samt samarbejde skal understøtte, at børn og unge får den rette indsats i rette tid, og at indsatserne finder sted, hvor det fagligt og økonomisk er mest hensigtsmæssigt.

Derfor anbefaler udvalget, at:

17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Det betyder blandt andet konkret, at

- De forebyggende og tidlige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for børn og unge, der mistrives, skal styrkes. Det indebærer både de kommunale og regionale indsatser, herunder regionernes understøttelse med relevant rådgivning.
- Der skal skabes større viden om børne- og ungeområdet, herunder afprøvede initiativer ift. at skabe en sammenhængende indsats for gruppen.
- Der skal følges op på de igangværende initiativer, herunder de tværgående forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer, der skal understøtte en styrket tværsektoriel indsats.

Anbefaling 18 - Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet.

De digitale muligheder er med til at flytte rammerne for, hvordan og hvor indsatserne i sundhedsvæsenet kan varetages. Det skal det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udnytte til at understøtte og involvere patienten i patientens nære miljø, blandt andet gennem brug af telemedicinske løsninger. Den digitale understøttelse skal tilgodese mange patienters ønske om aktivt at være en del af indsatserne. Samtidig kan de digitale løsninger bidrage til bedre udnyttelse af tid og ressourcer i sundhedsvæsenet såvel på det somatiske som det psykiatriske område.

Derfor anbefaler udvalget, at

18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, skal arbejde sammen om den landsdækkende implementering af telemedicin med fokus på videndeling og fælles opgaveløsning, hvor det giver mening.
- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, afprøver nye teknologier og telemedicinske løsninger.
- Stat, kommuner og regioner dokumenterer i fællesskab erfaringerne fra afprøvningsprojekterne og implementerer de virksomme løsninger i stor skala.
- Stat, kommuner og regioner undersøger i fællesskab mulighederne for, at borgerne som led i behandling eller forebyggelse i højere grad kan anvende fx smartphones, wearables og apps til selv at indsamle sundhedsoplysninger.

Anbefaling 19 - Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren

Det danske sundhedsvæsen er på mange områder nået langt i arbejdet med at digitalisere det kliniske arbejde og kommunikationen i sundhedsvæsenet. Det er dog afgørende, at sundhedsvæsenet følger med den teknologiske udvikling og udnytter potentialet i de bedre og mere funktionelle løsninger, som løbende udvikles.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet skal sikre klarhed om de gældende regler om anvendelse af data.
- Kommuner og regioner skal sikre, at medarbejderne kender deres muligheder for at dele og udveksle oplysninger til den direkte patientbehandling og til kvalitetsopfølgning inden for lovgivningens rammer
- Kommunerne og regionerne sikrer, at medarbejderne kan se og registrere fælles oplysninger let og meningsfyldt direkte i deres fagsystemer.
- Stat, regioner og sygehuse understøtter moderniseringen kommunikation mellem sektorer så epikriser, henvisninger og korrespondancer bliver mere målrettede, handlingsorienterede og rettidige. Samtidig undersøges mulighederne for, at relevante kommunale sundhedspersoner modtager konkrete patienters epikriser ved behov.
- De lovgivningsmæssige rammer skal løbende udvikles, så de understøtter moderne og sikre muligheder for at indsamle og anvende oplysningerne og data, herunder kobling af data.

Anbefaling 20 - Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal øge synligheden om aktivitet og resultater. I takt med at flere og mere komplekse opgaver skal varetages i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er det afgørende at få udbygget og nyttiggjort data, særligt fra praksissektoren og kommunerne. Ligeledes er et mere dækkende tværsektorielt datagrundlag en væsentlig forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan udnytte ressourcer bedst muligt, tilrettelægge mere integrerede indsatser og skabe mere sammenhængende patientforløb.

Derfor anbefaler udvalget, at

- 20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet*

Det betyder blandt andet konkret, at

- Staten stiller relevante data til rådighed for kommunerne, regionerne, herunder praksissektoren. Det skal give kommuner og regioner mulighed for at kunne evaluere indsatserne og planlægge en mere målrettet og sammenhængende indsats for den enkelte patient. Det kræver samtidigt, at kommuner og regioner har det rette og sikre set-up for behandlingen af disse data.
- Kommunerne og regionerne sikrer, at personalet har adgang til relevante data, der muliggør sammenligning af resultater på tværs og til planlægning samt tilrettelæggelse af en sammenhængende indsats af høj kvalitet.
- Der skal være bedre gennemsigtighed og synlighed om det sammenhængende sundhedsvæsen med henblik på at understøtte kvalitetsudvikling. Praksissektoren skal styrke gennemsigtighed og adgang til oplysninger om aktivitet, kvalitet og økonomi. Kommunerne skal udvikle strukturerede data, som kan skabe gennemsigtighed og anvendes til det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

3. Tendenser og udfordringer i sundhedsvæsenet

Det danske sundhedsvæsen skal være i stand til at sikre sundhed af høj kvalitet for alle patienter i hele landet. Det kræver, at sundhedsvæsenet adresserer de tendenser og udfordringer, som eksisterer i dag og fremover.

En af de afgørende tendenser i sundhedsvæsenet er udviklingen mod kortere og mere intensive behandlingsforløb på sygehusene, målretning af tilbud efter behov og mere behandling i eller tæt på patientens eget hjem. En af de store udfordringer for sundhedsvæsenet er samtidig de kommende års demografiske udvikling og udvikling i sygdomsmønsteret. Tilsammen skaber det et behov for at se på, dels hvordan kvaliteten, kompetencerne og kapaciteten i de nære sundhedstilbud kan styrkes i takt med, at der skal varetage flere opgaver og dels at se på, hvordan omkostningseffektiviteten og sammenhængen på tværs af sektorer i hele sundhedsvæsenet kan styrkes, herunder hvor og hvordan opgaverne mest hensigtsmæssigt løses og forankres.

I dette kapitel beskrives de nuværende og kommende års udviklingstendenser, som især medvirker til behovet for et stærkere, nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenet er et vigtigt og højt prioriteret velfærdsområde. I 2015 var de samlede offentlige udgifter til sundhedsvæsenet på knap 163 mia. kr. (2017-priser) jf. tabel 1, hvilket svarer til cirka 30 pct. af det samlede offentlige forbrug.

Over de seneste år er der således prioriteret flere midler og ansat mere sundhedsfagligt personale i det danske sundhedsvæsen, men presset på sundhedsvæsenet vokser, og karakteren af de efterspurgte ydelser ændrer sig konstant. Derfor er det en væsentlig udfordring for holdbarheden i den offentlige økonomi at sikre en hensigtsmæssig udgifts-udvikling i sundhedssektoren.

Internationalt vurderer man, at især seks tendenser, der rummer både udfordringer og muligheder, fremadrettet vil få betydning for sundhedsvæsenets udvikling:

1. Den aldrende patient og vigende arbejdsstyrke
2. Stigning i antallet af mennesker med kronisk sygdom og multisygdom
3. Teknologiske muligheder og stigende specialisering
4. Større adgang til information og brug af data
5. Patientens forventninger og ressourcer

Mia. kr.	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stat	1,0	1,3	1,5	1,5	1,3	1,3	1,0	0,9	1,0
Region	106,3	109,5	112,6	112,2	111,4	115,3	116,0	117,9	120,0
Kommune	37,7	38,4	40,0	39,9	39,2	39,7	40,0	41,0	41,8
I alt	145,1	149,2	154,1	153,5	151,8	156,3	157,0	159,8	162,7

Anm.: Det offentlige forbrugsudgifter består af de varer og tjenesteydelser, som den offentlige sektor stiller gratis til rådighed for borgerne. Forbrugsudgifterne svarer til summen af den offentlige produktion og sociale ydelser i naturalier fratrukket salg af varer og tjenester, herunder brugerbetaling. Det offentlige forbrug indeholder både drifts- og kapitaludgifter. Ifølge nationalregnskabs COGOG-klassifikation dækker forbrugsudgifter i det regionale sundhedsvæsen hovedsageligt over udgifter til sygehuse inkl. central administration, sygesikringen fx almen læge, praktiserende speciallæge, tandlæge, fysioterapi og medicintilskud. Forbrugsudgifter i det kommunale sundhedsvæsen dækker hovedsageligt over udgifter til genoptræning og vedligeholdelsestræning, vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut, kommunal tandpleje, sundhedsfremme og forebyggelse og andre sundhedstjenester. Derudover omfatter forbrugsudgifterne i det kommunale sundhedsvæsen også en delmængde af udgifterne til pleje og omsorg af ældre og handicappede, forebyggende indsatser for ældre og handicappede og hjælpemidler og boligindretning.

Kilde: Særkørsel fra Danmarks Statistik - OFF241

6. Udnyttet potentiale i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Betydningen af de seks tendenser i en dansk sammenhæng beskrives i det følgende.

Den aldrende patient, stigning i antallet af mennesker med kronisk sygdom samt udvikling i psykiatrien

De to første tendenser udspringer af den demografiske udvikling. Som figur 2 viser, sker der en markant stigning i gruppen af 75-84-årige over de næste år.

I de kommende 20-30 år forventes stigningen i antallet af ældre borgere over 75 år for alvor at tage fart, og stigningen i antallet af ældre borgere vil overgå den skønnede generelle befolkningsudvikling. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. Frem mod 2030 forventes en stigning i antal borgere over 75 år på 250.000 personer og i 2050 en stigning på knap 500.000.

Det betyder også, at der forventes at komme flere borgere, der skal leve med én eller flere kroniske sygdomme. Antallet af danskere, som lever med en kronisk sygdom er allerede steget gennem de seneste år. I 2014 havde over 860.000 voksne danskere minimum én af de udvalgte kroniske sygdomme². Det kan groft skønnes, at antallet af personer med de udvalgte kroniske sygdomme (eksklusiv hjertesvigt) stiger knap 60 pct. fra 2013 til 2025. Skøn over udviklingen af danskere med kroniske sygdomme fremgår af figur 3. Kort inden udvalgets afrapportering har Statens Institut for Folkesundhed foretaget en fremskrivning af de kroniske sygdomme type 2-diabetes og KOL. Fremskrivningen viser, at diabetesdiagnoserne forventes næsten at blive fordoblet frem mod 2030. Og KOL-diagnoserne ventes at stige med op mod 40 procent til cirka 250.000 de næste 13 år³.

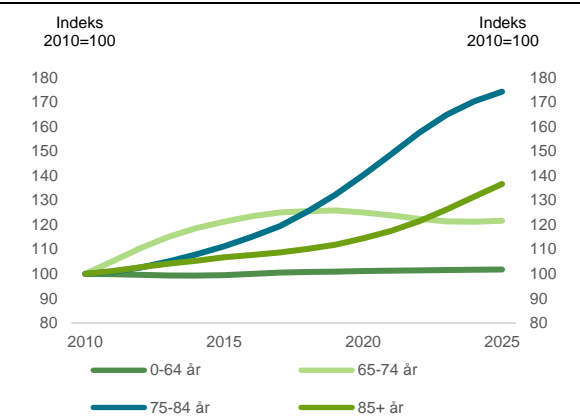
Den demografiske udvikling med en aldrende befolkning, og dermed også mindre arbejdsstyrke, skaber et stigende pres på sundhedsvæsenets ressourcer, fordi ældre oftere er i kontakt med både sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og almen praksis end resten af befolkningen. Ligesom flere mennesker med kroniske sygdomme betyder større udgifter i sundhedsvæsenet.

Ældre borgere er generelt mere syge og efterspørger flere sundhedsydelse i det regionale sundhedsvæsen, hvorfor udgifterne pr. indbygger er stigende med alderen, jf. figur 4.

Med stigende alder er der også et stigende behov og afhængighed i forhold til pleje og hjælp til praktiske opgaver i hjemmet samt hjemmesygepleje. Det ses dog først for alvor blandt de ældste borgere. Det er således

Figur 2

Udvikling i befolkning, efter alder, 2010-2025

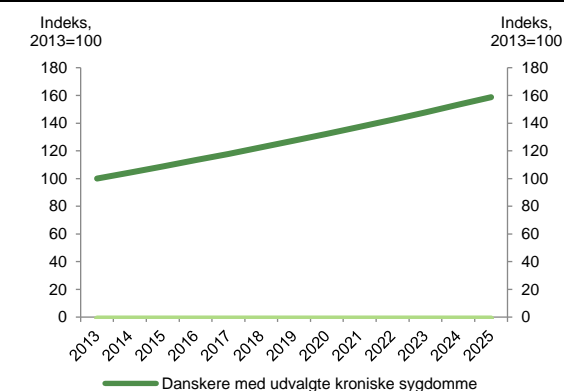


Anm.: Befolkningen opgjort pr. 1. januar i alle fremskrivningsår.

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 3

Skøn over udviklingen af danskere (18+ år) med min. én af de seks udvalgte kroniske sygdomme, 2013-2025, fremskrivning.



Anm.: Baseret på historisk udvikling i antal personer med de udvalgte kroniske sygdomme: KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma (2009-2013), befolkningsudviklingen fra Danmarks Statistik (2009-2015) og befolkningsfremskrivningen fra DREAM (2016-2025).

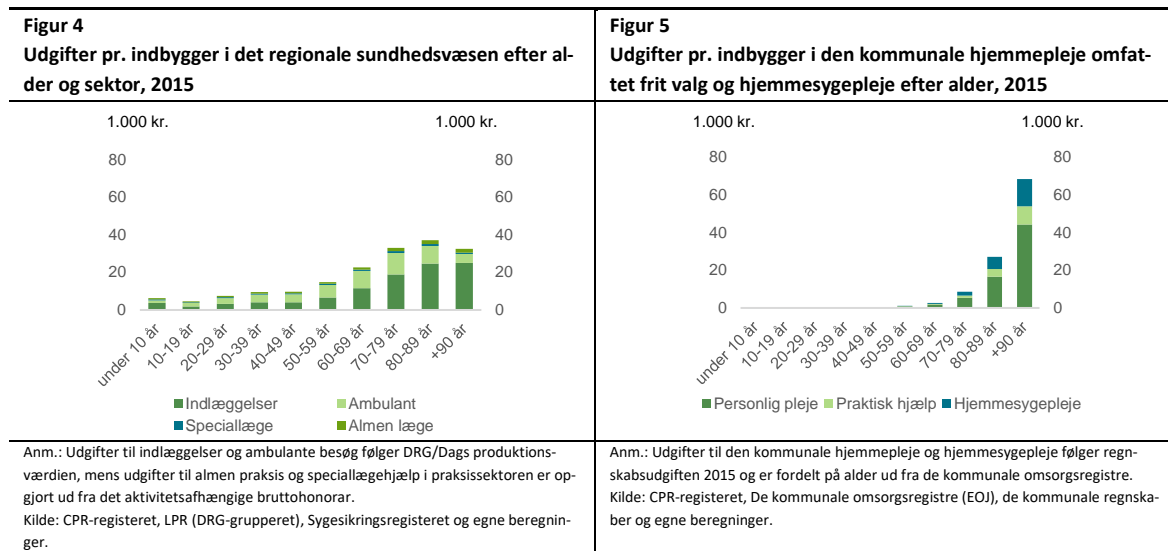
Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet

² KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma

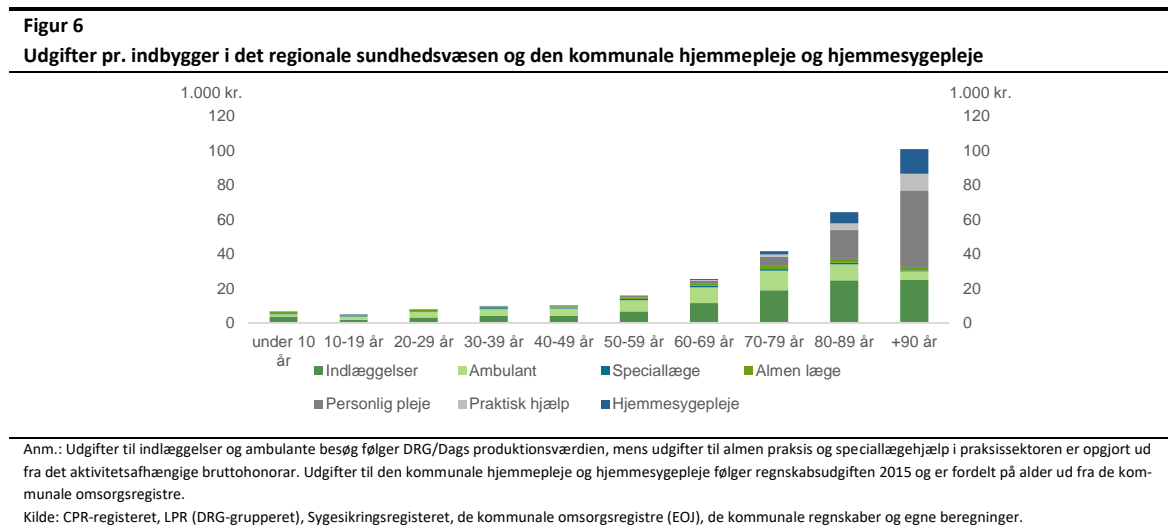
³ "Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2030. KOL og type 2-diabetes, Statens Institut for Folkesundhed, 2017

få borgeren i aldersgrupperne op til 70 år, som modtager hjemmehjælp. Og det er først fra omkring de 75 år, at der ses en stigende brug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje blandt de ældre.

Der ses en vedvarende stigning i forbruget af ydelser i plejesektoren. Forbruget af ydelser i plejesektoren er således dobbelt så stort for borgere i alderen +90 år i forhold til borgere 80-89 år. Stigningen skyldes både stigende forbrug af personlig pleje og praktisk hjælp samt hjemmesygepleje.



Derudover ses også en betydelig niveaumæssig forskel i udgifter blandt borgere over 90 år gammel.



En forventelig dæmper på udgiftspresset på sundhedsvæsenet kan imidlertid være, hvis befolkningens forventede længere levetid samtidig betyder flere raske leveår. Ofte præsenteret som "sund aldring". Sund aldring forudsætter dog, at sundhedstilstanden i de ekstra leveår forbedres i forhold til tidligere generationer. Derfor er der et langsigtet potentiale i forhold til et fortsat stærkt fokus på den brede borgerrettede forebyggelse, blandt andet i dagtilbud, folkeskoler, på arbejdspladser og i byrummet mv.

Udviklingen i psykiatrien og i de kommunale indsatser til børn, unge og voksne med psykiske problemstillinger

Over de seneste år har det psykiatriske sygehusvæsen, i lighed med det somatiske sygehusvæsen, gennemgået en udvikling med fokus på specialisering af indsatserne og stigende aktivitet i den ambulante behandling ud fra ønsket om at understøtte den enkeltes hverdagsliv. Samtidig er ventetiden i psykiatrien faldet markant i de senere år, mens flere henvises til udredning og behandling. Udviklingen har afsæet i et klart og bredt politisk ønske om at ligestille psykiatriske patienter med andre patienter i det danske sundhedsvæsen, og sikre dem

samme lige adgang til hurtig udredning og behandling samtidig med, at kvaliteten fastholdes. Udviklingen har betydet, at mennesker med psykiske lidelser i gennemsnit er indlagt kortere tid på sygehuse, og at flere er i behandling i det nære miljø.

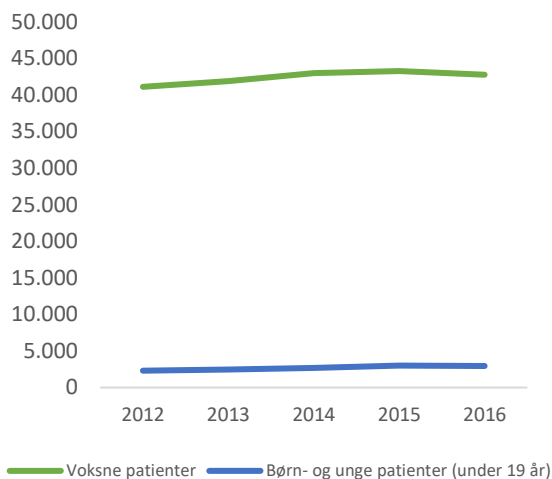
Der har været en betydelig stigning i antallet af patienter i kontakt med psykiatrien over de seneste år. I 2012 var der 1.069.000 kontakter til psykiatrien⁴, mens der i 2016 var 1.340.000 kontakter, svarende til en stigning på 25 pct. Antallet af voksne unikke patienter i kontakt med den regionale psykiatri er steget fra 98.200 i 2012 til 115.600 i 2016, svarende til en stigning på 17 pct.

I samme periode er antallet af unikke børne- og unge patienter (under 19 år) i den regionale psykiatri steget fra ca. 27.000 til ca. 33.900 patienter, svarende til en stigning på ca. 25 pct. Der er således sket en stigning i aktiviteten og antallet af patienter i psykiatrien. Stigningen skal ses i lyset af udrednings- og behandlingsretten og de faldende ventetider, der understøtter en let og lige adgang, hvor flere udredes og behandles end tidligere.

Stigningen i aktiviteten i den regionale psykiatri har primært været inden for den ambulante behandlingspsykiatri. I perioden fra 2012 til 2016 er antallet af ambulante besøg steget med ca. 26 pct. For voksne patienter er det gennemsnitlige antal ambulante besøg per ambulante patient steget med 5 pct. og med 3 pct. for børn og unge (under 19 år) er antallet af indlæggelser i psykiatrien steget med ca. 5 pct., mens det gennemsnitlige antal senge-dage under indlæggelse i psykiatrien er faldet med ca. 10 pct. i samme periode.

Ligeledes har kommunerne oplevet en væsentlig stigning i antallet af børn, unge og voksne, der har behov for støtte som følge af psykiske problemstillinger.

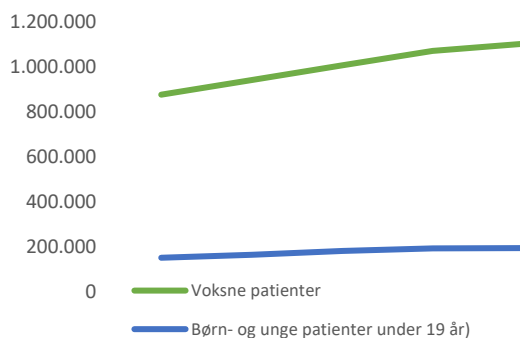
Figur 7
Udvikling i antal af indlæggelser i den regionale psykiatri, 2012-2016, opgjort for hhv. voksne og børn/unge patienter (under 19 år)



Anm.: Tabellen omfatter kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse eller som har modtaget offentligt betalt behandling på privatsygehuse. En indlæggelse tæles som en patients udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med som en selvstændig indlæggelse i opgørelsen.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 8
Udvikling i antal ambulante besøg i den regionale psykiatri, 2012-2016, opgjort for hhv. voksne og børn/unge patienter (under 19 år)



Anm.: Tabellen omfatter kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse eller som har modtaget offentligt betalt behandling på privatsygehuse. Ved ambulant behandling er patienten indskrevet på en ambulant stamafdeling, men optager ikke en normeret sengeplads. Ambulante besøg opgøres som en ambulant patients fremmøde på den psykiatriske ambulante afdeling eller patientens møde med sundhedsfagligt personale uden for sygehuset, i et såkaldt udebesøg. Der opgøres kun ét ambulant besøg per dag per afdeling. Skadestuekontakt og akut ambulant kontakt indgår under ambulante besøg.

Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen.

⁴ Antal kontakter er summen af ambulante kontakter og indlæggelser jf. anmærkningerne i ovenstående grafer.

På børn- og ungeområdet er alle kommuner forpligtet til at vurdere det enkelte barns behov i henhold til lov om social service. Det indebærer såvel forebyggende som mere indgribende indsatser. Forebyggende indsatser er eksempelvis rådgivning og familievejledning, mens mere indgribende indsatser eksempelvis er familiebehandling og anbringelser i plejefamilier og på døgntilbud. Kommunerne har de senere år prioriteret indsatser, der hjælper barnet i sit nærmiljø.

Ses der særskilt på udviklingen i de specialiserede indsatser til børn og unge, der er diagnosticeret i psykiatrien, viser en undersøgelse fra 2017, at der i de seneste år er der sket en stigning i antallet af anbragte børn og unge med psykiatriske diagnoser. Børn og unge med svære psykiske lidelser, som anbringes uden for hjemmet, bliver således overvejende anbragt på døgninstitutioner frem for i familiepleje. Blandt alle anbragte børn i plejefamilier har mindre end 15 pct. en psykiatrisk diagnose. Til sammenligning har 35 pct. af dem, der er anbragt på døgntilbud en psykiatrisk diagnose.⁵

Kommunerne har siden 2007 haft det samlede myndigheds- og driftsansvar for den sociale rehabiliteringsindsats over for voksne med en psykisk lidelse. Indsatserne dækker bl.a. over aktivitetstilbud, støtteordninger og botilbud samt kommunal genoptræning, sygepleje, misbrugsbehandling og beskæftigelsesrettede indsatser. Rehabiliterende sociale indsatser til voksne med svære psykiske problemstillinger ydes typisk med hjemmel i serviceloven og varetages af kommunale, private eller regionale leverandører. For borgere med psykiske lidelser kan rehabiliteringsindsatser i kommunalt regi efter anden lovgivning også ofte være relevant, fx sygepleje efter sundhedsloven og rehabiliteringsforløb efter beskæftigelseslovgivningen.

Kommunerne har de seneste år oplevet, at voksne med svære problemstillinger på botilbud har mere omfattende behov for støtte og større koordinationsbehov, og at der har været en markant stigning i tilgangen af borgere med behov for støtte i hverdagen.^{6,7}

Kommunerne har de senere år enten på eget initiativ eller i kraft af fællesoffentlige og nationale prioriteringer haft fokus på vidensbaseret arbejde, styrket dokumentation, velfærdsteknologiske hjælpemidler samt generelt at udvikle af den faglige rehabilitering af mennesker med svære funktionsnedsættelser. Det være sig mod øget fleksibilitet i form af fx socialfaglige akuttilbud, mere målrettede og fleksible rehabiliteringsforløb med såvel individuelle som gruppebaserede forløb, modernisering af botilbud og generelt udvikling af rehabiliteringsindsatser i borgernes nærmiljø.

KL's opgørelse af udviklingen i socialpsykiatrien
Ifølge KL's beretninger er udgifterne fra 2013 til 2016 til socialpædagogisk støtte og botilbud for voksne med funktionsnedsættelser samlet set steget med godt 1 mia. kr. - fra 18,4 mia. kr. til 19,6 mia. kr.

Antallet af voksne mennesker med funktionsnedsættelse, der modtager socialpædagogisk støtte er ifølge KL's beregninger steget fra 24.000 i 2009 til 42.000 i 2015 svarende til en stigning på 72 pct. Antallet af beboerne i botilbud er steget fra knap 19.000 i 2010 til 24.000 i 2015 svarende til en stigning på 29 pct. Stigningen er sket for alle aldersgrupper, men mest blandt unge under 30 år.

Med kortere indlæggelsestider og flere patienter i ambulante behandling øges behovet for samarbejde mellem sygehusene, kommuner og almen praksis. Kommunerne oplever desuden, at de kortere indlæggelsestider påvirker og øger behovet for kommunale indsatser for mennesker med psykiske lidelser i socialpsykiatrien. Kommunerne oplever, at kompleksiteten og støttebehovet hos nogle mennesker med psykiske lidelser er stigende. Kommunerne udtrykker bekymring for manglende kapacitet i behandlingspsykiatrien, og at udviklingen i mod kortere indlæggelsestider betyder, at patienter udskrives uhensigtsmæssigt tidligt. Regionerne udtrykker bekymring for manglende kapacitet på relevante kommunale tilbud for mennesker med psykiske lidelser.

Udvalget har inden for gruppen af mennesker med psykiske lidelser især haft fokus på forslag til gavn for dobbeltdiagnosticerede, dvs. mennesker med psykiske lidelser og et samtidigt stofmisbrug og/eller svært alkoholoverforbrug. Mennesker med dobbeltdiagnose har ofte komplekse og tværsektorielle problemstillinger. Eksempelvis er misbrugsbehandlingen ofte en forudsætning for den psykiatriske behandling og omvendt. Det betyder, at denne gruppe i udpræget grad har brug for samtidige indsatser, der kræver et tæt samarbejde mellem sektorer.

⁵ Anbragte i plejefamilier og psykiatriske diagnoser, Velfærdspolitisk Analyse nr. 11, maj 2017

⁶ DSI, Opgaveudvikling på psykiatriområdet, 2011.

⁷ Fælles om fremtidens socialpolitik, KL-udspil om voksensocialområdet, maj 2017.

Opgørelser over antallet af dobbeltdiagnosticerede er behæftet med usikkerhed og opgørelser via registre vurderes at være en underestimering. Dels fordi det ikke er muligt at identificere patienter, der behandles og diagnosticeres i primærsektoren, da data på diagnoser herfra ikke foreligger. Og dels fordi der forventes at være borgere med både en psykisk lidelse og et stofmisbrug/svært alkoholoverforbrug, som ikke modtager behandling.

Sundhedsdatastyrelsen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen opgjort antallet af dobbeltdiagnosticerede med udgangspunkt i Landspatientregisteret, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Registeret over Stofmisbrugere i Behandling (SIB) og Lægemiddelstatistikregisteret (LSR). Opgørelsen tager udgangspunkt i borgere, som

- har fået stillet en psykiatrisk diagnose i sygehusvæsenet (LPR) af en væsentlig, relevant karakter, der fx udelukker skadelig brug af tobak, seksuelle afvigelse, mental retardering eller psykiske udviklingsforstyrrelser
- modtager behandling for skadeligt alkoholforbrug, alkoholafhængighed eller stofmisbrug gennem enten offentligt betalte behandlingsforløb og/eller via medicin
- har haft en kontakt til sygehusvæsenet med en stofmisbrugsrelateret og/eller en relevant alkoholrelateret diagnose.

Tabel 2

Borgere med dobbeltdiagnose i behandling

	2011	2012	2013
Stofmisbrug	7.998	8.529	9.130
Svært alkoholoverforbrug	9.380	9.252	9.142
Samlet	15.180	15.555	15.946

Anm.: Opgørelsen viser antallet af unikke borgere, der i opgørelsesåret har været i sygehusbehandling for en psykisk lidelse, og som 6 måneder før eller 6 måneder efter har været i behandling for et stofmisbrug eller et alkoholoverforbrug. Når der tælles unikke patienter, er der tale om unikke patienter inden for hver diagnosegruppe - én borger kan således i et givet år optræde med en dobbeltdiagnose relateret til både et alkoholoverforbrug og et stofmisbrug. Dertil kommer, at der i den samlede opgørelse også indgår borgere med en psykiske lidelse, der er i behandling med lægemidlet Naltrexon, der anvendes mod både alkoholafhængighed og stofmisbrug, og derfor ikke entydigt kan henføres til et specifikt overforbrug/misbrug. Dette omfatter omtrent 50-100 borgere årligt. Således summerer tallene ikke nødvendigvis i tabellen.

Kilde: Landspatientregisteret (LPR), Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB), Lægemiddelstatistikregisteret (LSR), Sundhedsdatastyrelsen.

Som det fremgår af tabel 2 er antallet af dobbeltdiagnosticerede i behandling steget fra ca. 15.000 i 2011 til ca. 16.000 i 2013 svarende til en stigning på ca. 5 pct. Stigningen skyldes en stigning i dobbeltdiagnosticerede med et stofmisbrug, der i perioden er steget med ca. 14 pct., mens borgere dobbeltdiagnosticeret med et alkoholoverforbrug er faldet med ca. 3 pct. Det er forbundet med usikkerhed, om stigningen er et udtryk for en reel stigning i antal sygdomstilfælde, eller om det skyldes, at man i stigende grad er opmærksom på at få diagnosticeret en eventuel underliggende psykisk lidelse hos mennesker med misbrug eller at få registreret misbrug hos mennesker, der får behandling for psykiske lidelser.

Teknologiske muligheder og afledte konsekvenser i det nære sundhedsvæsen af udviklingen i sygehusvæsenet

Patienter tilbydes i dag en langt mere specialiseret indsats samtidig med, at nye behandlingsformer og ny teknologi gør det muligt at tilbyde stadig mere skånsom behandling af højere kvalitet. Det betyder, at det danske sundhedsvæsen kan behandle langt flere patienter, og at patienterne generelt befinder sig kortere tid på sygehusene, som illustreret med figur 9. Det er en tilsigtet udvikling, at patienterne i stigende omfang behandles ambulant eller i dagtilbud, og at de opholder sig på sygehusene så kort tid, som muligt.

Udviklingen i sygehusvæsenet stiller nye krav til understøttelsen af patienten og tilbuddene uden for sygehusene.

Kommunerne har blandt andet som konsekvens heraf fået og får stadig flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet. Opgaverne varetages ofte i samarbejde med sygehuset, som fortsat har det lægelige behandleransvar. I KL's spørgeskemaundersøgelse fra november 2016⁸ oplyser 9 ud af 10 kommuner, at de varetager behandlingsopgaver, der tidligere blev løst på sygehuset. Det er en stigning på 10 pct. point siden 2015.

⁸ KL's dataindsamling 2016

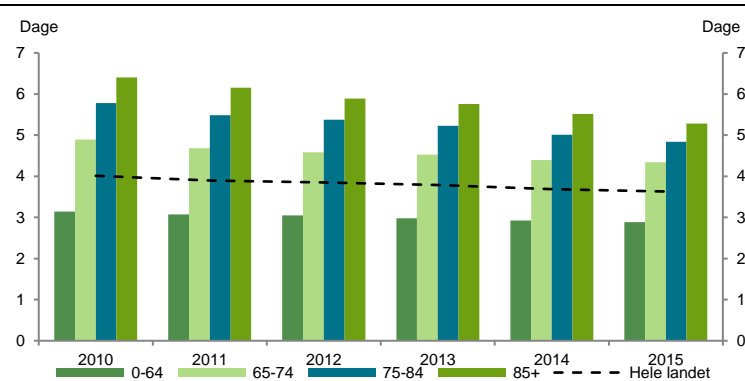
Konkret varetager:

- 100 pct. af kommunerne opgaver vedrørende diverse katetre, dræn og sonder
- 81 pct. af kommunerne opgaver vedrørende hjemmedialyse
- 78 pct. af kommunerne opgaver vedrørende intravenøs behandling
- 36 pct. af kommunerne opgaver vedrørende hjemmekemoterapi

Der er relativt beskedne regionale forskelle i, om kommunerne oplyser, at de varetager opgaver, som tidligere blev løst i sygehusregi. Imidlertid er der store regionale forskelle i, om der er indgået aftaler om opgaveoverdragelse. Således ligger niveauet for dette på 68-94 pct. blandt kommunerne i Region Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark, mens 48 pct. af kommunerne i Region Hovedstaden og kun 24 pct. af kommunerne i Region Sjælland har indgået aftaler om opgaveoverdragelse.

Den nye sygehusstruktur medfører samtidigt, at en del af danskerne især i visse dele af landet får læn- gere til sygehusene. For at hånd- tere disse nye krav til indsatsene uden for sygehusene har kommu- nerne styrket de borgernære tilbud. Indsatsene omfatter blandt andet tidlig opsporing og hjemmesyge- pleje til borgere, der efter udskriv- ning fra sygehus har komplekse pleje-, rehabiliterings- og behand- lingsbehov. Samtidig har kommu- nerne styrket sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud til såvel raske borgere som patienter med kroniske sygdomme og til borgere med kom- plexe behov.

Figur 9
Gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse, fordelt på aldersgruppe, 2010-2015.



Anm.: En indlæggelse tælles som en patients udskrivning fra en sygehusafdeling, hvor patienten har optaget en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger tæller ikke med i opgørelsen. Der indgår indlæggelser for patienter behandlet på offentlige sygehuse samt offentligt betalt behandling på private sygehuse. Sengedage er antallet af dage mellem indlæggelsesdato og udskrivningsdato for en indlæggelse. Der vil som minimum være en sengedag pr. indlæggelse. Alder er opgjort primo året.

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet på baggrund af DRG-grupperet landspatientregister.

Større adgang til information og brug af data

Gennem større adgang til information og bedre brug af data er der mulighed for at få både mere og bedre viden om patienterne samt flere behandlingsmuligheder. Viden, som kan hjælpe i overgangene og være med til at skabe højere kvalitet og sammenhæng i sundhedsvæsenets indsatser. Samtidig kan bedre data skabe mulighed for at forudse og i visse situationer endda forebygge borgernes behov for sundhedsydelse. Det forudsætter imidlertid den rette adgang til at tilgå og dele data med henblik på behandling og kvalitetsudvikling.

Adgangen til information og bedre brug af data gør, at mange borgere i stigende grad er velinformerede og dermed også kan stille større krav til sundhedsvæsenets ydelser. Samtidig ønsker flere patienter i høj grad at hjælpe sig selv, gerne gennem arbejdsgange og teknologi, der eksempelvis overflødiggør et besøg hos lægen eller på sygehuset. Nye løsninger åbner således op for nye "hjælp til selvhjælps-muligheder" som kan tilgås hjemmefra. I forlængelse heraf kan der være potentiale i bedre inddragelse af patienternes pårørende og netværk. For andre patienter er vejen til mestring af egen sygdom ikke nødvendigvis bedst understøttet med de samme løsninger. Det er derfor helt centralt, at sundhedsvæsenets indsatser tilrettelægges med udgangspunkt i patienternes individuelle ønsker, mål og ressourcer under inddragelse af pårørende.

Et uudnyttet potentiale i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Internationalt⁹ peges der på, at der er potentiale for, at forebyggelse, behandling, rehabilitering og pleje af udvalgte patientgrupper i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan være med til at forebygge kom-

⁹ WHO rapport 2016: "Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions"

plikationer og alvorlige sygdomme samt mindske behovet for indlæggelse. Ligesom det ud fra et ressource-spørgsmål kan være omkostningseffektivt at løse udvalgte opgaver tæt på borgeren og uden for specialiserede sygehuse, fx i sygeplejeklinikker, sundhedshuse eller lægepraksis.

Der har været og er fortsat fokus på at styrke indsatserne og samarbejdet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Kommunerne har gennem mange år arbejdet med at styrke tilbuddene i borgerens nære omgivelser. Bl.a. oplyser 98 pct. af kommunerne, at de i dag har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med diabetes, KOL, kræft og hjertekarsygdomme. 81 pct. af kommunerne har akutfunktioner med særlige sygeplejefaglige kompetencer¹⁰. Parallelt med - og som en konsekvens af - at kommunerne har styrket indsatserne, har kommunerne i perioden 2007-2016 ansat 25 pct. flere sygeplejersker, 68 pct. flere ergo- og fysioterapeuter og 60 pct. flere SOSU-assistenten. Der er således samlet sket en stigning i antallet af autoriserede sundhedspersoner i kommunerne fra 2007-2016. Udviklingen skal ses i lyset af, at der i samme periode er sket et samlet fald i antallet af kommunale medarbejdere på tværs af de kommunale velfærdsområder. Sundhedsstyrelsens 11 forebyggelsespakker har fået stor gennemslagskraft og betydning for det forebyggende arbejde i kommunerne og analyser indikerer, at alle kommuner tilbyder borgerne rygestoptilbud¹¹.

Ligeledes har regionerne udviklet og styrket de udadvendte funktioner. Det gælder eksempelvis adgang til specialistrådgivning for kommuner og almen praksis samt udgående team fra sygehuse til behandling i eller nær patientens hjem.

Også nationalt er igangsat forskellige initiativer og handlingsplaner med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb, som opridset i indledningen.

Der er dog fortsat behov for og potentiale i at videreudvikle og ensarte kvaliteten i det nære og sammengængende sundhedsvæsen.

Én ud af flere indikatorer på sundhedsvæsenets evne til at forebygge og samarbejde om borgers sundhed er antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser. Som det fremgår af figur 10, tyder det på, at der er potentiale for forbedringer i forebyggelsen af u hensigtsmæssige indlæggelser, både nationalt, regionalt og kommunalt.

Regionernes udadvendte funktioner

Regionernes udadvendte funktioner dækker over alle de regionale ordninger og tilbud, som rækker ud over sygehusenes matrikel. Udgående funktioner og specialistrådgivning er eksempler på udadvendte funktioner i regionerne.

Udgående funktioner er ordninger, hvor sundhedspersonale fra sygehusene gennemfører behandling eller opfølgning efter udskrivning uden for sygehuset, eksempelvis i borgeren eget hjem. Det kan være udgående teams og mobile laboratorier.

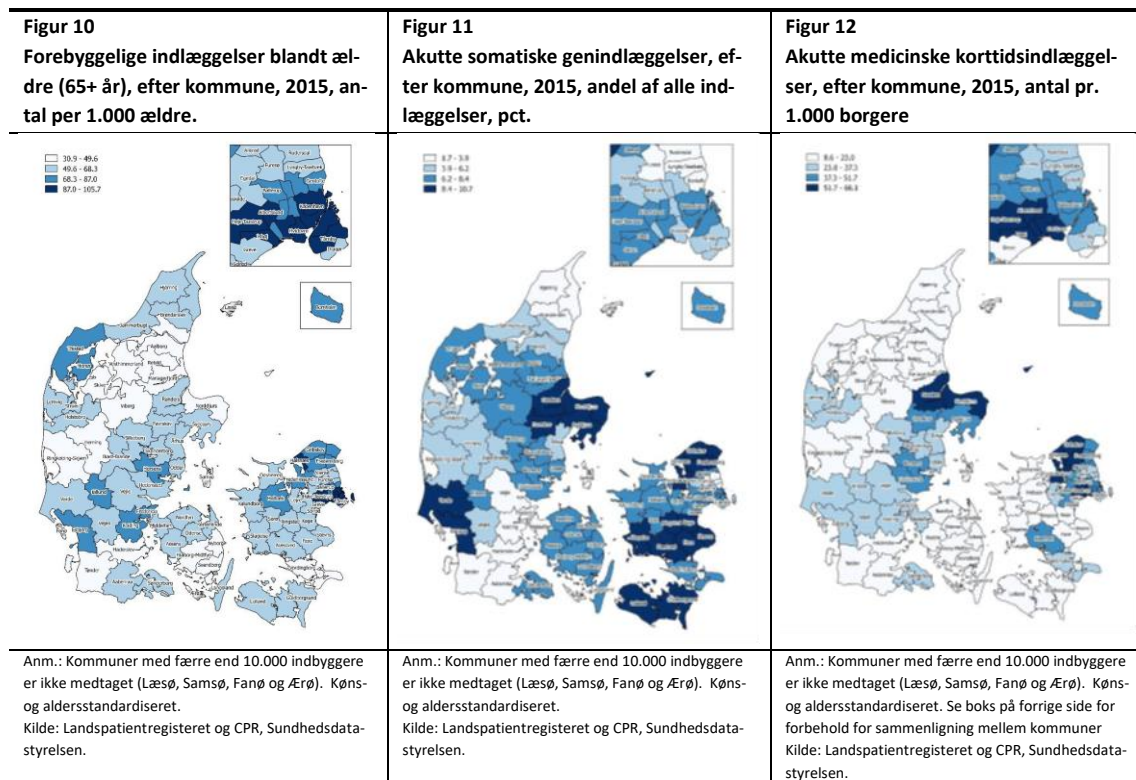
Specialistrådgivning er ordninger, hvor en sundhedsfaglig specialist på sygehuset fx i det konkrete patientforløb tilbyder rådgivning både generelt og i konkrete patientforløb til almen praksis og/eller kommunale sundhedstilbud

I 2015 varierede andelen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre betydeligt på tværs af regioner og kommuner, jf. figur 11. I 2015 varierede andelen af somatiske genindlæggelser regionalt fra 5,5 til 9,1 pct. og kommunalt fra under 3 pct. til over 10 pct., jf. figur 11. Andelen af de akutte psykiatriske genindlæggelser varierede i 2015 regionalt fra cirka 16 pct. til knap 26 pct. og kommunalt fra cirka 9 pct. til knap 40 pct. Ligeledes ses variation på tværs af landet angående akutte medicinske korttidsindlæggelser, jf. figur 12¹².

¹⁰ KL's spørgeskemaundersøgelse, november 2016

¹¹ Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015.

¹² Det skal bemærkes, at der i figur 4-6 alene er taget højde for forskelle i borgernes køn- og alder, men ikke øvrige faktorer der kan påvirke omfanget af indlæggelser, fx borgerens afstand til nærmeste sygehus. Det skal i øvrigt bemærkes, at forskellige organiseringsformer kan påvirke metoden, hvorpå kortvarige sygehuskontakter registreres. Opgørelsen er derfor ikke umiddelbart sammenlignelig på tværs af regioner og kommuner.



Som opridset i dette kapitel er der en række langsigtede tendenser og nuværende udfordringer i sundhedsvæsenet, som påvirker både kommuner og regioner, herunder praksissektoren. Udviklingen ændrer blandt andet kommunernes behov for rådgivning og stiller krav til kompetencer og kapacitet i de kommunale sundheds- og plejetilbud.

Samlet set peger mulighederne og udfordringerne på nødvendigheden og potentialet i at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor har udvalget følgende vision og anbefalinger, der skal bidrage til styrket samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektoren, at sikre rette brug af kompetencer og høj, ensartet kvalitet i indsatserne samt bedre brug af data og it.

KL's vurdering af betydning af udviklingen i sundhedsvæsenet for kommunerne:

- Nye og mere komplekse pleje- og behandlingsbehov samt en øget koordinationsopgave grundet borgere med flere sygdomme, der er hurtigere udskrevet, og som har forløb på tværs af sektorer. Det stiller krav til kompetencer, organisering og kapacitet i hjemmesygeplejen.
- Øget behov for almen medicinsk rådgivning og mere specialiseret rådgivning fra sygehus.
- Flere komplekse psykisk syge, multisyge, ældre medicinske patienter og kronisk syge borgere, der er kognitivt svækkede, der har lav grad af egenomsorg og et sparsomt netværk.
- Øget behov for professionalisering af forebyggelsesindsatsen for borgere med kronisk sygdom.
- Øgede krav til kapacitet og dermed stigende udgifter i kommunerne.
- Flere kræftoverleverede, der har brug for rehabilitering.
- Flere længerevarende palliative forløb for især borgere med kræft.

4. Visionen for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 2025

På baggrund af de tendenser, udfordringer og muligheder som sundhedsvæsenet står over for, vil udvalgets vision i dette kapitel blive udfoldet.

Visionen skal sætte retning for den langsigtede udvikling af det nære sundhedsvæsen og et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Der opridses i forlængelse heraf fem overordnede forudsætninger for at visionen kan nås samt en beskrivelse af almen praksis' ønskede rolle.

Udvalgets vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025 er:

Sundhedsvæsenet understøtter patienten i at mestre egen sygdom i patientens nære miljø, gennem høj, ensartet kvalitet og samarbejde, så patienten kan leve et liv med højest mulig livskvalitet

Visionen betyder, at hensynet til den enkelte patients behov og ressourcer skal stå helt centralt i udviklingen af sundhedsvæsenet. Samtidig skal sundhedsvæsenet arbejde sammen om at undgå, at patienter indlægges unødigt på sygehuse. Både sygehuse, praksissektoren og kommunerne skal understøtte patienten i at mestre egen sygdom og sundhed i eller tæt på eget hjem, til gavn for patienten selv og for opretholdelsen af et bæredygtigt sundhedsvæsen.

For at realisere visionen skal sundhedsvæsenet lykkes med følgende:

4.1 Høj, ensartet kvalitet ud fra rette kompetencer, rådgivning og data

Det er en forudsætning for visionen, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen over hele landet leverer sundhedsydelser af høj og ensartet klinisk såvel som borgeroplevet kvalitet, som bygger på bedste faglige viden.

Det kræver, at de eksisterende kompetencer og faggrupper i sundhedsvæsenet udnyttes optimalt, og at det sundhedsfaglige personale har faglige kompetencer, der matcher deres opgaver. Det gælder både i forhold til behovet for indsatser i patientens nære miljø og behovet for samarbejde og sammenhæng i indsatserne. Det indebærer, at det sundhedsfaglige personale skal levere sundhedsydelser efter relevante nationalt definerede kvalitetskrav, når sådanne foreligger. Det forudsætter, at det sundhedsfaglige personale i alle sektorer nemt og hurtigt kan få adgang til sundhedsfaglig rådgivning samt vejledning fra sundhedspersoner med den relevante viden og erfaring. Det forudsætter også hensigtsmæssige og systematiske nationale rammer for varetagelse af opgaver, herunder aftaler om den fornødne kapacitet, kvalitet og kompetencer i kommunerne og i regionerne, så man lokalt kan tilrettelægge indsatsen til gavn for patienten.

Sammenhæng på tværs af indsatser og sektorer kræver desuden, at nødvendige informationer deles, så behandlingen straks kan ske på et oplyst grundlag, blandt andet under anvendelse af moderne og opdaterede teknologiske løsninger. Ligesom kvalitetssikring og kvalitetsudvikling stiller krav til, at data indsamles og anvendes til at understøtte gode og effektive patientforløb og en effektiv anvendelse af ressourcerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

4.2 Systematisk styrkelse af patientens mestring af egen sygdom

Sundhedsvæsenets bedst mulige involvering, dvs. aktive samarbejde med patienten og de pårørende, er ligeledes en forudsætning for at realisere visionen. Det betyder, at sundhedsvæsenet skal have fokus på systematisk styrkelse af patientens og patientens netværksressourcer ud fra hensynet til patientens individuelle behov.

Når patienten understøttes i at håndtere egen sygdom kan det frigøre ressourcer og være med til at øge kvaliteten i indsatsen og tilfredshed samt livskvalitet hos patienten. God egenomsorg kan ligeledes være med til at forebygge følgevirkninger af og udviklingen af sygdom. Dermed kan involvering af patienter være med til at forebygge behov for behandling og indlæggelse.

Den teknologiske udvikling indebærer større adgang til information og data. Det betyder dels, at patienter i stigende grad er velinformede og stiller større krav til sundhedsvæsenets ydelser. Dels betyder det, at flere patienter har redskaber og muligheder for at hjælpe sig selv, gerne gennem arbejdsgange og teknologi, der overflødiggør eksempelvis kommunal støtte, et besøg på sygehuset eller hos den praktiserende læge. Dermed åbner nye teknologiske løsninger op for "hjælp til selvhjælps-løsninger", der kan tilgås fra hjemmet, hvilket kan understøtte bedre inddragelse af patientens pårørende og netværk.

For de patienter, der ikke vil have samme muligheder for at drage egenomsorg, er der behov for en ekstra hånd og flere løsninger end den teknologiske hjælp til selvhjælpsløsninger. De teknologiske og digitale løsninger kan derfor samtidig være et redskab til at sikre, at ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges på de patienter, der har allermost brug for det.

Ved at styrke håndtering af egen sygdom blandt en stor gruppe af patienter, giver det mulighed for i højere grad at hjælpe patienter, som af forskellige årsager har svært ved at tage hånd om deres egen sygdom. Det kan eksempelvis være patienter, der har sociale udfordringer eller er meget syge.

4.3 En fælles tilgang til patienten

Med et sundhedsvæsen bestående af forskellige sektorer og mange faggrupper, er der et udtalt behov for at tænke på tværs af sektorer og i patientens samlede forløb, når sundhedsvæsenet skal understøtte patientens mestring af egen sygdom.

Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet samarbejder om at tilrettelægge indsatserne med udgangspunkt i patientens samlede forløb, og ikke blot ud fra hensynet til den indsats, som den pågældende sektor eller faggruppe varetager. Det betyder, at sundhedsvæsenet på tværs af sektorer og faggrupper skal samarbejde om at forebygge sygdom i befolkningen og understøtte rettidig og kvalificeret behandling til personer med sygdom.

Der er behov for at tænke nyt i måden sundhedsvæsenet organiseres på, så opgaverne bliver løst ud fra et hensyn til klinisk og borgeroplevet kvalitet. Mere sammenhængende forløb af høj klinisk og borgeroplevet kvalitet skal samtidig bidrage til, at den økonomiske holdbarhed i sundhedsvæsenet sikres.

Det følger dermed af udvalgets vision, at indsatserne tager udgangspunkt i en fælles tilgang. Der er flere veje til sikring af en fælles tilgang til patienterne og tilrettelæggelse af borgerens samlede forløb. En af tilgangene er Triple Aim, hvor patientens indsatser leveres gennem aktiv inddragelse og involvering af relevante parter i patientens forløb. Triple Aim giver anledning til overvejelser om, hvordan det danske sundhedsvæsen i højere grad kan danne overblik over konkrete befolkningsgrupper eller populationer og

Triple Aim er en tilgang til at tilrettelægge og optimere sundhedsydelser og sundhedsindsatser.

Triple aim er ét samlet mål med tre dimensioner:

1. At skabe bedre patientoplevelt kvalitet
2. At skabe bedre sundhed for populationen
3. At reducere eller fastholde udgifter.

Triple Aim er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Der findes ikke nogen fast model for, hvordan man måler effekten af en indsats eller et initiativ, som er tilrettelagt ud fra Triple Aim. Fire vigtige måleprincipper for en Triple Aim indsats kan dog fremhæves jf. IHI:

- Udvælg og definér en afgrænset population
- Brug data, der kan følges over tid
- Nødvendigt at skelne mellem resultatmål og procesmål samt mellem populationsmål og projektmål
- Mulighed for benchmarking giver værdi

Kilde: "Hvad er Triple Aim? Nye veje i sundhedsvæsenet", Dansk Selskab for Patientsikkerhed

målrette indsatser og tilbud specifikt til de forskellige målgrupper. I tilgangen ses sundhedsvæsenet som en samlet økonomi, hvor alle aktører bidrager til, at opgaver løses i rammer, der er mest muligt omkostningseffektive ud fra et samfundsperspektiv.

Indsatsen, der samlet set gives til den enkelte patient, skal have værdi for patienten og have høj klinisk kvalitet. Det betyder, at alle aktører skal have fokus på blandt andet sammenhængende forløb og en indsats, der er tilrettelagt ud fra den enkeltes behov og ressourcer. Ligeledes skal et tiltag have en vis klinisk kvalitet eller værdi for, at det kan betegnes som en succes. Klinisk kvalitet kan eksempelvis være, at tiltaget nedbringer antallet af komplikationer.

4.4 En populationsbaseret tilgang

Sundhedsvæsenet skal i højere grad end i dag tilrettelægge indsatser ud fra en populationsbaseret tilgang. Med en populationsbaseret tilgang målrettes indsatsen til de forskellige patientgruppers behov, uden alle patienter nødvendigvis skal tilbydes samme indsats. Imødegåelse af ulighed er således et vigtigt element i den populationsbaserede tilgang. I forlængelse heraf spiller patienten med udgangspunkt i egne ressourcer og præferencer en aktiv rolle som partner i at forbedre egen sundhed.

Internationalt er der en voksende tendens til at tage udgangspunkt i en populationsbaseret tilgang i planlægningen og tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets indsatser. Erfaringerne viser, at en populationsbaseret tilgang er et godt afsæt til at sikre bedre sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet, til at skabe mere sundhed og til at sikre økonomisk holdbarhed i sundhedsvæsenet.

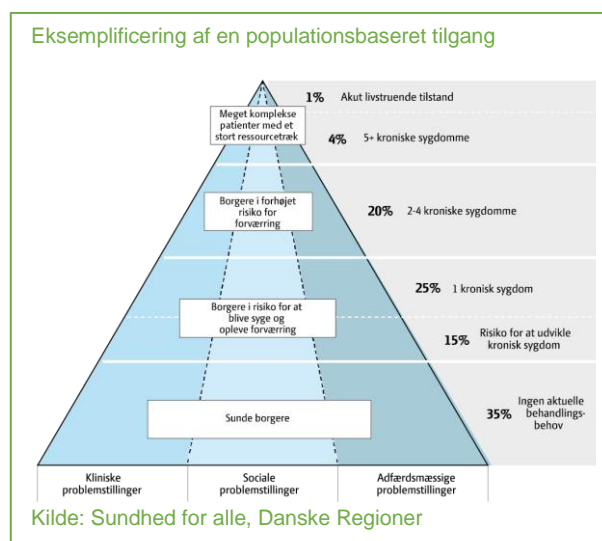
Formålet med en populationsbaseret tilgang er at skabe mest mulig sundhed for en afgrænset population og samtidig sikre mindst mulig ulighed i fordelingen af sundhed i den samlede population. I planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatser prioriteres ressourcerne til de indsatser, der skaber mest mulig sundhed for hele populationen.

Ved en populationsbaseret tilgang tilrettelægges indsatserne ud fra tilpasning til den enkelte borgers behov med baggrund i borgerens risikoprofil. Risikostratificering af populationen og udviklingen af differentierede behandlingsstrategier på baggrund af risikogruppernes behov er derfor centrale elementer i en populationsbaseret tilgang. Oftest inddeles populationen i minimum tre risikogrupper: højrisikogrupper, patienter i stigende risiko og patienter i lav risiko. Der er ofte fokus på indsatser til højrisikopatienter, men internationale erfaringer viser, at det også er et stort potentiale i at fokusere på at forebygge, at patienter fra andre risikogrupper bevæger sig opad i risikopyramiden. Samtidig tydeliggør pyramiden, at patienterne i de forskellige grupper har behov for forskellige indsatser.

Risikostratificering kræver gode data på tværs af sundhedsvæsenet om populationen, eksempelvis data om antallet af kronikere, hvad de fejler, hvilke ydelser de modtager samt socioøkonomiske baggrundsdata. Data er dermed en vigtig del af planlægningen og tilrettelæggelsen af målrettede indsatser.

Med en populationsbaseret tilgang følger et populationsansvar for at planlægge de tilbud, som befolkningen samlet set har behov for. Tilgangen indebærer, at forebyggelse og proaktive indsatser får stor vægt i tilrettelæggelsen af alle former for indsatser. Populationsansvaret for en afgrænset gruppe kan varetages af forskellige aktører. Det kan eksempelvis være den praktiserende læge, der har ansvaret for at sikre mest mulig sundhed hos de tilmeldte patienter, ligesom det kan være en kommune, der har ansvaret for at tilrettelægge sundhedsindsatsen for den veludredte ældre medicinske patient, eller en region der har ansvaret for at tilrettelægge patientforløb for hjertepatienter.

Et populationsansvar betyder ikke, at man har ansvar for selv at udføre de givne indsatser, i stedet



skal indsatserne foretages der, hvor det giver bedst mening. På grund af de mange faktorer, der påvirker befolkningens sundhed, lægger en populationsbaseret tilgang op til planlægning og indsatser på tværs af sektorer og områder.

For at fremme befolkningens samlede sundhed er der behov for at styrke samarbejdet på tværs af forskellige sundhedsaktører og samarbejdet med socialsektoren, beskæftigelsesområdet, lokalsamfundet, patientforeninger og borgere.

4.5 Laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau (LEON-princippet)

Økonomisk holdbarhed er en grundlæggende præmis for sundhedsvæsenet, hvilket understreges af de demografiske udfordringer. I tråd med Triple-Aim tankegangen er LEON-princippet grundlæggende for det nære og sammenhængende sundhedsvæsens mulighed for at understøtte patientens mestring af egen sygdom.

LEON-princippet betyder, at indsatser skal leveres på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau. I forhold til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen betyder det, at indsatser, hvor det er fagligt og økonomisk begrundet, i højere grad end det er tilfældet i dag, skal tilbydes i patientens nærmiljø, også af hensyn til mindst muligt indgriben i patientens hverdag.

En forudsætning for LEON-princippet er, at ressourcerne anvendes der, hvor de bidrager mest muligt til at styrke patientens sundhed, forebygge forværring af sygdom og tab af funktionsevne. Endvidere skal LEON-princippet være med til at reducere behovet for sygehusbehandling og besøg hos lægen. Når opgaver flyttes fra et sted i sundhedsvæsenet, så vil de nødvendige ressourcer samtidig følge patientens behov for indsatser.

5. Målsætninger for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets vision skal ses i lyset af hver målgruppes behov og karakteristika. Derfor vil dette kapitel definere og opstille en målsætning for hver af udvalgets tre hovedmålgrupper:

1. *Den ældre medicinske patient*
2. *Patienter med kroniske sygdomme*
3. *Mennesker med psykiske lidelser, herunder dobbeltbelastede*

Det er en grundlæggende præmis for udvalgets forslag, der kan indgå i en plan for udbygning af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at udvalgets forslag samlet set skal være neutrale i forhold til de offentlige finanser. Det er endvidere en forudsætning, at når opgaver flyttes fra et sted i sundhedsvæsenet, så vil ressourcerne samtidig følge patientens behov for indsats.

5.1 Den ældre medicinske patient

I de kommende årtier vil de store årgange fra efterkrigsårene få behov for sundheds- og plejeydelser. Mange ældre klarer sig selv langt hen i livet uden praktisk hjælp eller hjemmesygepleje fra kommunen. Men en højere levealder betyder også for langt de fleste, at antallet af år med sygdom og funktionsnedsættelse stiger. For mange borgere medfører stigningen i levealder, at det tidspunkt, hvor behovet for pleje og behandling indtræder, blot indtræder senere, dvs. årene med sygdom udskydes.

Ældre borgere har generelt en højere efterspørgsel efter sundhedsydelser end yngre borgere. Det ses især blandt borgere 75-90 år, hvor det ressourcømæssige forbrug er dobbelt så stort som blandt borgere i 50 års alderen jf. kapitel 3. Med tiden forventes der flere ældre medicinske patienter. Gruppen af ældre medicinske patienter er en bred gruppe, som har forskellige behov og forløb i sundhedsvæsenet. Ældre medicinske patienter er defineret ved deres alder og diagnoser, men også ved en række andre forhold, der samlet set betyder, at de nogle gange har samtidige, tværfaglige og tværsektorielle forløb. Derudover er der særlige problemstillinger for ældre medicinske patienter på grund af følgevirkninger fra begrænset funktionsevne, og evt. sociale forhold og multisygdom. I den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der en nærmere definition af målgruppen.¹³

I 2015 var der omkring 140.000 borgere, som kunne kategoriseres som ældre medicinske patienter. Dette svarer til ca. 2,5% af den samlede befolkning eller 13% af borgere over 65 år. I 2015 stod denne gruppe borgere for godt 6% af den samlede aktivitet i almen praksis, speciallægepraksis mv. og i det somatiske sygehusvæsen.

5.1.1 Behov for et stærkere nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for den ældre medicinske patient

I mange tilfælde er det muligt at forebygge indlæggelse for den ældre medicinske patient ved at være opmærksom på tidlige tegn på ændringer i den ældres tilstand, som følges op med de nødvendige indsatser. Initiativet til en tidlig indsats kan tages af den praktiserende læge, en kommunal medarbejder, pårørende eller sygehuset.

¹³ *Styrket indsats for den ældre medicinske patient, Sundheds- og Ældreministeriet, 2016.*

For den ældre medicinske patient er transport og ophold på sygehuset ofte forbundet med utryghed og belastning. Styrken ved det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er netop muligheden for at behandle borgeren i eget hjem eller nære omgivelser. Der er behov for at styrke og ensarte kvaliteten i den opsporende, forebyggende og behandlende indsats.

I dag er det ikke alle ældre, der har adgang til et tilbud af tilstrækkelig kvalitet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvis de i en periode har behov for en særlig indsats, men ikke behøver indlæggelse. Det kan betyde, at ældre medicinske patienter ikke får den nødvendige hjælp i deres nærmiljø i tide, men at der derimod først sættes ind, når det er nødvendigt med en sygehusindlæggelse. Ligeledes kan uhensigtsmæssig tidlig udskrivelse eller uhensigtsmæssig varsling fra sygehus til kommune og almen praksis om, at en patient er udskrivningsparat skabe udfordringer for tilrettelæggelsen af den rette indsats efter patientens udskrivelse.

For at sikre, at den ældre medicinske patient oplever en sammenhængende indsats, herunder uden unødige indlæggelser, skal samarbejdet og kommunikationen mellem sygehuse, kommuner og almen praksis styrkes. Den ældre medicinske patient har behov for at føle sig i sikre og trygge hænder igennem hele behandlings- og plejeforløbet. Der skal være fokus på overgange. Nogle praktiserende læger eller vagtlæger mangler overblik over de kommunale tilbud, hvilket kan betyde, at de ikke henviser patienter til eksempelvis de kommunale akutfunktioner, men til sygehuset. Ligesom den praktiserende læge måske ikke foretager det hjemmebesøg, der hensigtsmæssigt skulle foretages. Det er centralt, at den ældre medicinske patients egen læge har kontakt til hjemmesygeplejen eller plejehjemmet, og at sundhedspersoner har let adgang til faglig rådgivning fra sygehuse.

5.1.2 Udvalgets målsætning for de ældre medicinske patienter

For den ældre medicinske patient betyder udvalgets vision, at mere forebyggende behandling, pleje og rehabilitering af den veludredte patient skal ske i det nære sundhedsvæsen.

Alle parter skal have et stærkt fokus på at understøtte patientens egenomsorg og aktive rolle gennem større overskuelighed og sammenhæng i indsatsen. Samtidig kan en rettidig og fagligt kompetent varetagelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bidrage til en mere effektiv udnyttelse af ressourcer gennem varetagelse af indsatserne på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Omvendt er det også vigtigt, at den ældre medicinske patient henvises til udredning og behandling i sygehusregi, når der er brug for det.

Det kræver, at hele sundhedsvæsenet understøtter og samarbejder om indsatsen for den ældre medicinske patient, herunder den tidlige opsporing og forebyggelse af sygdomme. Indsatsen skal derfor så vidt muligt ske i borgerens eget hjem eller nære omgivelser med understøttelse fra almen praksis og evt. sygehuse eller kommunen ved behov for dette.

Udvalgets målsætning for den ældre medicinske patient er derfor følgende:

Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering i forhold til den veludredte ældre medicinske patient sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025

Forebyggende indsatser, behandling, pleje og rehabilitering af den veludredte ældre medicinske patient i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kræver, at samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og almen praksis forbedres, og at kvaliteten styrkes og ensartes. Samtidig kræver dette, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen har fokus på implementering af de nationale mål og relevante faglige standarder. Ligesom det er centralt, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen besidder og anvender de rette kompetencer samt anvender digital understøttelse og data bedre.

5.2 Patienter med kronisk sygdom

Mange mennesker, der lever med kroniske sygdomme har heldigvis god livskvalitet og funktionsevne i hverdagen. Men kronisk sygdom kan også medføre betydelige menneskelige omkostninger. Dertil kommer, at mange patienter ikke kun har én kronisk sygdom, men to eller flere kroniske sygdomme samtidigt, også kaldet multisygdom.

Betegnelsen kroniske sygdomme dækker over en lang række sygdomme, som medfører et langvarigt forløb eller hvis sygdommen konstant vender tilbage¹⁴. Opgørelser over antallet af kroniske sygdomme varierer afhængigt af, hvilke og hvor mange kroniske sygdomme, der medtages.

Kroniske sygdomme kan eksempelvis være astma, demens, KOL, leddegigt, osteoporose, skizofreni, type-1 og type-2 diabetes og kræft. Betragtes forekomsten af de nævnte otte kroniske sygdomme ses det, at disse sygdomme optræder ca. 1,4 million gange hos danskerne i 2015 jf. tabel 1. Der er her ikke tale om antal unikke borgere, dvs. en borger kan være registreret med både KOL og diabetes i opgørelsen. Derfor forventes antallet af borgere, der lever med de udvalgte kroniske sygdomme også at være lavere end 1,4 mio.

Det bemærkes i øvrigt, at opgørelser over antallet af kroniske sygdomme varierer afhængigt af, hvilke og hvor mange kroniske sygdomme, der medtages.

Astma	421.000
Demens	35.400
KOL	175.500
Leddegigt	48.300
Osteoporose	156.000
Skizofreni	28.500
Diabetes, type 1	25.000
Diabetes, type 2	220.500
Kræft (2014)	267.500
I alt	1.377.700

Anm.: Kræft dækker alle kræftformer undtagen anden hud. I alt angiver ikke unikke patienter
Kilde: Prævalensen for kræft er fundet på databasen NORDCAN.
Data om de resterende sygdomme er fundet i RUKS.

5.2.1 Multisygdom

Multisygdom defineres som samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme hos en person, hvor én sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre¹⁵.

Antallet af patienter med multisygdom varierer i opgørelser og er typisk højere jo flere specifikke diagnoser, der inddrages i opgørelsen. Estimeres antallet ud fra Charlsons Comorbidity Index (CCI)¹⁶ lever 21 pct. af befolkningen med to eller flere sygdomme¹⁷. Spørger man borgerne selv, jf. Den Nationale Sundhedsprofil fra 2013, svarer ca. 25. pct. af de adspurgte borgere, at de har to eller flere sygdomme. Ved de selvrapporterede data optælles følgende 14 sygdomme og lidelser: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, psykisk lidelse og diskusprolaps eller andre ryggsygdomme. Med denne opgørelsesmetode svarer det til, at cirka 1,4 mio. danskere har flere samtidige sygdomme¹⁸.

Antallet af personer med flere kroniske sygdomme er særligt udbredt blandt ældre og der er en social gradient i tilfælde af multisygdom, dvs. forekomsten er mere udbredt blandt borgere med lavt uddannelsesniveau. Der forventes i de kommende år en stigning i antallet af borgere med kronisk sygdom og multisygdom. Det stigende antal afspejler generelt en stigning i levealder, bedre levevilkår, bedre behandlingsmuligheder og ændrede sygdomsmønstre. Kronisk sygdom og multisygdom er forbundet med højere udgifter til sundhedsvæsenet grundet bl.a. komplekst behandlingsbehov og de hyppige kontakter og indlæggelser.

5.2.2 Behovet for et stærkere nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for patienter med kroniske sygdomme og multisygdom.

Sundhedsvæsenet står over for en vigtig opgave i både at forebygge og behandle kronisk sygdom. Generelt er det vigtigt at understøtte forebyggende indsatser i forhold til kroniske sygdomme. Og det er centralt at øge fokus på indsatser rettet mod de, der er i særlig risiko, jf. udvalgets fokus på en populationsbaseret tilgang. Der er ofte social ulighed i forekomsten af de kroniske sygdomme, og personer med kort uddannelse indlægges oftere samt har flere tabte leveår som følge af sygdommen.

¹⁴ Sundhedsstyrelsen og Den Danske Ordbog

¹⁵ Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model

¹⁶ Charlsons Comorbidity Index (CCI) er en relativ simpel og let anvendelig metode til klassificering af komorbiditet. Indekset er opbygget ud fra 22 udvalgte tilstande, hvor patientens et års dødelighed beregnes ud fra hver enkelt. Resultaterne summeres og angiver dermed en samlet score for at forudsige dødelighed. Dette kan dermed benyttes til at forudsige hvor svær komorbiditeten er.

¹⁷ Kilde: Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret, reviderede algoritmer for udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (august 2016), Sundhedsdatastyrelsen.

¹⁸ Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013, Sundhedsstyrelsen 2014.

Gennem de seneste årtier er der sket en stigende centralisering og specialisering i sundhedsvæsenet og i særlig grad i sygehusvæsenet. I forhold til kronisk sygdom har blandt andet udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer betydet et kvalitetsløft på området.

Patienter med multisygdom har ofte behov for indsatser i flere sektorer, kommunale forvaltninger og sygehusspecialer. Med mange kontakter og høj kompleksitet i behandling og rehabilitering følger behov for sammenhæng og koordination i forhold til det enkelte patientforløb. Ved manglende sammenhæng er der risiko for, at patienter oplever et fragmenteret forløb. Derfor har patienter med kroniske sygdomme og multisygdom brug for, at sundhedsvæsenet samarbejder om at levere samlede, trygge og effektive forløb ud fra den enkeltes ressourcer og mål.

Den fremadrettede indsats skal derfor fokusere på at udvikle det eksisterende sundhedsvæsen til i højere grad at sikre sammenhæng mellem både det almene og det specialiserede og mellem kommunale sundhedstilbud, praksissektor og sygehus. Almen praksis har en nøglerolle, da den praktiserende læge ofte er en gennemgående aktør i patientens sygdomsforløb, og bør have den bedste mulighed for at få et samlet overblik over behandlingsforløbet.

Antallet af u hensigtsmæssige genindlæggelser tyder samtidigt på, at der er behov for mere systematisk opfølgning og behandling, så patienterne hjælpes i tide og undgår indlæggelse. I dag går mange patienter med kroniske sygdomme jævnligt til kontrol på ambulatorier på sygehusene. Der vurderes at være potentiale i at arbejde mod, at det nære sundhedsvæsen i højere grad er ansvarlig for behandling, kontrol og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom i sammenhæng med sociale og beskæftigelsesrettede ydelser. Ligeledes vil varetagelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bidrage til bedre integration af patientens hverdags- og arbejdsliv. Anbefalinger fra WHO peger på, at effektiv behandling og tidlig opsporing af kroniske sygdomme¹⁹ uden for sygehusene kan være med til at forebygge indlæggelser og generelt dæmpe udgiftspresset.

Almen praksis er årligt i kontakt med størstedelen af alle danskere og er den primære aktør, der ser borgerne regelmæssigt i et flerårigt forløb. Det er derfor oplagt, at almen praksis som udgangspunkt påtager sig et ansvar for at koordinere behandlingen og opfølgningen af de patienter med kroniske sygdomme, herunder multisygdom, de har tilknyttet. De alment praktiserende læger har et vigtigt populationsansvar for patienter med kroniske sygdomme og for at sikre mest mulig sundhed blandt de tilmeldte patienter – i et tæt samarbejde med specialister på sygehusene og kommunerne. Indsatsen over for patienter med kronisk sygdom bør differentieres og tage afsæt i den enkelte patients risiko, ressourcer og behov. Nogle patienter bør tilbydes regelmæssig kontakt, mens andre patienter i højere grad vil kunne håndtere store dele af deres behandling gennem egenomsorg, blandt andet gennem patientuddannelse og digitale løsninger som de indsatser, der eksempelvis rulles ud nationalt på KOL-området.

Det er dermed også centralt, at borgere med kroniske sygdomme bliver henvist til forebyggelsestilbud i kommunerne. Tilbuddene skal have den rette kvalitet og skal dokumenteres, således at borgeren, med udgangspunkt i borgerens individuelle ressourcer, understøttes i at kunne leve et så normalt et liv som muligt på trods af en eller flere kroniske sygdomme.

I forhold til multisygdom er der derudover på nogle sygehuse forsøg med at samle de medicinske ambulatorier, så patienterne kan behandles samme sted, hvis de har flere samtidige sygdomme. Det betyder fx, at patienter kan henvises til udredning eller behandles samme sted og dag, eller at patienter med multisygdom kan henvises til en tværfaglig vurdering og medicingennemgang. Det skal bemærkes, at disse nye tiltag endnu ikke er evalueret.

Patienter med kroniske sygdomme og multisygdom har ofte forløb med særlig høj kompleksitet og eksempelvis behandlingsmæssige dilemma som følge af, at behandling af nogle kroniske sygdomme kan være udfordret og påvirket af behandling for en anden kronisk sygdom. Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet involverer patienten ud fra patientens individuelle ressourcer og mål. Ligeledes er understøttelse af patientens mestring af egen sygdom central.

Der bør desuden fremadrettet være fokus på viden om, hvad der virker i forhold til rehabilitering og behandling af borgere med flere samtidige sygdomme, herunder hvordan rehabiliteringen og den farmakologiske behandling

¹⁹ WHO anbefalinger vedrører følgende sygdomme: astma, hjertesvigt, diabetes komplikationer, KOL, hjertekramper, jernmangel, forhøjet blodtryk, fejlernæring.

bør prioriteres og tilrettelægges, hvis sygdommene forværrer hinanden. Der bør endvidere være et særligt fokus på behandlingen af sårbare patienter med fx demens eller svære psykiske lidelser, som i kraft af en nedsat kognitiv funktion kan have svært ved at give udtryk for forhold som fx anden sygdom, der har indvirkning på valg af intervention. Endvidere er der behov for viden om, hvordan det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kan indrettes for at tilgodese patienter med multisygdom for derved at opnå sammenhængende forløb af høj kvalitet, der er koordineret på tværs af sektorer og medicinske specialer.

5.2.3 Udvalgets målsætning for patienter med kronisk sygdom

For patienter med kronisk sygdom indebærer udvalgets vision, at mere behandling og rehabilitering skal finde sted i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det nære sundhedsvæsen skal bidrage til en mere effektiv udnyttelse af ressourcer gennem varetagelse af indsatserne på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau. Det kræver, at hele sundhedsvæsenet understøtter og samarbejder om indsatsen for mennesker med kronisk sygdom i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalgets målsætning for borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme er derfor følgende:

Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering i forhold til borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme sker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i 2025

Forebyggende indsatser, behandling og rehabilitering af borgere med de mest hyppige kroniske sygdomme i fremtiden kræver, at læger og praksispersonale i almenmedicinske tilbud spiller en stærkere rolle, både i forhold til behandling og i forhold til at sikre henvisning til de kommunale rehabiliteringstilbud. Derudover er det, i lighed med den ældre medicinske patient, nødvendigt, at kvaliteten i almen praksis og kommunale sundhedstilbud styrkes og ensartes. Det skal være synligt, tydeligt og kunne dokumenteres, at almen praksis og kommunerne løser opgaven med høj kvalitet. Endelig skal samarbejdet mellem sygehusene, kommunale sundhedstilbud og almen praksis styrkes.

5.3 Mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug

For mange mennesker med psykiske lidelser kan den psykiske lidelse mestres i de nære rammer af borgeren selv sammen med eget netværk eller med begrænset social- og sundhedsfaglig støtte. For andre er der behov for en intensiv støtte fra den regionale psykiatri, den kommunale socialpsykiatri og praksissektoren.

Derfor er udvalgets vision, at sundhedsvæsenet for den største del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser skal understøtte borgeren i bedst muligt at mestre egen sygdom i det nære miljø, gennem indsatser af høj, ensartet kvalitet og samarbejde. Udvalget er samtidig opmærksom på, at en mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser har komplekse behov som følge af deres psykiske lidelse og ofte samtidigt misbrug. Denne gruppe har behov for en intensiv sundhedsfaglig indsats, ofte i tæt koordinat med den psykosociale indsats. Det betyder, at dele af målgruppen, herunder mennesker med samtidigt misbrug (dobbeltdiagnosticerede), adskiller sig fra udvalgets to øvrige målgrupper, da det ikke er udvalgets hensigt at flytte flere opgaver til det nære sundhedsvæsen.

5.3.1 Behovet for et stærkere nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med et samtidigt misbrug

Den enkeltes mulighed for at komme sig og leve et hverdagsliv med sygdom stiller krav til, at det nære sundhedsvæsen har de rette tilbud af høj, ensartet kvalitet. Der er potentiale for at styrke indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, og i høj grad samarbejdet om indsatserne i den regionale psykiatri, praksissektoren og kommunerne. Det er centralt, at personalet tæt på borgeren opsporer og handler på tidlige tegn på behov for indsatser. En tidlig og helhedsorienteret indsats kan gøre en forskel, så psykiske vanskeligheder ikke udvikler sig til en svær behandlingskrævende lidelse eller medfører unødvendigt komplicerede sociale problemer. Samtidig er det afgørende, at de borgere, der har behov for intensiv støtte og behandling, såvel medicinsk som psykoterapeutisk, har adgang til dette.

Udviklingen mod kortere indlæggelser og flere ambulante kontakter for mennesker med psykiske lidelser stiller krav til, at hele sundhedsvæsenet understøtter borgerens liv i de vante omgivelser. Dermed er der behov for, at sygehusene har fokus på patientens evne til at vende tilbage til nærmiljøet, mens kommunerne ligeledes skal have fokus på at understøtte patienten efter udskrivelse.

For mange mennesker med psykiske lidelser er samarbejde og samtidighed i indsatsen i høj grad central, da denne gruppe afhængigt af kompleksitet kan have behov for både en sundhedsfaglig, en socialfaglig og en beskæftigelsesrettet indsats. Med mange forskellige indsatser følger ofte komplekse forløb med mange aktører, overgange og tilbud, som kan udgøre en udfordring for borgeren og de fagprofessionelle.

Ved manglende sammenhæng i indsatserne er der risiko for, at den enkelte får en ufuldstændig indsats, som ikke tager udgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker. En usammenhængende indsats kan resultere i genindlæggelse eller tab af funktionsevne og livskvalitet. Sammenhæng og samtidighed med klare aftaler er i høj grad nødvendig for at sikre, at indsatserne for borgeren er effektive og af høj kvalitet. Hertil kommer, at en bedre planlægning og sammenhæng i indsatsen kan bidrage til en bedre ressourceudnyttelse af kapaciteten i de forskellige sektorer, mindre ventetid og mindre risiko for, at borgeren får overlappende tilbud.

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er en særlig sårbar gruppe. Borgerens misbrug kan modvirke psykiatrisk behandling, ligesom borgerens psykiske lidelse kan påvirke borgerens misbrugsrettede indsats. Denne gruppe har derfor i høj grad behov for, at der sikres psykiatrisk udredning, og at den psykiatriske behandling er understøttet og koordineret med misbrugsbehandling samt den sociale- samt beskæftigelsesrettede indsats i kommunen. For gruppen af dobbeltdiagnoserede er samtidighed og tværfaglighed i indsatserne derfor afgørende. Det er samtidig en gruppe, hvor der opleves udfordringer i forhold til at sikre rette og effektive behandlingstilbud.

Derfor er der behov for at se på, hvordan det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i højere grad kan understøtte, at mennesker med psykiske lidelser oplever et sammenhængende og koordineret forløb. Der er behov for at styrke samarbejdet, samtidigheden og tværfagligheden i indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, i særlig grad for mennesker med et samtidigt misbrug.

5.3.2 Udvalgets målsætning for mennesker med psykiske lidelser

Indsatserne i det nære sundhedsvæsen skal være af høj, ensartet kvalitet og dermed understøtte mestring af egen sygdom for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med et samtidigt misbrug.

Samtidig er det centralt, at mennesker med psykiske lidelser oplever et sammenhængende forløb, hvor de forskellige indsatser er tæt koordineret og ofte sker samtidigt. Ligeledes er det centralt, at borgerens psykiske lidelse ikke må være en forhindring for en somatisk og misbrugsrettet behandling, ligesom misbrug og somatiske lidelser ikke må udgøre en barriere for psykiatrisk behandling. Bedring og mestring af egen sygdom kræver, at mennesker med psykiske lidelser tilbydes samtidige og sammenhængende forløb af høj, ensartet kvalitet.

Udvalgets målsætning for mennesker med psykiske lidelser er på den baggrund:

Mennesker med psykiske lidelser oplever en sammenhængende indsats og understøttes i selv at tage aktiv del i arbejdet hen imod bedring

Sammenhæng og understøttelse af patienten kræver, at der på tværs af sektorer samarbejdes om den nødvendige indsats for den enkelte patient. Derfor er der blandt andet behov for, at der på tværs af sektorer anvendes og udvikles fælles tilgange, metoder og redskaber samt samarbejdsmodeller af høj, ensartet kvalitet.

6. anbefalinger til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Udvalgets anbefalinger, der skal bidrage til at realisere visionen, er struktureret inden for udvalgets fire temaer. Anbefalingerne er udfoldet i nærværende kapitel enkeltvist. Flere af anbefalingerne bidrager til flere af udvalgets fire temaer, men er placeret under det tema, hvor de har størst relevans. Udvalget har med interesse modtaget og læst de mange input til et stærkere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, som interessenterne er kommet med. Det er ikke inden for udvalgets rammer muligt at imødekomme alle interessenternes forslag. Udvalget har ladet sig inspirere af interessenternes forslag. For at illustrere nogle af de mange input er dele af interessenternes forslag gengivet i forbindelse med udvalgets anbefalinger

6.1 Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor

Patientens oplevelse af et trykt forløb kræver, at sundhedsvæsenet samarbejder om at skabe samlede patientforløb. Sundhedsvæsenet - og ikke patienten - skal koordinere indsatserne og understøtte såvel sikre overgange mellem indsatser som patientens tilknytning til hverdagslivet og arbejdsmarkedet. Der er brug for et kulturskifte, hvor patientens individuelle, og ved flere sygdomme til tider modstridende, behov for indsatser medtænkes og afvejes. Det kræver, at både samarbejdet og selve rammerne for samarbejdet i sundhedsvæsenet styrkes, samt at patienten involveres.

Økonomisk holdbarhed kræver de rette forebyggende indsatser og optimal udnyttelse af de tilgængelige ressourcer og kompetencer i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Et bæredygtigt sundhedsvæsen indebærer, at alle parter i højere grad tilrettelægger deres sundhedstilbud ud fra en populationsbaseret og helhedsorienteret tilgang for at skabe sammenhængende patientforløb med størst mulig værdi for både borgeren og samfundet. Det er en kompliceret opgave, hvor regioner og kommuner gennem gensidigt samarbejde og integration skal tilrettelægge den givne indsats i forhold til et fælles mål om at skabe sammenhængende patientforløb.

Et mere helhedsorienteret og integreret sundhedsvæsen stiller krav på flere niveauer. Det stiller krav til den rette organisering, planlægning, klare nationale rammer, gode lokale aftaler, de rette kompetencer, ledelsesmæssigt fokus på samarbejde, samt at de digitale og teknologiske muligheder for at kommunikere og koordinere bruges. Dertil kommer, at data er en afgørende forudsætning for mere optimal tilrettelæggelse af samlede patientforløb. Dermed er anbefalingerne under de øvrige temaer også med til at understøtte bedre samarbejde.

Anbefaling 1 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning

Specialiseringen i sundhedsvæsenet og mange patienters behov for indsatser på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren betyder, at der er behov for at styrke integrationen af indsatserne. Derfor er der fortsat behov for at udvikle, afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, der bidrager til en mere helhedsorienteret indsats tilpasset patientens individuelle behov. Ligeledes er der behov for at forbedre mulighederne for at planlægge mere effektive og patientcentrerede forløb.

Sammenhæng mellem indsatser i sundhedsvæsenet og sammenhæng til sociale og beskæftigelsesrettede indsatser er til stadighed en udfordring. Det kan betyde, at patienter oplever fragmenterede indsatser frem for et samlet forløb. Manglende sammenhæng og tilpasning til kompleksitet i patientens behov kan skabe risiko for overlappende tilbud og manglende effekt af indsatserne i sundhedsvæsenet. En af flere måder at understøtte større samtidighed og sammenhæng i sundhedsvæsenet er gennem organisatoriske samarbejdsmodeller, der øger integration af indsatserne.

Mange steder udvikles og implementeres samarbejdsmodeller, der har til formål at øge integrationen af borgernes indsatser. Det er en udvikling, der skal fortsætte.

Mange af de eksisterende integrerende initiativer er under opstart og møder barrierer af forskellig karakter. – fx i form af lovgivning eller manglende brug af mulighederne inden for den gældende lovgivning. Derfor er der behov for at videreudvikle og forbedre rammerne for udbredelse af de integrerende samarbejdsmodeller, der skaber effektive forløb af høj kvalitet og med udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer. Det er centralt, at videreudviklingen og udbredelsen af samarbejdsmodellerne sker gennem vidensdeling og erfaringsudveksling. Det indebærer, at eventuelle barrierer for samarbejdsmodellerne løbende skal vurderes.

I aftalen om regionernes økonomi for 2018 er parterne enige om, at der skal igangsættes en fælles afdækning af, hvilke nuværende rammer og regler, som eventuelt danner barrierer for sammenhængende patientforløb, herunder adgangen til at anvende data til planlægning af og opfølgning på sammenhængende patientforløb mv.

Ligeledes er der behov for forbedre mulighederne for at kunne planlægge mere effektive og patientcentrede forløb. Fx kunne mennesker med kroniske sygdomme, ældre medicinske patienter og patienter med både somatiske og psykiatriske diagnoser nogle gange have gavn af at se flere behandlere den samme dag. Og samtidig ville de forskellige behandlere have gavn af at høre det samme og koordinere på stedet vedr. den enkelte patient. Der kunne således være behov for mere planlægning af nogle målrettede sundhedstilbud, hvor samarbejdet mellem den specialiserede behandling og behandling og pleje i det nære sundhedsvæsen er bedre integreret, så patienten oplever større sammenhæng i sit forløb.

Derfor anbefaler udvalget, at

1. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal afprøve og udbrede integrerende samarbejdsmodeller, eksempelvis fælles finansiering, ledelse og planlægning

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner understøtter og udbreder integrerende samarbejdsmodeller, som tilgodeser de lokale behov og muligheder.

Integrerende samarbejdsmodeller

Integreret samarbejde kan organiseres med varierende grad af fælles finansiering, ledelse og planlægning. Integrationen kan være af indsatser inden for eller på tværs af sygehuse, praksissektoren og kommunale sundhedstilbud og med integration af eksempelvis social- og beskæftigelsesområdet. Organiseringen af de integrerede samarbejdsmodeller kan indebære fysisk samling af indsatser – som det eksempelvis er kendt med psykiatriens hus og sundhedshuse eller andre fælles tilbud. Integrationen kan også organiseres uden fysisk samling, eksempelvis ved gensidig videns- og kompetenceudveksling, øget rådgivningsmuligheder, ved udgående mobile funktioner mv.

Jf. sundhedslovens §239 er det muligt for en region at indgå aftale med en kommune om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse. En region kan således være medfinansierede for kommunale tilbud. Det beror på den konkrete aftale mellem region og kommune, hvordan ledelse, finansiering og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen organiseres.

Interessentgruppens input

Dansk Sygeplejeråd, FOA, Danske Patienter og Lægeforeningen er gået sammen om udspillet "Fire bud på forsøg med fælles finansiering". Her foreslår interessenter, at der igangsættes forsøg, som skal vise, om fælles finansiering med tilhørende fælles ledelse og fælles planlægning kan minimere kassetænkningen i sundhedsvæsenet. Ligeledes er forslag om tværfaglige og tværsektorielle samarbejder/enheder, også kaldet intermedieære enheder, i varierende form en del af de fire interessenters udspil. Dansk Sygeplejeråd foreslår en fælles model for sundhedshuse og konkret foreslår Dansk Apotekerforening, at der etableres samarbejder mellem apoteker, regioner, almen praksis og kommuner om at foretage farmaceutisk medicingennemgang.

- Kommuner, regioner og staten udvikler og forbedrer rammerne for planlægning, samarbejde og flere integrerede løsninger på tværs af sektorer med det formål at skabe mere sammenhængende og effektive patientforløb.

Anbefaling 2 - Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres

Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber er et af de områder, hvor det ikke altid står klart, hvem der har ansvaret. Det betyder, at nogle patienter i dag oplever, at kassetækning er styrende. Ved overgang fra sygehus til kommunale omgivelser kan der opstå tvivl om, hvilken myndighed der er ansvarlig for at levere et givent redskab eller hjælpemiddel. Det kan efterlade patienten med en oplevelse af manglende sammenhæng og kan medføre unødvendigt besvær for de involverede regionale og kommunale parter. Uklarheder omkring ansvarsdeling kan bl.a. skyldes områdets konstante udvikling, som betyder, at grænserne for, hvad der er et hjælpemiddel og et behandlingsredskab, kan ændre sig over tid. Derfor er der behov for, at organiseringen på området bliver revideret blandt andet med henblik på at understøtte, at borgeren oplever en sammenhængende indsats på tværs af sygehuset og kommunen, at skabe klarhed for sundhedsvæsenets personale og at sikre en omkostningseffektiv anvendelse af hjælpemidler og behandlingsredskaber.

Tildelingen af hjælpemidler og behandlingsredskaber er et komplekst område, og en større omlægning af organiseringen vil derfor kræve en grundig afdækning af de logistiske, økonomiske og juridiske aspekter forbundet hermed.

Udvalget har blandt andet drøftet konsekvenserne af den teknologiske udvikling og de stigende udfordringer i at skelne mellem, hvornår et redskab udgør et behandlingsredskab og et hjælpemiddel. Der er både behov for at tydeliggøre reglerne på området og for at sikre, at reglerne følger med tiden og tager højde for de udfordringer, som patienter og medarbejdere oplever i praksis. Derudover har udvalget drøftet potentialitet ved at standardisere de redskaber, der anvendes i det regionale og kommunale sundhedsvæsen med henblik på at sikre ensartethed på tværs af landet og ved sektorovergange. Samtidig ville en øget standardisering evt. kunne bidrage til at opnå bedre indkøbsaftaler.

I regi af udvalget har der været nedsat en underarbejdsgruppe med det formål at drøfte muligheden for en mere hensigtsmæssig organisering af området. I forlængelse heraf er der ligeledes afholdt en workshop med kommunale og regionale praktikere på området, patient- og handicaporganisationer samt faglige organisationer, som havde til formål nærmere at belyse de konkrete udfordringer, der opleves blandt borgere og medarbejdere.

Udvalgets behandling har bekræftet, at der er brug for ændringer på området, hvis borgerne skal kunne være sikre på at opleve sammenhæng i overgangen fra sygehus til kommune. Samtidig hermed bør der ske en yderligere afdækning af området af hensyn til at kunne finde en fremtidssikret løsning.

Derfor anbefaler udvalget, at

Workshop om hjælpemidler og behandlingsredskaber

Generelt var der blandt interessenterne enighed om, at det for borgerne kan være svært at gennemskue de forskellige lovgivninger på området, ligesom opdelingen mellem behandlingsredskaber og hjælpemidler kan virke kunstig. Det blev påpeget, at der er store geografiske forskelle både på regionalt og kommunalt niveau. Samtidig var der enighed om, at vurderingen af nødvendigheden af et produkt kan være svært at foretage. Det blev foreslået at oprette et regionalt eller nationalt udstyrskatalog, der kan sætte klarere rammer for, hvilket udstyr der er nødvendigt. Omvendt blev der argumenteret for, at et udstyrskatalog, i en verden der udvikler sig hurtigt, vil blive forældet, når nye produkter kommer på markedet.

Der blev desuden givet udtryk for, at problemerne på området blandt andet opstår, fordi det relevante personale i kommuner og regioner ikke har tilstrækkeligt kendskab til reglerne på området, herunder afgrænsningscirkulæret. En anden problematik drejer sig om, hvordan organiseringen i sundhedsvæsenet udvikler sig løbende. Eksempelvis udskrives mange borgere til midlertidige kommunale døgnophold. Derudover skaber varighedsbegrebet udfordringer, når hjælpemidler og behandlingsredskaber skal tildeles. Varighedsbegrebet tolkes forskelligt på tværs af landet. Endelig er der et problem med selve afgrænsningscirkulærets udformning. Cirkulæret sikrer i praksis ikke altid en tilstrækkelig afklaring af de tvivlstilfælde, der opstår om kategoriseringen af redskaberne. Der er derfor brug for en mere smidig vej til afklaring af nye produkter og teknologier.

2. Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber skal forbedres

Det betyder blandt andet konkret, at

- Reglerne om hjælpemidler og behandlingsredskaber opdateres og tydeliggøres. Dette vil indebære, at det eksisterende afgrænsningscirkulære på området erstattes af en ny vejledning, der beskriver kommuner og regioners forpligtelser i forhold til at levere behandlingsredskaber og hjælpemidler efter sundhedsloven samt håndteringen af snitflader til andre områder, herunder hjælpemidler efter serviceloven.
- Der etableres en fælles samarbejdsstruktur for hjælpemidler og behandlingsredskaber på nationalt niveau, som kan fungere som et hurtigt afklarende organ i tilfælde af uklarheder mellem myndigheder om bevillingsansvaret for hjælpemidler og behandlingsredskaber. Den nationale samarbejdsstruktur kan desuden medvirke til generel videndeling på området og vurdering af nye produkter.
- Der igangsættes yderligere undersøgelser med henblik på at tilvejebringe en mere hensigtsmæssig – og mindre opdelt – organisering af området, fx via analyser af muligheden for standardisering, fælles indkøb og distribution mellem regioner og kommuner samt afgrænsede forsøg med fælles organiseringer med henblik på at indhente yderligere erfaringer.

Anbefaling 3 - Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse

For nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse bliver somatiske lidelser ikke i tilstrækkelig grad opsporet og behandlet, ligesom nogle oplever, at der ikke tages tilstrækkeligt hensyn i behandlingen for somatiske sygdomme. Det kan medvirke til, at nogle mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse lever markant kortere end mennesker uden psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse. Derfor er der behov for at styrke opmærksomheden på somatiske lidelser for denne gruppe. Det kræver, at der er de rette kompetencer på sygehusene, i kommunerne og almen praksis til at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Ligeledes er det centralt, at sikre de rette kompetencer til at opspore og behandle psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse i forbindelse med somatisk behandling.

Nogle mennesker med psykiske lidelser eller kognitiv funktionsnedsættelse lever markant kortere end mennesker uden psykiske lidelser. Det drejer sig særligt om mennesker med alvorlig hjerneskade eller udviklingshæmning samt mennesker med mere alvorlige former for psykiske lidelser, herunder skizofreni, bipolar og unipolar affektiv sindsslidelse samt misbrugsrelaterede lidelser.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at der blandt mennesker med psykiske lidelser forekommer underdiagnosticering og underbehandling, hvilket bidrager til en øget sygelighed og risiko for tidlig død.

Overdødeligheden skyldes en kombination af flere forskelligartede faktorer, herunder højere forekomst af selvmord og ulykker, komplikationer og bivirkninger ved nogle lægemidler, mindre adgang til somatiske sundhedsydelser og højere forekomst af risikofaktorer for mange kroniske sygdomme og nogle former for kræft. Reduktion af overdødelighed kræver dermed en flerstrengt og bred indsats. En indsats, der blandt andet indebærer sikring af somatiske kompetencer i psykiatrien, selvmordsforebyggende indsatser, flerstrengt behandling, forebyggelse og tidlig opsporing af livstilsbetingende sygdomme og fremme af generel sundhed i de kommunale tilbud.

Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer.

Behovet for fokus på somatiske lidelser understreges af Statens Institut for Folkesundheds analyse "Sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Analyse af personcases, oplevelser og evalueringer", der peger på, at borgerne oplever, at deres somatiske lidelser ikke tages alvorligt og at omvendt ikke bliver taget højde for deres psykiske lidelse i et somatisk behandlingsforløb. Udfordringer, der kan resultere i modstridende budskaber og konflikt mellem den fysiske og psykiske behandling.

Regionale pakkeforløb på psykiatriområdet

Med mål om at styrke og ensarte kvaliteten i psykiatrien samt øge middellevetiden for mennesker med psykiske lidelser har regionerne indført pakkeforløb på en række områder. Pakkeforløbene indeholder systematisk screening for somatisk sygdom og har særligt fokus på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion). Med henblik på at skabe mere samtidighed i indsatsen og styrke de tværfaglige kompetencer, placeres psykiatrien og somatikken geografisk tæt på hinanden i flere af de nye sygehusbyggerier, mens der tillige har været fokus på at etablere fælles akutmodtagelser.

Somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse skal tages alvorligt og reageres på. Mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse skal have lige adgang til somatisk behandling, og ikke opleve at det kan være svært at få adgang til somatisk behandling, fordi deres fysiske symptomer bliver mistolket som psykiske eller fordi de begrænses af deres kognitiv nedsættelse.

En styrket indsats kræver tilstedeværelse af de rette kompetencer på sygehusene, i kommunerne og praksissektoren til at forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser. Det er samtidig centralt, at de rette kompetencer til at opspore psykiske lidelser i forbindelse med somatisk behandling er til stede, eksempelvis i almen praksis.

Ligeledes er et styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri, praksissektoren og de kommunale indsatser med fokus på at reagere og handle på ændringer i borgernes tilstand vigtig. Det er centralt at have fokus på at skabe en kultur, hvor somatiske lidelser tages alvorligt og ikke misfortolkes som psykiske symptomer.

Derfor anbefaler udvalget, at

3. Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal systematisk øge fokus på somatiske lidelser hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal fortsat have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne forebygge, opspore og reagere på somatiske lidelser hos borgere med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse.
- Kommuner og regioner, herunder praksissektoren, skal fortsat have fokus på at sikre de rette sundhedsfaglige kompetencer i deres tilbud med henblik på bedre at kunne opspore psykiske lidelser i forbindelse med somatisk behandling, rehabilitering og pleje.

Anbefaling 4 - Kommuner og regioner skal sikre en model for forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis

I overgangen fra sygehus til kommunale sundhedsindsatser er forløbskoordination ofte vigtig for patientens oplevelse af et trygt og samlet forløb. Erfaringer viser, at forløbskoordination kan være med til at forebygge indlæggelser og øge det tværsektorielle samarbejde. Derfor skal regioner og kommuner sikre, at der er aftaler om forløbskoordination for relevante patienter. Der er flere måder at sikre forløbskoordination, og det er vigtigt at være opmærksom på, at alle patienter ikke har de samme behov, ligesom lokale forhold taler for forskellige modeller. Samtidig er det centralt, at forløbskoordinationen tager udgangspunkt i de etablerede erfaringer og viden på det somatiske og psykiatriske område.

Forløbskoordination er en central del af arbejdet hen imod mere trygge, effektive og sammenhængende patientforløb til gavn for både patienter, personale og sundhedsvæsenets brug af ressourcer. Formålet med forløbskoor-

Forebyggelse og sundhedsfremme i socialfaglige tilbud

Kommunerne har igennem de seneste år styrket fokus på forebyggelse og sundhedsfremme i socialfaglige tilbud bl.a. ved implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Her er der fokus på etablering af sunde rammer i socialfaglige tilbud i form af fx sund mad, fysisk aktivitet og sundhedstilbud målrettet til denne gruppe borgere.

Kortlægningen af kommunernes implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra 2015 viser at:

- 66 % af kommunerne følger ernæringsanbefalingerne, når der tilberedes mad i botilbud
- 87% af kommunerne har etableret tilbud der fremmer fysisk aktivitet for borgere med psykisk sygdom
- 91% af kommunerne har et særligt alkoholbehandlingstilbud målrettet borgere med psykisk lidelse

Interessentgruppens input

Danske Handicaporganisationer foreslår, at der indføres et sundhedstjek hos praktiserende læge i alle kommuner rettet mod borgere med psykiske og kognitive funktionsnedsættelser. Lægeforeningen fremhæver, at der er brug for at løfte de sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddene. Og FOA mener, at man i den reviderede Social- og Sundhedsuddannelse skal lægge vægt på kompetencer til selvstændigt at kunne handle fagligt begrundet på observerede ændringer i borgerens fysiske, psykiske og sociale sundhedstilstand, herunder anvende værktøjer til tidlig opsporing. Dansk Sygeplejeråd mener, at der i alle kommuner skal være adgang til specialiserede kompetencer inden for psykiatrien.

dination er blandt andet at skabe en mere sammenhængende og integreret indsats imellem sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Ligeledes er det målet at skabe ro og tryghed hos patienten samt at forebygge indlæggelser.

Der findes flere forløbskoordinerende initiativer, der har til formål at styrke det tværsektorielle arbejde ved at skabe bedre overgang for patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Eksempler er fremskudt visitation, følge hjem-ordninger og udgående funktioner.

Erfaringerne med forløbskoordination er i flere tilfælde positive. Sundhedsstyrelsen har fået foretaget en evaluering af fremskudt visitation. Evalueringen peger på, at fremskudt visitation kan være med til at forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges, så den som minimum er omkostningsneutral for kommunen, og samlet set sparer penge i sundhedsvæsenet. De involverede patienter og pårørende er ligeledes positive, idet de ofte bliver mødt med viden om det videre forløb og øget tryghed i forbindelse med udskrivningen. Evalueringen har til formål at skabe systematisk viden, der kan inspirere og kvalificere regioner og kommuner i arbejdet med at koordinere forløb i snitfladen mellem regionale og kommunale sundhedstilbud. Resultaterne af den samlede evaluering vil blive vurderet nærmere i forhold til Sundhedsstyrelsens arbejde med den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient. Udvalget støtter op om evalueringens analyser.

Fremskudt visitation og udgående funktioner

Ved fremskudt visitation sender kommuner medarbejdere ind på hospitaler for at koordinere de mest komplekse udskrivningsforløb, mens patienten stadig er indlagt. Ved udgående funktioner rykker regionale teams ud af sygehuse og leverer indsatser tæt på eller i borgerens eget hjem. En rundspørge i regionerne viser, at der er 222 regionale udgående funktioner, som er sammensat af flere typer faggrupper, der blandt andet udreder, undersøger og behandler patienterne i deres eget hjem. Eksempelvis har alle regioner etableret følge-hjem-ordninger for svage ældre.

Der efterspørges stadig mere viden om de effektive forløbskoordinerende initiativer, som skaber bedre forløb og overgange mellem sektorer til gavn for både patienterne og sundhedsvæsenets ressourceudnyttelse. Dette skal desuden være med til at imødegå den uensigtsmæssige variation, der i dag er i udbredelsen og anvendelsen af de forløbskoordinerende initiativer.

Derfor skal regioner og kommuner sikre, at der er en aftale for forløbskoordination for de patienter, der har forløb på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren. I mange tilfælde er det meningsfuldt at tilpasse de forløbskoordinerende modeller og initiativer til de lokale forhold. Samtidig er det centralt, at der indsamles gode erfaringer og viden, som deles og anvendes i tilrettelæggelsen af indsatserne.

Interessenternes input

Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd, Sundhedskartellet, FOA og Lægeforeningen peger alle på forløbskoordination som central. Eksempelvis foreslår Danske Patienter tværfaglige forløbskoordinatorer til alle patienter i komplekse forløb. Og Lægeforeningen foreslår, at sygehuset skal kunne følge de svageste patienter hjem, ligesom det nære sundhedsvæsen skal på besøg hos patienterne på sygehuset.

Derfor anbefaler udvalget, at

4. Kommuner og regioner skal sikre forløbskoordination for relevante patienter med forløb på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis

Det betyder blandt andet konkret, at

- Regioner og kommuner aktivt skal sikre, at der mellem sygehuse og kommunale sundhedstilbud, under relevant inddragelse af praksissektoren, er en aftale om forløbskoordination for de patienter, der vurderes at have gavn af dette.
- Tilrettelæggelsen af forløbskoordinationen skal tage hensyn til patienternes forskellige behov, ligesom lokale forskelle kan tale for brug af forskellige aftaler.
- Det igangværende evalueringsarbejde på området, herunder i regi af Sundhedsstyrelsen, skal tages i betragtning i den fremadrettede videreudvikling af forløbskoordinationsinitiativer.

Anbefaling 5 - Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordination af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug

For nogle mennesker med psykiske lidelser og personalet omkring er der et særligt behov for, at overgangen fra behandling i den regionale psykiatri til de kommunale indsatser understøttes af tæt koordination med rette udveksling af oplysninger. For at styrke det tværfaglige samarbejde mellem den regionale psykiatri og de kommunale indsatser er der behov for at styrke udarbejdelsen og anvendelsen af udskrivningsaftaler, koordinationsplaner og koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug.

De koordinerende indsatsplaner for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner til mennesker med psykiske lidelser er centrale redskaber, der har til formål at skabe overblik over og koordinere borgernes indsatser mellem botilbud og psykiatrisk afdeling med politi, kriminalforsorg eller andre. For nogle borgere med psykiske lidelser, herunder borgere med samtidigt misbrug, er udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner et lovpligtigt og centralt redskab i understøttelsen af borgerens videre behandling og indsats. I andre tilfælde har de koordinerende indsatsplaner samme formål og funktion, og er dermed et vigtigt redskab i koordinationen af borgerens forløb. Der er forsat brug for at styrke den fælles brug af disse redskaber.

Igennem en længere periode er der arbejdet med forbedringer i brugen af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne. Sundhedsstyrelsen har samlet op på erfaringerne med brugen af de to redskaber i forlængelse af møder i henholdsvis Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri og Task Force for Psykiatriområdet. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderes at være et relevant og brugbart redskab. Samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne understøtter endvidere forankring af og samarbejdet omkring udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Der er således gode erfaringer med at anvende udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne til at sikre det nødvendige faglige samarbejde efter udskrivning, blandt andet i forhold til udveksling af information, faglig sparring i forhold til opsporing og reaktion på ændringer samt viden om kommunale og regionale kontaktpersoner.

På baggrund af erfaringer med den nuværende brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner vurderer Sundhedsstyrelsen, at brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner med fordel kan styrkes og anbefaler, at

- Regioner og kommuner indgår aftaler om brugen af aftaler/planer i regi af sundhedsaftalerne
- Alle udarbejdede aftaler og planer registreres i Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem
- Regionerne tager kontakt til og drøfter med kommunerne i regionen, hvordan de fremadrettet kan samarbejde om planerne/aftalerne, herunder hvordan kommunerne kan inddrages mere og tidligere i udarbejdelsen af aftaler/planer

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er rettet mod de psykiatriske patienter, der ikke har indsigt i egen sygdom og derfor ikke kan se behovet for behandling efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling eller distriktskykiatri. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal, henholdsvis med og uden borgernes samtykke, sikre kommunikation i overgange mellem regionale og kommunale indsatser. Formålet er at sikre, at borgerens videre indsatser tilrettelægges og følges op på ud fra de rette oplysninger. Det er overlægens ansvar, at der indgås en aftale, når patienten udskrives fra den regionale psykiatri. Tilbuddene i udskrivningsaftalen fastlægges ved fælles konference mellem de forskellige myndigheder. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er tiltænkt som et fælles redskab blandt den regionale psykiatri og andre involverede parter.

Koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

De koordinerende indsatsplaner for personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal skabe et overblik over den enkeltes aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale stofmisbrugs- og alkoholbehandling. Øvrige relevante indsatser på det somatiske, sociale og/eller beskæftigelsesområdet mv. kan inddrages. Planerne skal dermed give bedre mulighed for en koordineret og mere individuel indsats. Den konkrete opgave- og ansvarsfordeling mellem kommune og region aftales lokalt i regi af de lokale sundhedsaftaler, hvormed der er variation i implementering af de koordinerende indsatsplaner.

- Overveje om det skal være muligt at udarbejde aftaler og planer i ambulatorierne
- Der er opmærksomhed på at koordinere og om muligt mindske antallet af forskellige planer for den enkelte patient

Sundhedsstyrelsen følger op på brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i regi af Task Force for Psykiatriområdet i 2017. Derudover vil Sundhedsstyrelsen i 2017 udsende et kort informationsark til regioner, der præciserer reglerne for udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blandt andet for retspsykiatriske patienter.

Der er potentiale for bedre brug af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne, som i højere grad sikre den rette koordinationsplan.

Kommunerne har et ønske om styrket samarbejde og ligeværdighed mellem region og kommune i forhold til udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, herunder at blive inddraget mere og tidligere i borgerens indlæggelsesforløb, og når det planlægges, at en borger skal udskrives. Regionerne vurderer, at der er potentiale for at styrke nogle kommuners prioritering og aktive indsats for at udarbejde og anvende udskrivningsaftalerne samt koordinationsplanerne. Regionerne ønsker, at kommunerne bliver en mere forpligtende del af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne.

Der er på den baggrund enighed om, at kommunerne i nogle tilfælde skal kunne foreslå, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan. Borgerens problematikker og adfærd kan vise sig anderledes uden for sygehuset end i en sygehuskontekst, fx kan borgeren blive udadreagerende, hvis borgeren vægrer sig ved at følge den psykiatriske behandling. Ofte er det de kommunale tilbud, der har den daglige kontakt til borgeren og dermed væsentlig viden om ændringer i borgeren indsigter i forhold til egen behandling. En udskrivningsaftale eller koordinationsplan kan i sådanne tilfælde vise sig at være konfliktforebyggende og en ramme for det fælles samarbejde om og med borgeren.

Derfor anbefaler udvalget, at

5. Regioner og kommuner skal forbedre brugen af planer, der sikrer koordinationsplaner af indsatserne for mennesker med psykiske lidelser, herunder mennesker med samtidigt misbrug

Det betyder blandt andet konkret, at

- Samarbejdet om de fælles planer skal tilpasses Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
- Kommuner skal kunne foreslå, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

Anbefaling 6 – Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordelingen for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes

For mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er misbrugsbehandling ofte en forudsætning for den psykiatriske behandling og omvendt. For at styrke samtidighed i indsatserne og den enkelte dobbeltdiagnosticerede udbytte af indsatserne er der derfor behov for at belyse mulighederne for, at den regionale psykiatri får ansvar for misbrugsbehandlingen for en mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser, også når de ikke er indlagt i psykiatrien.

Den gældende ansvarsfordeling for misbrugsbehandling for mennesker med psykiske lidelser (dobbeltdiagnosticerede) tilgodeser ikke i alle tilfælde en helhedsorienteret og sammenhængende behandling. Mennesker med dobbeltdiagnose besidder ofte komplekse problemstillinger, hvor behandling af den psykiske lidelse er en forudsætning for, at de kan få gavn af behandling af rusmiddelmisbruget, og omvendt. Samtidig i indsatserne og tværsektorielt samarbejde er dermed afgørende.

Ansvarsfordelingen i forhold til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er klar og entydig:

- Ansvar for behandling af psykiske lidelser er regionalt.
- Ansvar for behandling af rusmiddelmisbrug er kommunalt, bortset fra under sygehusindlæggelse, hvor ansvaret er regionalt.

Regionerne og kommunerne har flere koordinations- og samarbejdsredskaber, som skal understøtte den afgørende sammenhæng og kontinuitet i den enkeltes forløb. Sundhedsaftaler skal understøtte samarbejdet mellem relevante aktører om behandlingsforløb til personer med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb. De koordinerende indsatsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er ligeledes centrale koordinerende redskaber mellem de regionale og kommunale indsætter jf. anbefaling 5.

For en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er det et spørgsmål, om den tilstrækkelige samtidighed og sammenhæng kan sikres inden for rammerne af den gældende ansvarsfordeling. Målet med en eventuel ændring af ansvaret for behandlingen af rusmiddelmissbruget hos en mindre del af de dobbeltdiagnosticerede skal være at begrænse risikoen for, at rusmiddelmissbruget ikke behandles, og forøge mulighederne for at sikre den tilstrækkelige sammenhæng og kontinuitet i den samlede indsats.

En ændring af ansvarsfordelingen skal understøtte, at de dobbeltdiagnosticerede modtager behandling for deres rusmiddelmissbrug og psykiske lidelse. Det kan i den forbindelse overvejes, om det som følge af de eksisterende kompetencer og af den større volumen vil være lettere for de fem regioners psykiatri end for de 98 kommuners misbrugsbehandlingssystemer at opretholde og udvikle de særlige kompetencer, som er en forudsætning for en vellykket misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Før en eventuel ændring af ansvaret for misbrugsbehandling for en mindre del af patienter med dobbeltdiagnose er der behov for, at Sundhedsstyrelsen belyser afgrænsningen af den mindre gruppe af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, der fagligt vil have gavn af en ændret ansvarsfordeling.

Derfor anbefaler udvalget, at

6. Det hensigtsmæssige i en ændret ansvarsfordeling for misbrugsbehandling af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal vurderes

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal se nærmere på en faglig afgrænsning af en mindre del af gruppen af mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, der forløbs- og behandlingsmæssigt vil have gavn af en ændret ansvarsfordeling.
- Sundheds- og Ældreministeriet skal derefter arbejde videre med de lovgivningsmæssige rammer.

6.2 Rette kompetencer til rette opgaver

Personalet i sundhedsvæsenets udgør fundamentet for sundhedsvæsenet og mulighederne for at tilbyde indsatser af høj kvalitet for alle borgere i hele landet. Derfor er det vigtigt, at de rette kompetencer er tilstede i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Samtidig skal de eksisterende kompetencer anvendes bedst muligt, så de giver mest værdi, både for borgeren og samfundet.

Ansvarsfordeling i forhold til mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug

Behandling af en psykisk lidelse er efter sundhedsloven regionens ansvar. Regionen må ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende psykisk lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug. Hvis en person med et misbrug af rusmidler har en psykisk lidelse, der kræver indlæggelse på sygehus, skal sygehuset under indlæggelsen behandle misbruget. Påbegyndes misbrugsbehandling under sygehusindlæggelse, skal der med samtykke fra patienten etableres kontakt til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre patientens videre behandling efter udskrivning fra sygehus, hvis patienten ønsker det. Det gælder også i de tilfælde, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin psykiske lidelse i eksempelvis et psykiatrisk ambulatorium, et distriktspsykiatrisk center eller i praksissektoren.

Kommunen har efter sundhedsloven og serviceloven ansvaret for behandling af misbrug af rusmidler. Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på misbrugsområdet. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper, herunder tilbud, der særligt retter sig mod personer, som ud over misbruget også har en psykisk lidelse. Det kommunale behandlingssystem må ikke afvise at udrede eller behandle personer med et misbrug med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Sundhedsvæsenets konstante udvikling har betydning for både volumen, kompleksitet og specialisering af det sundhedsfaglige personales kompetencer i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenets udvikling med mere effektive og skånsomme behandlinger på sygehusene, og deraf kortere indlæggelsestider, stiller i stigende grad krav til tilstedeværelsen af kompetencer i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Samtidig betyder den demografiske udvikling, at der er større behov for kompetencer til behandling af den ældre medicinske patient og patienter med kroniske lidelser i borgerens nære miljø, ligesom der fortsat er behov for at styrke kompetencerne i forhold til mennesker med psykiske lidelser.

Udvalgets anbefalinger skal ses i lyset af, at der med den nationale handlingsplan for en styrket indsats for den ældre medicinske patient blev afsat 125 mio. kr. fra 2016 til 2018 til kompetenceløft i kommunerne. Ligeledes er kompetenceløft en del af den nationale demenshandlingsplan 2025, hvor i alt 145 mio. kr. blev prioriteret til et praksisnært kompetenceløft i kommuner og regioner. Udvalgets anbefalinger skal ses i sammenhæng med disse midler. Endvidere forventes der et naturligt kompetenceløft i takt med, at regioner og kommuner kan ansætte sundhedsfagligt personale, der er færdiguddannet med baggrund i den seneste revidering af sundhedsuddannelserne. De reviderede uddannelser har bl.a. fokus på at sikre stærkere kliniske/praktiske kompetencer samt kompetencer ift. det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde. Det nyuddannede sundhedsfaglige personale forventes dermed at være bedre rustet til at mestre de tværgående aspekter vedrørende kommunikation og pleje og til at håndtere komplekse, sammensatte forløb i koordination med øvrige parter ud fra patientens individuelle behov og mål.

Et økonomisk holdbart sundhedsvæsen og indsatser med mindst mulig indgriben i patientens hverdag kræver, at kompetencerne anvendes, hvor det giver mest værdi for patienten og samfundsøkonomien. Derfor skal sundhedsvæsenets indsatser varetages af det faglige kompetente personale på lavest muligt omsorgs- og omkostningsniveau, og så vidt muligt i patientens hjem eller nærmiljø uden sygehusindlæggelse. Det kræver blandt andet klare aftaler om opgavevaretagelsen, og at reglerne for brug af medhjælp understøtter en sikker og fleksibel brug af personalet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Anbefaling 7 – Sundhedsaftalesystemet skal fornys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at der løbende er behov for justering i den konkrete opgavevaretagelse, og tilhørende tydelig ansvarsfordeling mellem sektorerne. De fem sundhedsaftaler er helt centrale værktøjer for at sikre sammenhængende forløb for de patienter, som har forløb på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. De skal give tydelige politiske rammer, som skal understøtte en fleksibel opgavevaretagelse og sikre, at indsatserne varetages af høj, ensartet kvalitet på det laveste, effektive omsorgs- og omkostningsniveau tæt på borgerens eget hjem. Derfor skal sundhedsaftalesystemet fornys, så aftalerne bliver mindre bureaukratiske, men til gengæld understøtter en klar opgavedeling.

Det er 10 år siden, at der med kommunalreformen blev skabt 5 nye regioner og 98 kommuner, og hvor man etablerede sundhedsaftalesystemet. Derudover er det 4 år siden disse blev reduceret fra 98 til 5 sundhedsaftaler i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen. Vi er nu nået til tredje generation af sundhedsaftaler, og sundhedsvæsenet er et andet sted, end det var for 10 år siden. Regioner og kommuner har fået erfaringer med samarbejdet og erfaringer med, hvad der virker, og hvad der ikke virker. Derfor er det oplagt nu at foretage en fornyelse af konceptet for aftalerne, baseret på de erfaringer parterne har fået.

Sundhedsaftalerne udgør i dag den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis. Med de nuværende sundhedsaftaler er der lagt et solidt fundament for et godt samarbejde mellem sygehusene, kommuner og almen praksis. Der opleves dog samtidig udfordringer i relation til sundhedsaftalerne. For det første peger KL og Danske Regioner på, at sundhedsaftalerne indeholder omfangsrige bagvedliggende implementeringsplaner.

Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalen er en politisk aftale, som jf. sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen. Aftalen skal fastsætte rammer og målsætninger for samarbejdet mellem parterne. Som led i sundhedsaftalen udarbejdes en administrativ aftale, der konkretiserer den politiske aftale og fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

Dette skyldes, at vejledningen for sundhedsaftalerne meget detaljeret beskriver, hvad sundhedsaftalerne skal indeholde og hvilke obligatoriske områder, der skal behandles. Hertil kommer, at der løbende stilles krav, som der fra centralt hold ønskes indarbejdet i sundhedsaftalerne.

Regioner og kommuner bruger derfor mange ressourcer på at iværksætte og følge op på implementeringsplanerne. Ifølge kommunerne og regionerne fratager de omfangsrige implementeringsplaner således i praksis politikernes muligheden for at lægge nogle meget tydelige politiske prioriteringer ned over aftalen.

Sundhedsaftalesystemet bør derfor fornys, så der gives mere plads til lokale, politiske prioriteringer. Dette gøres ved, at der stilles færre samt klare og forpligtende krav til, hvad sundhedsaftalerne skal indeholde, så sundhedsaftalesystemet udvikles og bliver mere i overensstemmelse med rammerne for de nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet. Kravene skal målrettes mod blandt andet tydelige aftaler om samarbejde og adgang til rådgivning samt klarhed om de situationer, hvor opgaver varetages på en ny måde, der kræver nye kompetencer og øget kapacitet.

Et af de steder, hvor kravene i vejledningen bør målrettes, er ved overdragelse af konkrete opgaver fra region til kommuner, hvor myndighedsansvaret fortsat er forankret i regionen, men hvor kommunerne leverer konkrete ydelser til borgeren, eksempelvis i borgerens eget hjem. Der eksisterer i dag på mange områder dialog og aftaler for opgavevaretagelsen på tværs af kommuner og regioner. Der er dog store geografiske forskelle i, hvad der er indgået aftale om, og hvor godt samarbejdet om opgavevaretagelsen fungerer. Derfor bør vejledningen indeholde en tjekliste for, hvad aftaler om opgaveoverdragelse som minimum skal skabe klarhed om.

Kommunernes aftaler om opgaveoverdragelse

En rundspørge blandt landets kommuner foretaget af KL i 2016 har vist, at 61 pct. af kommunerne har indgået aftale med sygehusene om konkret opgaveoverdragelse, 32 pct. har ikke indgået en aftale, mens 7 pct. planlægger at indgå en aftale. I forhold til den konkrete undersøgelse bemærkes det af KL, at kommunerne kan svare "ja", hvis de har indgået en aftale med regionen om et specifikt område som fx hjemmedialyse eller hjerterehabilitering. Rundspørgen siger dermed ikke noget om, hvorvidt der er lavet aftaler om alle de opgaver, som kommunerne i stigende grad varetager.

De tydelige aftaler er eksempelvis afgørende i forhold til kommunernes akutfunktioner og de regionale udgående enheder, hvor der er behov for større dialog mellem region og kommuner om etableringen og dimensioneringen af indsatserne. Inden for psykiatrien gælder det også i forhold til samarbejdet mellem region og kommuner i udskrivningssituationer, hvor der er behov for klare aftaler om, hvad der skal aftales inden udskrivning og hvilke elementer, der bør indgå i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan.

For det andet opleves der udfordringer i samarbejdet med almen praksis, hvor praksisplanerne i dag er det centrale samarbejds- og planlægningsværktøj mellem region, kommune og almen praksis. Formålet med praksisplanerne er blandt andet at beskrive, hvilke opgaver almen praksis skal varetage samt snitfladerne til resten af sundhedsvæsenet, ligesom at praksisplanen er rammen for sundhedsaftalens gennemførelse i relation til almen praksis.

For det tredje påpeger KL og Danske Regioner, at den nuværende kadence for indsendelsen af sundhedsaftalen er uhensigtsmæssig. Fristen for indsendelse af sundhedsaftalerne er reguleret i bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Af § 6 i bekendtgørelsen fremgår det, at indsendelsen af sundhedsaftalen skal ske senest den 31. januar i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. KL og Danske Regioner efterspørger mere tid til, at de nyvalgte kommunale og regionale politikere kan sætte sig ind i området, inden de skal udarbejde sundhedsaftalerne.

Derfor anbefaler udvalget, at

7. Sundhedsaftalesystemet skal fornys og sikre bedre rammer for, at regionerne og kommunerne laver forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Det betyder blandt andet konkret, at

- Bekendtgørelse og vejledning for sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler revideres. En fornyelse skal understøtte klare aftaler for samarbejdet og sikre, at sundhedsaftalerne bliver mindre bureaukratiske og administrativt tunge, men at fokus er på klare politiske mål for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Udvalget anbefaler, at det indarbejdes i vejledningen, at aftalerne som minimum skal skabe klarhed om:

- Kapacitet og kvalitet i indsatserne, eksempelvis klarhed om hvilke opgaver henholdsvis de regionale udgående funktioner og kommunale indsatser varetager
- Det eventuelle lægelige behandlingsansvar, herunder klar og entydig adgang til lægelig ekspertise på sygehus og i almen praksis (jf. autorisationslovens bestemmelser om brug af medhjælp)
- Adgang til sparring og faglig rådgivning (eksempelvis via fælles skolebænk og kompetenceudvikling knyttet til konkrete opgaver)
- Adgang til medicin og remedier på sygehusene vedrørende patientbehandling, der varetages af kommunen
- Klarhed om opfølgning på indsatser og monitorering via data
- Aftale om opfølgning på kvaliteten
- Vilkår for ændret arbejdsdeling, herunder økonomi

Derudover anbefales det, at

- Kadencen for indsendelse af sundhedsaftalerne skal ændres snarest således, at disse skal indsendes senest 1. juli inde i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. Det vil sige, at de næste sundhedsaftaler skal indsendes til Sundhedsstyrelsen d. 1. juli 2019.

Derudover anbefaler KL, at de to regionale politiske udvalg, Praksisplanudvalget og Sundhedskordinationsudvalget, slås sammen. Dette vil medvirke til at forenkle den politiske decentrale samarbejdsstruktur og sikre større sammenhæng mellem sygehuse, kommunale sundhedstilbud og almen praksis. Udvalget har drøftet KL's forslag, men Danske Regioner vurderer, at der ikke er grundlag for at sammenlægge de to udvalg, da der ikke alle steder er sammenfald mellem medlemmerne, ligesom at beslutningskompetencen i de to udvalg ikke er sammenfaldende. Afgørende er det dog, at de to udvalgs opgaver ikke er ens. En sammenlægning vil indebære et væsentligt større udvalg med en større og mere kompleks opgaveportefølje, som for en stor dels vedkommende ikke har samklang, og som potentielt kan hindre fremfor for at fordre sammenhæng. Danske Regioner finder det dog væsentligt, at arbejdstilrettelæggelse i de to udvalg koordineres med henblik på at skabe et så effektivt samspil som muligt.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL anbefaler, at der på nationalt plan systematisk følges op på opgaveudviklingen aftalt i regi af sundhedsaftalerne og den lokale udvikling i øvrigt. På baggrund heraf skal der i relevant omfang udarbejdes nationale rammer for varetagelse af konkrete nye opgaver i kommunerne. Dette er nødvendigt for at sikre overblik over den løbende opgaveglidning fra sygehuse til kommuner og skabe større ensartethed, effektivitet og kvalitet på tværs af landet.

Anbefaling 8 - Reglerne om benyttelse af medhjælp skal understøtte klare og fleksible rammer for sygeplejefaglige opgaver i kommunerne samt et tydeligt ansvar

Delegation af sundhedsfaglig virksomhed er en vigtig del af det daglige arbejde med at sikre en fleksibel og effektiv opgavevaretagelse. Både af hensyn til patientsikkerheden og tilrettelæggelsen af opgaver er det centralt, at delegation sker under klare rammer med tydelig ansvarsfordeling. De eksisterende regler om benyttelse af medhjælp er i dag ikke i tilstrækkelig grad med til at sikre klare og fleksible rammer for varetagelsen af delegerede opgaver i kommunerne. Derfor er der behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Formålet med reglerne om benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed) er at give klare rammer for, at også andre faggrupper kan udføre sundhedsfaglige opgaver, som efter lovgivningen er forbeholdt bestemte faggrupper. Dermed skal reglerne understøtte en fleksibel og effektiv arbejdstilrettelæggelse, og sikre at benyttelsen af medhjælp sker inden for klare rammer med en klar ansvarsfordeling.

Udviklingen i sundhedsvæsenet som fx mere kompleks pleje og efterbehandling i kommunerne og udviklingen på det præhospitalt område, samt eksisterende uklarheder om forståelsen af reglerne og forskellig fortolkning i forhold til forskellige behandlingssituationer og ansvarsplacering, betyder, at der er behov for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

I Styrelsen for Patientsikkerhed er der et igangværende arbejde - under inddragelse af en referencegruppe bestående af blandt andre KL og Danske Regioner - med at belyse mulighederne for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Nogle af de behov og problemstillinger, som er påpeget i regi af Styrelsen for Patientsikkerheds arbejde er følgende:

- Mere entydig ansvarsplacering, særligt ved rammedelegationer, herunder hvem personalet ved tvivl skal kontakte i forbindelse med udførelse af en delegeret opgave. Det gælder både i forhold til behandling af konkrete patienter, i forhold til en defineret patientgruppe og særligt ved rammedelegation på tværs af sektorer.
- Mere fleksible delegationer på plejecentre og i akutfunktioner, som kan omfatte flere arbejdsopgaver for plejepersonalet.
- Præcisering af ledelsesansvaret, herunder hvilket ansvar der påhviler ledelsen af de forskellige behandlingsinstitutioner.
- Tydeligere ledelsesansvar i forhold til udvælgelse, instruktion, tilsyn og ansvar for, at der foreligger instrukser for udførelse af delegeret virksomhed. Det er også blevet fremhævet, at driftsherrernes ansvar i forhold til private leverandører inden for fx hjemmesygepleje bør fremgå af regelgrundlaget.
- Bedre forståelse for indholdet af de gældende regler, og uklarhed om grænserne for delegation, herunder om pligten til at sige fra i forhold til opgaver, som man ikke mener, man er kompetent til at udføre.
- Behov for præcisering af ansvarsforholdene for både læger, der delegerer en opgave, og det plejepersonale, der udfører opgaven, herunder at præcisere hvem der har behandlingsansvaret ved forskellige former for delegationer.
- Fortolkningsvanskeligheder i forhold til, hvornår der er tale om ledelsens arbejdstilrettelæggelse af plejepersonalets opgaver, og hvornår der er tale om videredelegation af en delegeret opgave plejepersonalet imellem.

Derfor anbefaler udvalget, at

8. Reglerne om benyttelse af medhjælp skal revideres, så de understøtter klare og fleksible rammer for varetagelse af delegerede opgaver

Det betyder blandt andet konkret, at

- Styrelsen for Patientsikkerhed ser nærmere på mulighederne for at revidere reglerne om benyttelse af medhjælp.

Forbeholdt virksomhed [jf. autorisationsloven]

Ved et forbeholdt virksomhedsområde forstås, at den pågældende faggruppe i autorisationsloven "har fået eneret" på et nærmere beskrevet fagligt virksomhedsområde. Andre må således ikke udføre denne form for sundhedsfaglig virksomhed.

Delegation jf. reglerne om benyttelse af medhjælp (delegation af sundhedsfaglig virksomhed)

Under visse betingelser kan forbeholdt virksomhed dog også udføres af andre personer, end den gruppe af autoriserede sundhedspersoner, som virksomheden oprindeligt er forbeholdt for. I kraft af medhjælps-reglerne kan en autoriseret sundhedsperson (fx en læge) med et forbeholdt virksomhedsområde (fx anvendelse af receptpligtige lægemidler og udførelse af operative indgreb) overlade retten til at udføre denne forbeholdte virksomhed til andre. Dette kan ske som følge af en "delegation". Ved delegationen bemyndiges en anden person til at udføre sundhedsfaglige opgaver, som vedkommende ikke ville kunne udføre lovligt, hvis der ikke forelå en delegation. Delegationen er således koblingen mellem sundhedspersonens eneret til at udføre den forbeholdte virksomhed, og plejepersonalets lovmæssige adkomst til at udføre opgaven, som de ellers ikke har ret til i medfør af autorisationsloven. Plejepersonalet, som har fået delegeret retten til at udføre den forbeholdte virksomhed, betegnes som lægens medhjælp.

Interessenternes input

Dansk Sygeplejeråd, Praktiserende Lægers Organisation og Lægeföreningen peger alle på, at der er behov for bedre brug af delegation. Eksempelvis påpeger PLO, at rammedelegation skal være et mere systematisk tiltag og Dansk Sygeplejeråd foreslår, at mulighederne for rammedelegation udvides og der skal skabes klarhed om regler og ansvar.

Anbefaling 9 - Reglerne for hjemmesygeplejen skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Hjemmesygeplejens varetagelse af indsatserne i borgerens nære miljø har udviklet sig og kræver et tæt samarbejde med almen praksis og sygehusene. Denne udvikling og tilhørende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen afspejles imidlertid ikke i den nuværende beskrivelse af hjemmesygeplejens opgaver i bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje. Derfor er der behov for at modernisere og præcisere bekendtgørelsen og vejledningen. Moderniseringen skal blandt andet sikre, at alle parter er opmærksomme på samarbejdsrelationen og forpligtelsen til samarbejde og understøtte, at hjemmesygeplejen har mulighed for at varetage indsatserne i patientens nære miljø.

Målet for den kommunale hjemmesygepleje er at skabe mulighed for, at borgeren kan blive i eget hjem og at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det.

Udviklingen i sundhedsvæsenet stiller nye krav til hjemmesygeplejen. Mange kommuner har gennem de senere år – som led i en generel styrkelse af det borgernære sundhedsvæsen og forebyggelse af (gen)indlæggelser – etableret nye tilbud til borgere inden for rammerne af den kommunale hjemmesygepleje, hvor opgaverne løses under andre organisationsformer end tidligere, fx i kommunale akutfunktioner og kommunale sygeplejeklinikker. Desuden varetager hjemmesygeplejen i dag flere opgaver, som før lå i regi af sygehusene. Løsningen af opgaver i hjemmesygeplejen skal endvidere ses i tæt sammenhæng med løsningen af opgaver i den øvrige del af sundhedsvæsenet. Hjemmesygeplejen har et tæt samarbejde med almen praksis i det daglige, idet hovedparten af de borgere, der har behov for hjemmesygepleje, vil være ældre medicinske patienter eller borgere med kroniske lidelser. Tovholderen i disse borgeres forløb vil som oftest være den praktiserende læge med støtte fra hjemmesygeplejen. I forløb med mere komplekse behandlinger, der varetages på hospitalet, vil det være lægen på sygehuset, der har ansvaret for borgerens behandling, og som hjemmesygeplejen dermed vil have et samarbejde med.

Udvikling i hjemmesygeplejens opgaver

Hjemmesygeplejen leverer i dag ikke kun indsatser i borgerens eget hjem, på plejehjem eller i botilbud, men også i sygeplejeklinikker. Samtidig kan mange kommuner i dag løse flere komplekse pleje- og behandlingsopgaver end tidligere. Eksempler på sygeplejefaglige opgaver, som kommunerne i varierende omfang tilbyder i dag, er iv-behandling og væskebehandling, blodtransfusion, kemoterapi, peritonealdialyse, diverse katetre og sonder og kapillære blodprøver i forbindelse med akut udredning/vurdering. Det er for størstedelen komplekse behandlingsopgaver, der for få år siden blev varetaget på sygehusene, men som nu i nogle kommuner varetages af hjemmesygeplejen, og hvor behandlingsansvaret som udgangspunkt er forankret på sygehusene. En stor del af disse opgaver vil på grund af kompleksiteten ofte blive løst i regi af de kommunale akutfunktioner, hvor personale med særlige kompetencer har ansvaret for opgaven, jf. kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, som kommunerne skal leve op til fra 2018. Nogle kommuner har endvidere etableret sygeplejeklinikker, hvor borgere, der er henvist til hjemmesygepleje, tilbydes at møde op i en klinik, hvor borgeren kan modtage den pågældende sygeplejefaglige indsats.

Udviklingen i den kommunale hjemmesygepleje er imidlertid ikke afspejlet i bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje. Ved en revision af bekendtgørelse om hjemmesygepleje og den tilhørende vejledning vil man kunne afspejle den ændring af organiseringen og tilrettelæggelsen af hjemmesygeplejens opgaver, som har fundet sted siden kommunalreformen.

Således vil blandt andet rammen for tildeling af hjemmesygepleje kunne tydeliggøres, og kommunens beslutningskompetence i forhold til konkret indsats, tilrettelæggelse og omfang vil kunne skrives ind i bekendtgørelsen.

Der kan indføres en bestemmelse om, at kommunalbestyrelsen har ansvar for at træffe beslutning om organisering af hjemmesygeplejen, herunder eksempelvis ved etablering af kommunale akutfunktioner (stationære pladser og/eller udkørende teams) samt evt. ved etablering af sygeplejeklinikker, der kan fungere som sygeplejefaglige tilbud til borgere, der selv kan transportere sig til klinikken for at modtage relevante indsatser.

Dernæst vil der med en opdatering og revidering af vejledning om hjemmesygeplejen kunne udarbejdes en mere tidssvarende og anvendelig beskrivelse af den kommunale hjemmesygepleje, som kan give et mere samlet billede af de opgaver, der nu og fremadrettet kan løses inden for rammerne af den kommunale hjemmesygepleje. En sådan beskrivelse vil dels skulle ses i sammenhæng med cirkulære om afgrænsning af behandlingsredskaber,

hvortil udgiften afholdes af sygehusvæsenet og dermed tage højde for de tilfælde, hvor en sygeplejefaglig opgave løses i hjemmesygeplejen efter delegation fra den behandlingsansvarlige læge på sygehus, og hvor sygehuset bevarer behandlings- og finansieringsansvaret. Og dels ses i sammenhæng med reglerne om lægens brug af medhjælp, som bl.a. skal understøtte det lægefaglige ansvar.

Ud over at give en generel beskrivelse af sygeplejens omfang og indsats vil en opdateret og revideret vejledning blandt andet kunne beskrive:

- Kommunalbestyrelsens ansvar for tilrettelæggelse, organisering og tildeling samt den daglige ledelses ansvar
- Hvilke opgavetyper der almindeligvis vil kunne løses i hjemmesygeplejen (med åbenhed i forhold til den udvikling på området over tid, der naturligt vil være)
- De kommunale akutfunktioner og kravene hertil, jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for samme

Desuden vil det i vejledningen være relevant med en henvisning til de øvrige regler, der danner rammerne om løsning af hjemmesygeplejens opgaver. Eksempelvis omkring behandlingsansvar, samarbejde og adgang til rådgivning.

Derfor anbefaler udvalget, at

9. Reglerne for hjemmesygepleje skal afspejle hjemmesygeplejens centrale rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet vil tage initiativ til en revision af bekendtgørelse og vejledning om hjemmesygepleje.

Anbefaling 10 - Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Den specialiserede behandling på sygehusene kan ikke ses adskilt fra opfølgende behandling, rehabilitering og pleje i almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Rådgivningen fra sygehuse til kommuner og almen praksis skal i højere grad afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet. Som det fremgår af udvalgets målsætninger, vil en større del af opgaverne vedrørende mennesker med kroniske sygdomme og veludredte ældre medicinske patienter fremover blive varetaget uden for sygehusene. Det kræver tæt samspil mellem sygehuse, de kommunale sundhedstilbud og de praktiserende læger. Sygehusene skal i højere grad understøtte det øvrige sundhedsvæsen med specialistrådgivning, både generelt og i forhold til konkrete patienter. Dette skal understøtte at sundhedsvæsenet arbejder populationsbaseret.

Kommunernes varetagelse af indsats over for borgere med komplekse problemstillinger øger kommunernes behov for en hurtig og fleksibel adgang til specialiseret rådgivning og vejledning fra sygehusene og almen praksis, både om generelle forhold og i forhold til konkrete patientforløb. Det gælder især i de situationer, hvor sygehuslægen fortsat er ansvarlig for behandlingen, men hvor indsatsen varetages af kommunalt personale evt. i borgerens hjem og det kommunale personale derved handler på lægelig delegation. Det kan fx være intravenøs medicinsk behandling, hvor behandlingen varetages i borgerens hjem af den kommunale hjemmesygepleje, og hvor behandlingsansvaret er forankret på sygehuset. Dermed skal nærværende anbefaling om styrket rådgivning ses i sammenhæng med udvalgets anbefaling vedr. fornyelse af sundhedsaftalesystemet (anbefaling 7) og anbefaling om regler for brug af medhjælp (anbefaling 8).

Udviklingen i sundhedsvæsenet betyder, at regionernes rådgivningsrolle skal tænkes bredere end rådgivning om forebyggelse, som er beskrevet i den gældende vejledning. Regionerne skal være med til at sikre, at patienterne kan håndteres uden for sygehusene. Det betyder, at sygehusene skal understøtte praksissektoren, især almen praksis, og kommuner med rådgivning i dialog med kommuner og praksissektoren afstemt efter konkrete behov i den enkelte region.

Regionernes rådgivningsforpligtelse skal dels tage udgangspunkt i videndeling om befolkningens sundhedstilstand, evaluering af indsatser, analyser af patientforløb, læring på tværs af sektorer og viden om forebyggelse og genindlæggelse, såvel på det somatiske som det psykiatriske område. Dels tage udgangspunkt i kommuners og almen praksis' behov for rådgivning i konkrete patientforløb. Kommuner og praksissektoren adgang til sygehusene skal systematiseres, og det skal være let for praksissektoren og det kommunale personale at vide, hvordan og hvornår de kan kontakte sygehusene i forhold til lægelig rådgivning i de konkrete behandlingsforløb. Ligeledes er det centralt, at der er et tættere samarbejde mellem kommunale sundheds-tilbud og almen praksis, fx i forbindelse med kommunernes opgaver i tilknytning til den ældre medicinske patient, herunder på midlertidige pladser. Det er vigtigt, at der er tale om en kvalificeret kommunikation mellem det kommunale sundhedspersonale og lægen, så personalets tid anvendes mest hensigtsmæssigt.

Sygehusene skal således fremadrettet generelt understøtte kommunernes varetagelse af de sundhedsfaglige indsatser. Det kræver, at regioner tilvejebringer den nødvendige data og viden på området og stiller ekspertise til rådighed i de konkrete patientforløb. Når kommunerne og almen praksis skal prioritere indsatserne og arbejde ud fra en populationsbaseret tilgang er det afgørende, at de rette oplysninger er tilgængelige.

Kontinuerlig kompetenceudvikling er afgørende, også for varetagelsen af opgaver i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor skal der blandt andet fortsat være fokus på kompetencerne hos personalet i hjemmesygepleje, eksempelvis i kommunale akutfunktioner, som varetager borgere med komplekse pleje- og behandlingsbehov, og hvor der eksempelvis ofte er behov for instruktion i brug af remedier og rådgivning om konkrete patienters behandling m.v. er tidssvarende. Regionernes rådgivning kan derfor med fordel have karakter af kompetenceudvikling eksempelvis i form af undervisning af personale i kommunerne, fx via en udgående sygehusfunktion, hvor den faglige ekspertise har sin gang i kommunen. Herved kan regionernes stærke sundhedsfaglige kompetencer og erfaring med kompetenceudvikling af personalet i det regionale sundhedsvæsen udnyttes. Dette er relevant i forhold til grupper af patienter, der i takt med udviklingen i sundhedsvæsenet i stigende grad og efter en konkret og entydig aftale kan varetages med pleje og efterbehandling i kommunerne. Det skal samtidig bemærkes, at der ikke ændres på, at det er kommunernes ansvar at sikre, at medarbejderne har de kompetencer, der er behov for til at løfte de opgaver, som kommunerne skal varetage og til at frasige sig opgaven, såfremt det ikke er tilfældet.

Udviklingen i opgaver og samarbejdsrelationer mellem sygehus og kommunale sundhedstilbud bør afspejles i den gældende lovgivning, så regionernes faglige rådgivningsforpligtelse afspejler de konkrete behov som følger af nye behandlingsformer og ønsket om hurtigere rehabilitering og mobilisering af patienter.

Derfor anbefaler udvalget, at

10. Regionernes rådgivningsforpligtelse skal tilpasses udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det betyder blandt andet konkret, at

Regionernes rådgivningsforpligtelse

Det følger af sundhedslovens § 119, at regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats omkring etablering af sunde rammer og forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgeren efter sundhedslovens. Af Sundhedsstyrelsens vejledning til sundhedsloven fremgår det, at regionerne blandt andet kan rådgive kommunerne om sygdomsspecifikke problemstillinger i forhold til patienter med konkrete kroniske sygdomme samt rådgive vedrørende mere generelle aspekter i forbindelse med arbejdet med kronisk sygdom i kommunerne. I begge tilfælde bør regionen tilbyde relevant kompetenceudvikling på området.

Det følger af Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, at sundhedsaftalen skal medvirke til at sikre, at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

Derudover står sygehusene til rådighed med klinisk sparring om specifikke patienter, som er udskrevet til akutpladser i kommunen eller til eget hjem, hvor behandlingsansvaret er placeret hos den praktiserende læge.

- Regionernes rådgivningsforpligtelse i sundhedsloven revideres, så den i højere grad understøtter opgaveløsningen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Tilrettelæggelsen af sygehusenes rådgivning sker i dialog med kommuner og praksissektoren og afstemt efter konkrete behov i den enkelte region.
- Kommunerne skal have nemmere adgang til rådgivning fra almen praksis.

Anbefaling 11 - Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb

Der er behov for at løfte kompetencerne hos det eksisterende sundhedspersonale i kommunerne, almen praksis og sygehuse, der i dag koordinerer og understøtter komplekse patientforløb på tværs. Der er især behov for at styrke social- og sundhedshjælpere og -assistenter systematiske handlekompetencer gennem praksisnær læring. Dernæst er der behov for at styrke kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, især i forhold til patienter med multisygdom.

Kompetencerne hos det sundhedsfaglige personale er afgørende for kvaliteten i indsatserne og patienternes oplevelse i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor er det centralt at sikre, at de rette kompetencer er til stede i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. I tillæg til det forventede løft af de sundhedsfaglige kompetencer, jf. de reviderede sundhedsfaglige grunduddannelser og de reviderede uddannelser for social- og sundhedshjælpere samt -assistenter, er der fortsat brug for et kompetenceløft møntet på det eksisterende sundhedspersonale i kommuner, almen praksis og sygehuse. Kompetenceløftet skal ses i lyset af de midler, der er afsat til kompetenceløft i den nationale handlingsplan om en styrket indsats for den ældre medicinske patient og den nationale demenshandlingsplan, som er især møntet på medarbejdere, der har en direkte patientkontakt, og omfatter både det somatiske og psykiatriske område.

For at sikre, at de sundhedsfaglige grunduddannelser afspejler udviklingen og de faglige behov i sundhedsvæsenet blev ni sundhedsfaglige professionsbachelor uddannelser, samt social- og sundhedsassistentuddannelsen revideret og opdateret i 2016. Fælles for uddannelserne har været behovet for sikre stærkere kliniske/praktiske kompetencer samt et større fokus på det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde hos det nyuddannede sundhedspersonale.

Reviderede grunduddannelser for de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser samt social- og sundhedshjælpere og -assistenter

Med henblik på understøtte, at de nu sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser matcher behovene i fremtidens sundhedsvæsen er uddannelserne revideret med nye bekendtgørelser. Uddannelserne har fået mere fokus på blandt andet generiske kompetencer, tværfaglighed samt teknologiforståelse og teknologianvendelse. Revisionen trådte i kraft august 2016.

For blandt andet at sikre social- og sundhedshjælpere samt assistenternes kompetencer i forhold til komplekse borger- og patient forløb på tværs af sektorer er uddannelserne for de to grupper dels revideret og dels opdelt i to uddannelser. De reviderede uddannelser trådte i kraft januar 2017.

Det er regionernes og kommunernes ansvar at sikre, at medarbejderne har de kompetencer, der er behov for til at løfte de opgaver, som sundhedsloven tilskriver, at kommunerne og regionerne skal varetage. Det indebærer blandt andet, at sundhedspersonale skal have mulighed for relevant efter- og videreuddannelse. Et fagligt løft af sundhedspersonalet i praksis forudsætter, at udbyderne af efter- og videreuddannelse i endnu højere grad end tidligere tilrettelægger kursus- og uddannelsesaktiviteter, så praksisnærhed er det bærende element. Det gælder især i forhold til konkrete kliniske kompetencer, herunder kompetencer til at øge patientsikkerheden i komplekse- og sammenhængende forløb, hvor mange faggrupper bidrager til den samlede opgaveløsning.

Der er behov for at styrke social- og sundhedshjælpere og assistenters evne til at reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom og dermed forståelse for effekten af tidlig indsats samt opfølgning herpå. Fokus skal være på implementering af tidlig opsporing af borgere med et ændret sygdomsbillede og/eller forebyggelse af forværring af sygdom og funktionsevnetab blandt andet med henblik på at undgå uheldsmæssige indlæggelser. Det vil kræve ændringer i handlekompetencerne hos det kommunale sundheds- og plejepersonale med henblik på systematisk at observere og handle på observationer i borgernes hjem. Det er

endvidere hensigten, at social- og sundhedshjælpere og -assistenter i større udstrækning skal kunne indgå i komplekse forløb sammen med sygeplejersker og terapeuter, hvor koordination og tværfaglighed er en nødvendig del af plejeindsatsen.

Endvidere er der behov for at styrke kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, herunder kompetencer til at handle på egne og andre medarbejders observationer. Løftet skal især fokuseres på pleje og behandling af mennesker med flere samtidige kroniske lidelser, herunder indsigt i, hvordan forskellige sygdomme og uforudsigelige sygdomsforløb har betydning for patientens tilstand.

Endelig kan det bemærkes, at fysio- og ergoterapeuter i stigende grad bliver involveret i komplekse og tværfaglige forløb omkring ældre borgere og borgere med kroniske sygdomme, ligesom træning også kan være et centralt element i forhold til borgere med psykiske sygdomme. Samtidig er der potentiale i løft af terapeuters formidling af viden og faglige kompetencer i en tværfaglig sammenhæng, herunder involvering af eksempelvis sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i den konkrete rehabilitering. Derfor kan et løft af terapeuter med fokus på komplekse og tværfaglige forløb omkring ældre borgere og borgere med kroniske samt psykiske lidelser, og træningens effekt på patientforløb blive nødvendigt på sigt. Der er dog udvalgets vurdering, at fokus for kompetenceløft i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen bør fokusere på kompetenceløft af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere samt sygeplejersker.

Interessenternes input

FOA og Dansk Sygeplejeråd foreslår et bredt kompetenceløft i kommunerne. PLO foreslår styrkelse af de kommunale kompetencer og målrettet efteruddannelse af det kommunale personale. Konkret foreslår Apotekerforeningen, at apotekerne sammen med regioner og kommuner sikrer plejepersonale og praksispersonalets kompetencer inden for medicin og medicinhåndtering, så medicinsikkerheden forbedres. Og Danske Handicaporganisationer foreslår et kompetenceløft i det nære sundhedsvæsen angående tilgængelighed.

Derfor anbefaler udvalget, at

11. Kommuner og regioner skal løfte kompetencerne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen med fokus på tidlig opsporing og koordinering samt understøttelse af komplekse patientforløb

Det betyder blandt andet konkret, at

- Efter- og videreuddannelserne skal tilrettelægges så praksisnærhed er det bærende element
- Kompetencerne hos social- og sundhedshjælpere og -assistenter til at reagere på observationer og handle ud fra en større forståelse for udvikling af sygdom og dermed forståelse for effekten af tidlig indsats samt opfølgning herpå skal styrkes.
- Kompetencer hos sygeplejersker ansat i den kommunale hjemmesygepleje vedrørende de kliniske kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, herunder kompetencer til at handle på egne og andre medarbejders observationer skal styrkes.

Anbefaling 12 - Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

For at styrke de specialiserede kliniske kompetencer og kompetencer inden for håndtering af tværsektorielle forløb i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, har udvalget igangsat en ny specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker. Specialuddannelsen skal have fokus på kliniske og organisatoriske kompetencer samt formidling af disse til det øvrige sundhedsfaglige personale. Den mindre gruppe sygeplejersker skal dermed styrke de kliniske kompetencer i patientens nære miljø, men også samarbejdet, rådgivningen og forståelsen mellem sygehus, kommuner og almen praksis.

Udviklingen i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen betyder, at der er behov for sygeplejersker, der er højt kvalificeret og specialiseret inden for tværsektorielle forløb og almenkliniske kompetencer, og som endvidere er i stand til at videreformidle til det øvrige sundhedsfaglige personale. Det skal en ny specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker bidrage til.

Specialuddannelsen skal sikre, at en mindre gruppe af sygeplejersker i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen besidder specialiserede almenkliniske kompetencer og kompetencer inden for håndtering af tværsektorielle forløb. Specialsygeplejerskerne skal styrke kompetencerne og viden hos det øvrige personale i den pågældende enhed. Sygeplejerskerne skal eksempelvis være i stand til at lede komplekse forløb internt i en enhed, aktivere det øvrige personale og deres kompetencer, og besidde en rådgivningsfunktion internt i enheden.

Formålet med specialuddannelsen er derudover at skabe rammerne for videndeling på tværs af sektorer med henblik på et bedre samarbejde, bedre forståelse for forskelle og ligheder på tværs af sektorer og dermed en højere kvalitet i sammenhængende forløb. Derfor skal specialuddannelsen have fokus på organisatoriske kompetencer samt formidling af viden og forståelse på tværs af sektorer.

Sundhedsstyrelsen er derfor gået i gang med at beskrive en ny specialuddannelse for sygeplejersker, hvor udvalget foreslår, at specialuddannelsen med fordel kan opbygges omkring fire emneområder, som er nævnt i anbefalingen nedenfor. Udvalget foreslår, at hovedvægten ligger på de kliniske og organisatoriske kompetencer, og anbefaler derfor, at uddannelsen forankres praksisnært med mulighed for praktik på relevante sygehusafdelinger jf. de øvrige specialuddannelser.

Specialuddannelsen skal især rettes mod patientgrupper, der modtager behandling, pleje, rehabilitering og palliative indsatser i et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde, eksempelvis patienter med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter, og patienter med komplekse og flere samtidige sygdomme. Det vurderes, at specialuddannelsen skal tilrettelægges, så den vil være relevant for sygeplejersker ansat i kommuner og regioner, herunder i almen praksis. I almen praksis kan det for eksempel være opgaver i relation til planlagt og lettere behandling, herunder faste kontroller, vejledning af patienter i egen sygdom og i egenomsorg, og muligvis også varetage selvstændige konsultationer inden for rammerne af den nuværende lovgivning. Udvalget finder, at der ved tilrettelæggelsen konkret bør være fokus på sygeplejerskernes varetagelse af kronikeropfølgningen i almen praksis, herunder koordinering med de kommunale sundhedsordninger, som også varetager en række indsatser i forhold til borgere med kronisk sygdom, eksempelvis patientrettet forebyggelse og rehabilitering.

Interessenternes input

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at alle kommunale sygeplejersker skal tilbydes en specialuddannelse. I tillæg hertil ønsker Dansk Sygeplejeråd en Advanced Practice Nurse-uddannelse til mindre gruppe sygeplejersker.

En Advanced Practice Nurse er defineret som en autoriseret sygeplejerske, der har tilegnet sig viden på ekspertniveau, færdigheder i kompleks beslutningstagning samt kliniske kompetencer til en udvidet funktion.

Derfor har udvalget anbefalet, at

12. Der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommuner og almen praksis målrettet borgere med forløb på tværs af sygehuse, kommuner og almen praksis

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen er gået i gang med at beskrive en ny specialuddannelse for sygeplejersker, hvor udvalget foreslår, at specialuddannelsen med fordel kan opbygges omkring fire emneområder:
 1. Almenkliniske kompetencer koblet med en rehabiliterende og borgerinddragende tilgang.
 2. Organisatoriske kompetencer – særligt i forhold til tværsektorielle forløb.
 3. Sundhedspædagogiske og formidlende kompetencer.
 4. Kvalitetsarbejde med fokus på organisatorisk forankring af viden samt implementering.

6.3 Ensartet kvalitet over hele landet

Kvalitetsarbejde er en grundlæggende del af sundhedsvæsenet. Hver dag arbejder hele sundhedsvæsenet på at øge kvaliteten og skabe mere sundhed for pengene. Kvaliteten i sundhedsvæsenet er høj, men der er behov for fortsat at styrke kvaliteten i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for løbende at understøtte udviklingen i behandlingsmuligheder og rehabiliteringsindsatser af høj kvalitet i hele landet. Variationen på tværs af landet er på nogle områder uhensigtsmæssig, og der er behov for udbredelse af viden om bedste praksis. Den demografiske udvikling og udviklingen i sygehusvæsenet stiller stigende krav til, at indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen leveres af høj, ensartet kvalitet.

Anbefaling 13 - Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Der er i dag variation i omfanget og kvaliteten af sundhedstilbuddene i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det skyldes blandt andet forskelle i kommunernes tilbud, i regionernes organisering og i samarbejdet mellem kommune, sygehus og almen praksis, og gør, at udviklingen er fragmenteret og præget af tilfældigheder. Derfor er der behov for en national model for beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser med henblik på at skabe en fælles ramme for at arbejde systematisk og ensartet i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal bl.a. medvirke til at realisere visionerne om, at patienter med de mest almindelige kroniske sygdomme og den veludredte ældre medicinske patient varetages i det nære sundhedsvæsen i 2025.

Når flere opgaver varetages i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er det væsentligt, at indsatserne er af høj, ensartet kvalitet. Derfor er det også relevant, når kommuner og regioner arbejder med at implementere de nationale kvalitetsmål for det danske sundhedsvæsen og lever op til de faglige standarder og retningslinjer, der er gældende på det pågældende område. Samtidig er det væsentligt, at der, på områder hvor sundhedsvæsenets arbejdsform eller behovene hos patienterne udvikler sig, skabes faglige, nationale rammer for løsning af opgaverne. De fælles rammer skal sikre en effektiv indsats af høj kvalitet, der tilgodeser patienternes mulighed for at blive i det nære miljø og eget hjem.

For at realisere målsætningerne om på sigt at varetage flere indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er der behov for en national og faglig model for kvaliteten i varetagelsen af disse opgaver. Der er således behov for en generisk model for kvalitetsplanlægning, der skal fungere som en fælles ramme for arbejdet med systematiske og ensartede beskrivelser af de sundhedsfaglige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Modellen skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage opgaven. Modellen skal dermed beskrive kommunernes opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for, at kommunerne kan varetage opgaven samt regionernes rolle i forhold til ansvar, rådgivning og sikring af kompetencer.

Med udgangspunkt i den generiske model kan der efterfølgende udarbejdes konkrete anbefalinger for opgavevaretagelsen på et bestemt område. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen, indhold, kompetencer mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud. De skal i videst mulig omfang bygge på evidens fra nyere systematiske forskningsoversigter, videnskabelige undersøgelser, ekspertisk samt erfarings- og praksisbaseret viden.

Nationale mål for det danske sundhedsvæsen

Formålet med de nationale mål for det danske sundhedsvæsen fra 2016 er, at alle sundhedsvæsenets aktører – sygehusene, kommunerne og almen praksis – arbejder i en tydelig og fælles retning mod højere kvalitet. Målene skal gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer. Hensigten er, at kvalitetsarbejdet skal skifte fra proces- og registreringskrav til fokus på resultater til gavn for den enkelte patient. Det sundhedsfaglige personale skal have frihed til at tænke højere kvalitet i det daglige arbejde, alt efter hvilke konkrete udfordringer og vilkår, der gør sig gældende lokalt. Den lokale forankring med delmål og indsatser, der giver mening på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og praksissektoren er dermed et helt centralt element i den nye tilgang til kvalitet. Det er afgørende for kvaliteten i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at regioner, kommuner og almen praksis har fokus på og prioriterer implementeringen af de nationale mål.

Faglige standarder mv.

Faglige standarder, vejledninger og retningslinjer er en central del af sundhedsvæsenets kvalitetsarbejde. De faglige standarder har til formål at skabe mere ensartethed i indsatsen baseret på evidens og bedste praksis på området. Sundhedsstyrelsen udarbejder i disse år over 50 nationale kliniske retningslinjer (NKR). Sundhedsstyrelsen arbejder ligeledes med faglige kvalitetsstandarder, eksempelvis kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner fra 2017. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner indebærer blandt andet krav og anbefalinger til indhold i indsatsen, målgruppe, visitation, kompetencer og samarbejde, som kommunerne skal følge fra 2018. Et andet eksempel er Sundhedsstyrelsens kommende faglige standarder for kommunal rehabilitering af patienter med kræft (Kræftplan IV).

Som udfoldet med anbefaling 19 er synlighed om aktivitet, kvalitet og resultater en central del af kvalitetsudvikling og tilrettelæggelse af effektive indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor vil modellen for kvalitet blive fulgt af et dataspor, som blandt andet kan omfatte relevante indikatorer, der skal registreres, følges og indberettes til nationale registre. Det er her væsentligt, at arbejdet med tilvejebringelse af data skal tage

afsæt i og være en integreret del af medarbejdernes daglige arbejde. Datasynlighed kan endvidere være med til at monitorere, hvorvidt og i hvilket omfang flere indsatser, som før blev varetaget på sygehuse, bør varetages af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Det anbefales, at kvalitetsplanlægningen sker trinvist og afgrænses til udvalgte områder, hvor der er et potentiale for at tilrettelægge indsatserne mere effektivt i det nære sundhedsvæsen. I første omgang finder udvalget det relevant at se på rehabilitering af patienter med kroniske sygdomme samt fx mor-barn-området (svangreomsorg, børneundersøgelser og sundhedspleje) og evt. en national målestok for funktionsevne.

Det vil også være relevant at arbejde videre med kvalitetsplanlægning for målgruppen den ældre medicinske patient, når kvalitetsstandarderne for akutfunktioner i kommunerne og styrkelsen af de udgående funktioner er implementeret i kommuner og regioner.

Interessenternes input

Danske Patienter påpeger behov for mere ensartet kvalitet i kommunerne og foreslår forpligtende, faglige retningslinjer for de kommunale sundhedstilbud. Lægeforeningen og PLO har påpeget behovet for styrket kvalitet og ansvar i forhold til kommunernes akutte tilbud.

Derfor anbefaler udvalget, at

13. Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundhedsstyrelsen skal udvikle en national model for kvalitetsplanlægning i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der skal beskrive den givne opgave og de betingelser, der skal være opfyldt for at varetage indsatsen, herunder forpligtelserne i alle sektorer.
- Sundhedsstyrelsen skal prioritere områder, inden for udvalgets tre målgrupper, hvor der skal udarbejdes konkrete anbefalinger for de konkrete kommunale sundhedsopgaver, forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser samt almen praksis og sygehusenes rolle. Anbefalingerne skal beskrive tilrettelæggelsen og indhold, kompetencer, samarbejde og kapacitet mv. i forhold til den givne indsats og skal baseres på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe effektive sundhedstilbud.

Mindretalsudtalelse fra KL

KL finder, at den nationale model for kvalitetsplanlægning bør suppleres med en egentlig udviklingsplan for flytning af opgaver til det nære sundhedsvæsen for at sikre opfyldelsen af udvalgets målsætninger om, at flere patienter med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fremover skal håndteres i det nære sundhedsvæsen. En mere hensigtsmæssig fordeling af opgaverne i sundhedsvæsenet efter LEON-princippet skal bidrage til at fremtidssikre det danske sundhedsvæsen og udbygge det nære sundhedsvæsen. Processen med vurdering af opgavefordelingen bør ske med inddragelse af relevante parter.

Anbefaling 14 - Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til kroniske patienter

Almen praksis har forudsætningerne for at spille en central rolle i behandlingen af bl.a. ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med visse psykiske lidelser. Blandt andet disse patientgrupper har stort behov for en langvarig og kontinuerlig indsats, som de alment praktiserende læger har både kompetencerne og mulighederne for at understøtte. Fremtidens almen praksis skal derfor løfte et større ansvar i forhold til disse grupper, som har et længerevarende forløb uden behov for kontakt til det specialiserede sygehusvæsen. Det forudsætter en fleksibel adgang til specialiseret rådgivning fra sygehus, ligesom det forudsætter et stærkt samarbejde med kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

De alment praktiserende læger kan tage sig af bredden og samspillet af medicinske problemstillinger og er gode til at vurdere symptomer samt eventuelt behov for henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. Derfor beskrives de alment praktiserende læger også ofte som generalisterne, der er gode til at tage sig af det hele menneske.

Den praktiserende læge skal – i samspil med sygehuse, den øvrige praksissektor og de kommunale sundhedstilbud - være den primære kontakt og behandler for mennesker med kroniske sygdomme. Dermed skal den praktiserende læge som udgangspunkt løse opgaver vedrørende udredning, behandling, monitorering og kontrol, hvor det er fagligt meningsfuldt. Dele af disse opgaver løses allerede nu i almen praksis, men fremadrettet skal en større del af opgaverne bl.a. flyttes fra sygehusambulatorierne til almen praksis.

Dette forudsætter imidlertid, at kvaliteten i almen praksis styrkes, at opgavevaretagelsen registreres og dokumenteres, og at regionerne understøtter almen praksis gennem en systematisk adgang til blandt andet specialistrådgivning. Kompetencerne i almen praksis skal løbende videreudvikles og understøttes, og rammerne for at arbejde med kvalitetsudvikling og datadrevet forbedringsarbejde skal udvikles. Fagligheden og mulighederne for øget samarbejde kan blandt andet styrkes ved at ændre organiseringen i almen praksis. Det betyder blandt andet, at almen praksis i højere grad skal organiseres i bæredygtige enheder med flere læger, der arbejder sammen og har ansat andet sundhedspersonale, der kan indgå i en faglig arbejdsdeling i klinikken. Det er ligeledes af stor betydning, at praksispersonalet og lægerne samarbejder systematisk med kommunerne om de relevante patienter og henviser mere ensartet til kommunale sundhedstilbud end de gør i dag. Endelig skal det alment medicinske tilbud i højere grad tilpasses regionale og lokale forhold, så der lokalt sikres sammenhæng mellem ydelserne i sygehusvæsenet, de kommunale sundhedstilbud og den øvrige praksissektor.

Derudover skal almen praksis – ligesom resten af sundhedsvæsenet – i stigende grad arbejde populationsbaseret. Fremadrettet vil det være nødvendigt, at sundhedsvæsenet fokuserer endnu mere på de grupper i befolkningen, der særligt er i risiko for at udvikle sygdom eller forværring af sygdom. Det betyder, at indsatserne skal differentieres ud fra behov og præferencer hos den enkelte patient. Populationstankegangen bør dermed være udgangspunktet for en mere systematisk tilgang til at målrette ressourcerne i almen praksis til den del af de tilmeldte borgere, der har størst behov. Det betyder blandt andet, at lægen i højere grad skal handle mere proaktivt og op-søgende i forhold til den enkelte borger og ikke reaktivt vente på, at borgeren henvender sig til almen praksis. Den populationsbaserede tilgang skal understøtte et tæt samspil mellem kommune og almen praksis om særligt sårbare borgere på tværs af sundheds- og socialområdet. Det kan eksempelvis være sårbare diabetes patienter med psykiatriske problemstillinger, som af den ene eller anden grund ikke henvender sig i almen praksis.

Den almen medicinske kompetence er en knap ressource. Derfor er det vigtigt, at det almenmedicinske tilbud organiseres bæredygtigt – fagligt og økonomisk – så alle borgere har et attraktivt, effektivt, sammenhængende og tilgængeligt tilbud om almen lægehjælp i hele landet. Forvaltningen af ressourcerne i almen praksis indebærer også, at det skal overvejes, om der er opgaver, som i dag varetages i almen praksis, som fremover mere hensigtsmæssigt kan varetages af andre faggrupper eller aktører.

Interessenternes input

Danske Patienter foreslår et løft af de praktiserende lægers gatekeeper-, tovholder- og koordineringskompetencer, herunder den rette organisering af området og mere forpligtende samarbejde. FOA foreslår, at de praktiserende lægers rolle i det nære sundhedsvæsen styrkes, og at der tilknyttes flere faggrupper til hver lægepraksis. Ligeledes foreslår Sundhedskartellet og PLO bedre brug af andre faggrupper i almen praksis.

Derfor anbefaler udvalget, at

14. Almen praksis skal styrke og ensarte kvaliteten samt udvikles til at varetage flere opgaver fx i forhold til patienter med kroniske sygdomme

Det betyder konkret, at

- Kompetencerne i almen praksis skal løbende videreudvikles i tæt samspil med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.
- Opgavevaretagelsen i almen praksis skal registreres og dokumenteres, og rammerne for at arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling skal styrkes i sammenhæng med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen
- Regionerne skal udvikle og understøtte det alment medicinske tilbud gennem systematisk adgang til blandt andet specialistrådgivning.
- Almen praksis skal i højere grad samarbejde med sygehuse og kommunale sundhedstilbud, så patienterne oplever et sundhedsvæsen, der hænger sammen.

- Almen praksis skal i højere grad organiseres i bæredygtige enheder med flere læger, der arbejder sammen og anvender sundhedspersonale til en faglig velunderbygget arbejdsdeling i klinikken.

Anbefaling 15 - Sundhedsvæsenet skal differentiere indsatserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang

Den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger skal være udgangspunktet for indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er et afgørende skridt mod lighed i sundhed. Derfor skal indsatserne tilrettelægges differentieret og patientens mestring af egen sygdom styrkes. Det skal sikre en individuel indsats til gavn for den enkelte patient, og være med til at frigøre ressourcer til de patienter, der har brug for andre og mere krævende indsatser samt den generelt stigende efterspørgsel i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenets fokus på specialisering og udvikling af kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer, pakkeforløb mv. har løftet kvaliteten markant. Samtidigt er der risiko for, at helhedsorienteringen i forhold til patientens samlede behov og individuelle målsætninger overses. Det kan betyde, at patienten oplever, at indsatserne ikke har den tilsigtede værdi og kvalitet. Og det kan betyde, at sundhedsvæsenet overbehandler den enkelte patient eller overser problemstillinger, der kræver andre typer af indsatser. Derfor er der behov for, dels at øge involveringen af patientens individuelle ressourcer samt målsætninger, og dels at styrke tilrettelæggelsen af indsatserne ud fra en populationsbaseret tilgang.

Indsatser med udgangspunkt i patientens individuelle behov og målsætninger kræver, at sundhedsvæsenet aktivt og systematisk involverer patienten og patientens netværk. Mange patienter kan og vil gerne selv være en del af arbejdet mod bedring og mestring af egen sygdom. Det skal sundhedsvæsenet blive bedre til aktivt at tage stilling til og understøtte – såvel for patienter med somatiske som psykiatriske sygdomme. Det kræver fokus, tilstedeværelse af de rette redskaber samt kompetencer til at understøtte og informere patienten om mulighederne for at mestre egen sygdom. Egenmestring og uddannelse samt oplysninger om det individuelle valg er dermed centralt. Samtidig er det vigtigt at skabe tryghed og yde bistand til de patienter, der ikke har samme mulighed for eller lyst til at tage del i egen behandling.

For patienter med multisygdom er hensynet til patienternes individuelle behov og målsætninger afgørende. Patienter med multisygdom har ofte behov for indsatser på tværs af forskellige specialer og sektorer. Det kan betyde uoverskueligt mange aftaler, som ikke altid koordineres for patienten. Samtidig kan der være behandlingsmæssige dilemmaer for den enkelte patient, eksempelvis hvis patienten med KOL bør motionere, men samtidig lider af svær gigt, der udfordrer mulighederne for at motionere. Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet indretter tilbuddene efter patientens behov og ressourcer. Sundhedsvæsenet skal således være bedre til at understøtte patienten i at prioritere indsatserne ud fra en helhedsbetragtning af patientens målsætninger.

Sundhedsstyrelsen anbefalinger for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Sundhedsstyrelsen udgav i 2016 anbefalinger til forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Anbefalingerne omfatter blandt andet tilbud om tobaksafvænning og fysisk træning. Anbefalingerne skal medvirke til at sikre ensartede tilbud i hele landet og bidrage til at skabe en effektiv kommunal indsats af høj kvalitet for mennesker med kronisk sygdom. Anbefalingerne er vidensbaserede værktøjer til kommunerne med faglige anbefalinger, der kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde.

Lighed i sundhed er et vigtigt mål for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Alle patienter skal tilbydes de indsatser, de har behov for, uden at det betyder, at alle skal tilbydes det samme. For alle patienter har ikke de samme ressourcer og behov. Eksempelvis er det ikke alle patienter, der har samme risiko for at blive genindlagt, eller som ønsker og har lige mulighed for at tage aktiv del i arbejdet mod bedring. For at imødekomme social og geografisk ulighed i sundhed skal indsatserne derfor målrettes den enkeltes ressourcer og behov. Et sundhedsvæsen med lige adgang kræver derfor, at sygehuse, kommuner og praksissektoren differentierer og tilpasser indsatserne ud fra eksempelvis risikostratificering af patientgrupper. Populationsbaseret tilgang og tilhørende fokus på forebyggelse er dermed af stor betydning.

Et konkret område, hvor der er behov for at sundhedsvæsenet i højere grad tilrettelægges ud fra borgernes behov er ved organiseringen af prøvetagning. Mindst mulig indgriben i den enkelte patients liv i eget hjem og nære miljø indebærer, at patienten ikke skal rejse langt for at få taget eksempelvis en blodprøve. Den teknologiske udvikling mod flere muligheder for behandling i hjemmet betyder, at der fremtidig forventes at være endnu større behov for, at prøvetagning let og hurtigt kan finde sted i borgerens eget hjem eller nære omgivelser. Derfor skal det regionale set-up for prøvetagning forbedres. I dag anvender regionerne varierende modeller, eksempelvis udgående teams. Der efterspørges mere viden om, hvilken løsning der håndterer opgaverne mest smidigt, og om det på sigt er en omkostningseffektiv måde at organisere prøvetagning.

Interessenternes input

Danske Patienter anbefaler systematisk og konsekvent inddragelse af patienter samt mulighed for brugerstyret behandling. Og Sundhedskartellet foreslår udbredelse af mobile laboratorier og mobil prøvetagning

Derfor anbefaler udvalget, at

15. Sundhedsvæsenet skal differentiere indsætserne ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger, blandt andet gennem involvering af patienten, egenmestring og en populationsbaseret tilgang

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sygehuse, kommuner og praksissektoren skal aktivt og systematisk involvere patienten ud fra patientens individuelle behov, ressourcer og målsætninger samt styrke patientens mestring af egen sygdom.
- Sygehuse, kommuner og praksissektoren skal i højere grad tilrettelægge indsætserne ud fra populationsbaseret tankegang, hvor indsætser differentieres, eksempelvis ud fra risikostratificering af patientgrupper.
- Regioner skal sikre set-up for prøvetagning i borgerens nære omgivelser.

Anbefaling 16 - De effektive indsætser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal dokumenteres og udbredes

Mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug er en særlig sårbar gruppe. Disse borgeres problemstillinger er ofte komplekse, ligesom borgerens misbrug kan modvirke psykiatrisk behandling og omvendt. Det stiller krav til kvaliteten og samtidighed i indsatsen. På nationalt og lokalt niveau er der igangsat mange projekter, der har til formål at styrke indsatsen og samarbejdet om mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Der mangler dog viden om de effektive indsætser af høj kvalitet til gavn for borgeren. Der er behov for at udbrede bedste praksis.

Mennesker der både har psykiske lidelser og et misbrug af stoffer eller alkohol får i dag ofte ikke tilstrækkeligt udbytte af deres behandling. Derfor er der behov for at styrke indsatsen for denne gruppe gennem udbredelse af de eksisterende videns- og erfaringsbaserede indsætser, der højner kvaliteten af indsatsen. Det indebærer blandt andet fokus på, hvilket kompetenceniveau og hvilken kompetencemæssig sammensætning, der er nødvendigt for at sikre kvaliteten i indsatsen. Bedste praksis fra kommuner og regioner skal udbredes for at understøtte højere kvalitet og effektivitet i indsatsen til gavn for den enkelte.

Derfor peger udvalget på, at højere kvalitet og en mere målrettet indsats for mennesker med psykiske lidelser og samtidig misbrug kan styrkes gennem en systematisk erfaringsopsamling og mindre kortlægning af de effektive indsætser og samarbejdsmodeller for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug samt et systematisk fokus på kompetencer. Erfaringsopsamlingen og kortlægning bør have fokus på tværgående og generiske problemstillinger samt løsningsmodeller.

Det er centralt, at den fremtidige tilrettelæggelse af indsætserne for mennesker med psykiske lidelser og et samtidig misbrug tager udgangspunkt i den eksisterende viden. Den etablerede viden og erfaringer om de effektive indsætser skal udbrede og udgøre grundlaget for tilrettelæggelsen af indsætser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. Det kan være relevant at afdække indholdet og kvaliteten i de misbrugsrettede indsætser i forhold til målgruppen på både det regionale og kommunale område.

Derfor anbefaler udvalget, at

16. De effektive indsatser af høj kvalitet for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug skal dokumenteres og udbredes

Det betyder blandt andet konkret, at

- Stat, kommuner og regioner skal øge viden gennem en erfaringsopsamling.
- Kommuner og regioner skal aktivt sikre, at tilrettelæggelsen af indsatser for mennesker med psykiske lidelser og samtidigt misbrug sker med udgangspunkt i evidens og erfaringer fra effektive indsatser, der skaber højere kvalitet i indsatserne til gavn for den enkelte.

Anbefaling 17 - Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Mistrivsel kan i perioder være en naturlig del af det at være ung, men uanset kan mistrivsel have alvorlige konsekvenser for den enkelte og i nogle tilfælde være et tegn på psykisk lidelse. Derfor er det afgørende, at børn og unge får tilbud om rette tidlige indsatser og at samarbejdet mellem de kommunale tilbud, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri er stærkt. I de seneste år har der været en stigning i antallet af børn og unge, der mistrives og som skal takle psykiske udfordringer. Det betyder, at der både i kommunerne og i den regionale psykiatri er et stigende behov for indsatser for denne gruppe. Derfor er der behov for at styrke indsatserne og samarbejdet om børn og unge, der mistrives. Og der er behov for at få bedre indblik og større viden på området. Større viden og en styrket indsats samt samarbejde skal understøtte, at børn og unge får den rette indsats i rette tid, og at indsatserne finder sted, hvor det fagligt og økonomisk er mest hensigtsmæssigt.

Børn og unge, der oplever mistrivsel skal, uanset at det kan være en naturlig del af ungdommen, tilbydes de rette indsatser. For børn og unge er tilknytning til uddannelse, familie og venner ofte afgørende. Derfor er de tidlige indsatser og samarbejdet om at sikre indsatser i barnets eller den unges nære omgivelser central.

De kommunale indsatser, uddannelsesinstitutionerne og praksissektoren er i tidlig kontakt med børn og unge. Indsatserne her skal understøtte, at mistrivsel opspores og adresseres tidligt. De tidlige indsatser i det nære miljø skal understøtte, at børn og unge får tilbud om indsatser med udgangspunkt i hverdagslivet, og forebygge udvikling af mistrivsel samt psykiske lidelser.

Den regionale psykiatri besidder specialiseret viden på psykiatriområdet. Dermed spiller den regionale psykiatri en afgørende rolle i de enkeltes behandlingsforløb, blandt andet som rådgiver af indsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Mistrivsel blandt børn og unge er dermed et område, som kræver et tæt samarbejde mellem de kommunale indsatser, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri.

Forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer

Med satspuljeaftalen for 2017-2020 på sundheds- og ældreområdet er der afsat midler til udvikling, implementering og evaluering af tværgående forløbsprogrammer målrettet børn og unge med psykiske udfordringer. Et forløbsprogram er et dynamisk redskab, der beskriver rammerne for den indsats og den koordination, der skal igangsættes for målgruppen på tværs af region og kommuner, herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører. Det kan fx være sygehus, praktiserende læge, sociale tilbud, skoler og ungdomsuddannelser, sundhedsplejersker og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Programmerne skal sikre en helhedsorienteret indsats af høj kvalitet for barnet eller den unge, at de relevante parter inddrages i forløbet, og understøtte en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Desuden bør de lokale forløbsprogrammer indeholde en beskrivelse af implementering og opfølgning på programmet. De lokale programmer kan blandt andet indeholde forslag om konkrete samarbejdskonstruktioner og inddragelse af barnet eller den unge samt dennes forældre skal endvidere være en del af forløbsprogrammerne.

Der er en række igangværende initiativer, der har til hensigt at kvalificere og effektivisere i samarbejdet mellem kommuner, regioner og eventuelt almen praksis, herunder henvisningsprocessen, som eksempelvis forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer.

Udviklingen på området med et stigende antal børn og unge, der mistrives og som henvises til den regionale psykiatri tydeliggør behovet for en styrket indsats og samarbejde på området.

Derfor anbefaler udvalget, at:

Interessenternes input

Lægeforeningen foreslår udbredelse af udgående teams, der skal sikre hurtig hjælp til børn og unge med psykisk sygdom, og peger på, at regioner og kommuner bør etablere "shared care" modeller for samarbejdet mellem den specialiserede børne- og ungdomspsykiatri eller speciallægepraksis, socialforvaltningen og den alment praktiserende læge.

17. Det tværsektorielle samarbejde om børn og unge med psykiske udfordringer skal styrkes

Det betyder blandt andet konkret, at

- De forebyggende og tidlige indsatser i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen for børn og unge, der mistrives, skal styrkes. Det indebærer både de kommunale og regionale indsatser, herunder regionernes understøttelse med relevant rådgivning.
- Der skal skabes større viden om børne- og ungeområdet, herunder afprøvede initiativer ift. at skabe en sammenhængende indsats for gruppen.
- Der skal følges op på de igangværende initiativer, herunder de tværgående forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske udfordringer, der skal understøtte en styrket tværsektoriel indsats.

6.4 Bedre digital understøttelse og brug af data

Sundheds-it og brug af sundhedsdata er nogle af de grundlæggende byggeklodser i vores sundhedsvæsen. Internationalt er Danmark nået langt, men der er fortsat behov for at udnytte potentialet og udviklingen inden for digitalisering og brug af sundhedsdata.

Bedre digital understøttelse

Sundheds-it er lidt simpelt forstået det daglige redskab, der understøtter indsatserne på linje med eksempelvis de ambulancer, som transporterer patienter til sygehuset. I dag er arbejdsgangene i sundhedsvæsenet i vidt omfang digitaliseret, og de papirbaserede arbejdsgange er afløst af elektroniske journaler og kommunikation. MedCom beskederne har medført en standardisering og digitalisering af den mest almindelige skriftlige kommunikation mellem sundhedsaktører. Desuden har Fælles Medicinkort (FMK) gjort det muligt for sundhedspersonalet på tværs af sundhedsvæsenet at få adgang til opdaterede data om en patients aktuelle medicinering. Det har været en stor implementerings- og forandringsopgave for både ledelse og medarbejdere, som i vidt omfang er lykkedes. Det giver et solidt fundament for den videre udvikling af sundheds-it og anvendelse af sundhedsdata.

Digitalisering skal være driver for et mere sammenhængende, effektivt og borgerrettet sundhedsvæsen. Patienterne skal i højere grad tilbydes løsninger, der tillader patienten at blive i de nære omgivelser og som giver frihed til at opretholde tilknytning til hverdagslivet. Og patienterne skal i højere grad have tilbud om at blive involveret i egen behandling og understøttes i mestring af egen sygdom.

Det kræver, at en række udfordringer løftes i den eksisterende it-understøttelse og styring. Det gælder i samspillet med patienter og pårørende, samt både indenfor og på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Hastigheden i den teknologiske udvikling stiller krav til, at den fælles it-infrastruktur løbende forbedres og udvikles til at sikre sammenhæng på tværs. Det kræver et hurtigt og meget agilt fællesoffentligt samarbejde med en tæt koordinering og eventuelt fælles styring.

Det fællesoffentlige samarbejde

Det fællesoffentlige samarbejde følger en vision om, at it-systemer på tværs af sundhedsvæsenet skal bindes sammen i et samlet økosystem baseret på blandt andet fælles it-standarder og it-infrastruktur. Det skal sikre, at mulighederne for digitaliseringen af sundhedsvæsenet kan forfølges i lokale projekter.

Udviklingen af it-løsninger, der understøtter sammenhængende patientforløb, og hvor relevante oplysninger deles, forudsætter, at alle parter sammen opnår et fælles niveau i anvendelsen af de fællesoffentlige løsninger til kommunikation og koordinering på tværs. Mange digitale løsninger har gensidige afhængigheder, som eksempelvis FMK, hvor et fuldt og aktuelt medicinoverblik er afhængigt af, alle relevante aktører tager ansvar for at opdatere medicinkortet.

Optimal udnyttelse af digitaliseringens muligheder kræver, at alle løfter digitaliseringen i fællesskab på tværs af sektorerne. Alle parter skal forpligte sig selv og hinanden på at sikre mere ensartethed og tempo i udbredelsen og anvendelse. Det betyder, at der er behov for en stærkere lokal forankring og prioritering af den fællesoffentlige indsats. Og det forudsætter, at der i regioner og kommuner sikres den nødvendige kapacitet og de rette kompetencer til implementering og vedligehold af de nationale digitale løsninger dvs. standarder, databaser og fælles løsninger som eksempelvis FMK. Derfor skal det nationale arbejde med at styrke synlighed om potentialer i nye løsninger fortsætte, og det skal være klart for alle parter, hvornår der er tale om områder med gensidige afhængigheder, som kræver en fælles indsats, og hvornår der kan være frihed til at udvikle lokale løsninger.

Sundhedsdataprogrammet

Sundhedsdataprogrammet skal skabe større synlighed og åbenhed om sundhedsvæsenets resultater. Der investeres i at forbedre adgangen til og anvendelsesmulighederne med relevante danske sundhedsdata - for både borgere, klinikere og beslutningstagere på tværs af sundhedsvæsenet.

Overordnet skal Sundhedsdataprogrammet:

- Bidrage til en modernisering af it-infrastrukturen i Sundhedsdatastyrelsen.
- Sikre en bedre datakvalitet og et bedre datagrundlag
- Styrke det tværsektorielle samarbejde om sundhedsdata.
- Etablere en ny og let tilgængelig brugerflade målrettet borgere, klinikere og beslutningstagere på sundhedsområdet.

Sundhedsdataprogrammet har blandt andet udviklet en showcase, som viser patientflowet mellem konkrete kommuner og hospitalsafdelinger, eksempelvis af borgere indlagt med forebyggelige indlæggelser. Showcasen viser blandt andet, hvilke diagnoser patienterne indlægges med, om de modtager pleje fra kommunen, om de bor i eget hjem med videre. Formålet med showcasen er at udvikle et redskab til kommuner og sygehuse til styrkelse af samarbejdet og den sammenhængende indsats på tværs af sektorerne.

Konkret er der behov for, at patientstyret behandling og involveringen af patienter samt pårørende styrkes. Målet er dermed at understøtte bedre udnyttelse af tid og ressourcer hos både borgere og medarbejderne i sundhedsvæsenet og sikre en mere målrettet behandling. Dernæst skal alle relevante oplysninger være tilgængelig for det relevante sundhedsfaglige personale og patienten selv. Det kræver løbende investering i digitale systemer, der muliggør smidig og sikker deling af oplysninger. Samtidig skal personalet have klarhed og viden om, hvilke oplysninger der må deles.

Bedre brug af data

Sundhedsdata er personoplysninger om helbredsmæssige forhold (helbredsoplysninger), der registreres som led i den daglige behandling og pleje af patienter i det danske sundhedsvæsen. Det kan dreje sig om data om behandlinger, diagnoser, indlæggelsestider, virkninger af medicin, m.v. Helbredsoplysninger er følsomme personoplysninger i henhold til persondataloven.

Sundhedsdata bruges til mange forskellige formål, herunder i sundhedsforskningen, behandlingen, rehabilitering og til styring og planlægning. Data anvendes eksempelvis til at monitorere de nationale kvalitetsmål, følge op på og vurdere effekten af nye tiltag samt til lokal og klinisk kvalitetsudvikling- og opfølgning.

OECD påpegede i 2013, at Danmark på trods af gode registre fortsat har store potentialer for en bedre brug af data, eksempelvis ved at sammenligne kvalitet i behandlingen på tværs af regioner og ved at skabe mere synlighed om resultater. Internationale erfaringer viser, at en bedre og mere systematisk brug af sundhedsdata spiller en central rolle, når sundhedsvæsenet skal skabe høj kvalitet og mere sundhed for pengene. Det gælder både, når sygdomme skal opdages tidligere, når den kliniske behandlingskvalitet og sammenhæng skal forbedres, og når der skal tilrettelægges effektive og mere målrettede forløb. Brug af data er dermed vigtigt for at skabe mere sundhed for de samlede ressourcer. Et højt digitaliseringsniveau i sundhedsvæsenet giver et solidt grundlag for, at medarbejderne kan bruge data, der er registreret som en del af patientforløbet til blandt andet kvalitetsudvikling.

Data er det afgørende grundlag for at sikre gennemsigtighed og kvalitet på sygehusene og i kommuner og almen praksis. Patienter og borgere kan sikres en bedre behandling og pleje, når sundhedsdata bruges aktivt af blandt andet medarbejderne til at højne patientsikkerheden, og når patienter og pårørendes erfaringer og oplevelser af behandlingen, rehabilitering og pleje indsamles og anvendes til forbedringer i sundhedsvæsenet.

En øget brug af data til udvikling af sundhedsvæsenet forudsætter, at patienter og borgere er trygge ved, at der bliver passet ordentligt på oplysninger om deres helbred, og at der er gennemsigtighed i, hvem der har adgang til deres sundhedsdata. Partierne i Folketinget har for at understøtte en øget brug af data og behovet for tillid aftalt 7 principper for brugen af sundhedsdata. Principperne skal danne baggrund for et udviklingsarbejde, der skal lede frem til, at partierne i 2017 skal blive enige om en række initiativer, der skal sikre bedre datasikkerhed, større patientinddragelse og gode rammer for forskning. Der vil i forbindelse med arbejdet og som forberedelse til EU-databeskyttelsesforordningen (maj 2018) blive lavet en kortlægning af indbygget privatlivsbeskyttelse (privacy by design), fx pseudonymisering.

Anbefaling 18 - Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet.

De digitale muligheder er med til at flytte rammerne for, hvordan og hvor indsatserne i sundhedsvæsenet kan varetages. Det skal det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udnytte til at understøtte og involvere patienten i patientens nære miljø, blandt andet gennem brug af telemedicinske løsninger. Den digitale understøttelse skal tilgodese mange patienters ønske om aktivt at være en del af indsatserne. Samtidig kan de digitale løsninger bidrage til bedre udnyttelse af tid og ressourcer i sundhedsvæsenet såvel på det somatiske som det psykiatriske område.

Den teknologiske og digitale udvikling flytter rammerne for, hvordan sundhedsydelse bliver leveret. Det skal hele sundhedsvæsenet understøtte, blandt andet ved at bruge digitalisering til at involvere patienter og pårørende bedre i forebyggelse og behandling og i eget hjem. Patientstyret behandling og bedre involvering af patienter og

Bedre sundhed gennem moderne og sikker brug af data

1. Alle Folketingets partier indgik i 2017 en politisk aftale om en række centrale principper for, hvordan sundhedsdata fremover på en sikker og moderne måde skal bruges til eksempelvis kvalitets sikring og forskning i nye behandlingsformer til gavn for patienterne. Datasikkerhed – sundhedsdata skal håndteres sikkert, og patienterne skal kunne forvente, at der bliver passet godt på deres helbredsoplysninger.
2. Lovlighed, fortrolighed, saglighed og proportionalitet – sundhedsdata må kun bruges til saglige formål inden for lovens rammer. Og brugen af personhenførbare data skal begrænses i størst muligt omfang.
3. Patientsikkerhed og sammenhæng for patienten og medarbejderne – til brug for patientbehandling skal relevante helbredsoplysninger videregives til relevante behandlere i sundhedsvæsenet. Det skal sikre, at patienterne får en sammenhængende behandling, og at sundhedspersonalet oplever, at it-systemerne understøtter kvaliteten i deres opgaveløsning.
4. Patient- og pårørendeinddragelse – patienterne skal have adgang og medejerskab til egne data, så de eksempelvis får bedre mulighed for at deltage aktivt i deres egen behandling.
5. Udvikling og kvalitet i sundhedsvæsenet – aktørerne på sundhedsområdet skal kunne anvende data til blandt andet at forbedre kvaliteten.
6. Moderne og tryk lovgivningsramme – Folketinget skal løbende diskutere lovændringer for brugen af sundhedsdata, der blandt andet tager højde for den teknologiske udvikling, nye undersøgelses- og behandlingsmetoder og beskyttelse af individet.
7. Åbenhed og gennemsigtighed for alle – borgere og patienter skal have bedre information om brugen af deres sundhedsdata, herunder deres muligheder for at sige fra over for at deres helbredsoplysninger bruges.

pårørende skal medvirke til at sikre mere tryk og målrettet behandling, der giver frihed til den enkelte. Og som understøtter bedre udnyttelse af tid og ressourcer hos både borgere og medarbejderne i sundhedsvæsenet og.

Borgere skal have glæde af de nye teknologiske løsninger, der muliggør mere patientstyret behandling og involvering af patienter samt pårørende. Udnyttelse af potentialet i de digitale løsninger, både i forhold til kvalitet, patientens oplevelse af nærhed og større frihed samt et omkostningseffektiv sundhedsvæsen kræver, at virksomme løsninger implementeres. Implementering skal ske i et tværsektorielt, landsdækkende samarbejde, som bygger på fælles standarder. Det betyder blandt andet, at anvendelsen af PRO, telemedicin og borgernes udstyr styrkes.

Anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) er et område med stor klinisk interesse med en række lokale projekter på de danske sygehuse, i kommunerne og i almen praksis. Der behov for at styrke standardisering og vidensdeling om PRO nationalt med henblik på en udbredelse i større skala, hvor PRO kan anvendes bredt og til kvalitetsudvikling. Det gælder også i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Indsamlingen af PRO skal understøttes af en fælles infrastruktur, der bygger videre på eksisterende investeringer i indsamling af hjemmemålinger med blandt andet KIH-databasen. KIH-databasen er en fælles database til opsamling af hjemmemonitoreringsdata til brug for tværsektoriel patientbehandling. Standardiseringsarbejdet er igangsat i regi af Den Nationale Styregruppe for PRO og den Tekniske Styregruppe for PRO-infrastruktur.

Telemedicin, hvor patienten over afstand kan modtage sundhedsydelse, er endnu et område med potentiale. Telemedicin har ofte den gevinst, at borgerne opnår øget livskvalitet i hverdagen og bliver mere selv-hjulpne. Eksempelvis kan en borger opnå en tættere og løbende opfølgning på borgerens sundhedstilstand ved hjælp af telemedicinsk hjemmemonitorering, der måler blodtryk, vægt og iltmætning i eget hjem. Det giver både sundhedspersoner og borgeren mulighed for at følge op og sørge for en hurtig indsats, hvis målinger viser en forværring. På det telepsykiatriske område er der de senere år fx gjort erfaringer med digital understøttelse af støtte til mennesker med lettere psykiske lidelser som fx angst og depression. Der er tale om potentielt virkningsfulde løsninger, der kan understøtte, at borgerne kan opnå bedring, mens de opretholder et hverdagsliv med fx uddannelse og beskæftigelse.

I stigende omfang følger borgerne med i egen sundhedstilstand ved hjælp af såkaldte "wearables" og apps. Det stiller nye krav til sundhedsvæsenet, hvor sundhedsoplysninger også skabes via borgernes egne registreringer og på eget initiativ. Der er dog endnu få erfaringer med, hvordan oplysninger indsamlet af borgeren med deres eget

Patientrapporterede oplysninger (PRO)

Patientrapporterede oplysninger (PRO) er oplysninger, der er relevante for patienter og sundhedspersoner i forhold til patientens forløb, rapporteret direkte af patienten selv. Når en patient giver oplysninger om egen helbredstilstand eksempelvis til brug for konsultationer eller kontroller, kan behandlingsforløbet styrkes og målrettes efter patientens behov. Gennem PRO kan det eksempelvis vise sig, at patienten ikke har behov for en konsultation, eller omvendt at patienten har brug for at blive fulgt tættere. Patientens oplysninger kan også bruges til kvalitetsarbejde, eksempelvis når patienten regelmæssigt registrerer funktionsevne, smerter og bivirkninger. PRO måler på sundhedsvæsenets kerneydelse og danner et solidt grundlag for kvalitetsudvikling. Der udvikles en national it-infrastruktur, som vil gøre det muligt at dele data på tværs af sektorer og geografi, hvilket vil bidrage til et mere sammenhængende sundhedsvæsen med patienten i centrum.

Den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL

KL, Danske Regioner og regeringen er enige om en række overordnede strategiske målsætninger med den nationale udbredelse af telemedicinsk hjemmemonitorering. Regioner og kommuner er i samarbejde ved at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering til KOL-patienter i hele landet. Aftalen bygger blandt andet på gode erfaringer fra storskalaforløbet TeleCare Nord i Nordjylland. Udbredelsen af telemedicin til borgere med KOL forventes at være første skridt, mens nye relevante patientgrupper med tiden kan tilbydes telemedicin.

Forløbsplaner for borgere med KOL, diabetes og kroniske lænderyg-smerter

Som digitalt værktøj til bedre patientinddragelse skal udviklingen af forløbsplaner for borgere med de tre kroniske sygdomme KOL, diabetes og kroniske lænderyg-smerter, give nydiagnosticerede patienter et bedre overblik over deres sygdomsforløb. Forløbsplanen udformes i en dialog mellem lægen og patienten med det formål at bidrage til at styrke patientens egenomsorg og kontrol med egen sygdom med udgangspunkt i patientens egne ressourcer og motivation. Samtidig kan forløbsplanen understøtte bedre kvalitet og ensartethed i opfølgningen hos almen praksis ved, at der systematisk arbejdes med at skabe overblik over undersøgelser og behandlinger, målsætninger for behandlingen samt henvisninger til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud.

udstyr kan inkluderes, så det giver værdi for forebyggelse og behandling af patienten, eksempelvis ved at kunne sende billeder af fysiske mærker og symptomer til praktiserende læge i forbindelse med e-mail- eller videokonsultation. Potentialet og mulighederne for, at de autoriserede sundhedspersoner kan visitere til indhentning af oplysninger fra patientens udstyr skal derfor undersøges nærmere.

Selvom almen praksis i høj grad er digitaliseret, så oplever patienter stadig, at de skal udfylde oplysninger og eksempelvis hjemmemålinger papirbaseret. Det er tidskrævende og som særligt for hjemmemålingerne kan være behæftet med risici for fejl i indtastning, beregninger samt uens kodning i eget lægesystem. Derfor skal praksissektoren i højere grad anvende relevante digitale løsninger, der understøtter kvalitet i behandlingen og ressourcebesparelse for både patienten og medarbejderne.

Derfor anbefaler udvalget, at

18. Digitale løsninger, der understøtter patientens mulighed for aktivt at tage del i egen behandling, skal udbredes til hele landet

Det betyder blandt andet konkret, at

- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, skal arbejde sammen om den landsdækkende implementering af telemedicin med fokus på videndeling og fælles opgaveløsning, hvor det giver mening.
- Kommunerne og regioner, herunder praksissektoren, afprøver nye teknologier og telemedicinske løsninger.
- Stat, kommuner og regioner dokumenterer i fællesskab erfaringerne fra afprøvningsprojekterne og implementerer de virksomme løsninger i stor skala.
- Stat, kommuner og regioner undersøger i fællesskab mulighederne for, at borgerne som led i behandling eller forebyggelse i højere grad kan anvende fx smartphones, wearables og apps til selv at indsamle sundhedsoplysninger.

Anbefaling 19 - Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.

Det danske sundhedsvæsen er på mange områder nået langt i arbejdet med at digitalisere det kliniske arbejde og kommunikationen i sundhedsvæsenet. Det er dog afgørende, at sundhedsvæsenet følger med den teknologiske udvikling og udnytter potentialet i de bedre og mere funktionelle løsninger, som løbende udvikles.

Mange medarbejdere oplever i dag, at de it-løsninger og de regler om adgange og datadeling, som skulle understøtte dem i deres arbejdsgange ikke altid er fulgt med den teknologiske udvikling. Antallet af dobbeltindtastninger, klik med musen, uoverskuelige visninger i brugergrænsefladen og ventetiden foran skærmen ved log-on og skift mellem systemer er med til at begrænse brugervenligheden og betyder, at de digitale værktøjer ikke altid opleves som meningsfulde for medarbejderne. Der er behov for væsentlige investeringer og ressourcer i it, som understøtter medarbejderne i deres daglige arbejde. Derfor skal stat, regioner og kommuner fortsat arbejde for at sikre en tidssvarende anvendelse af it.

Digital kommunikation og koordinering på tværs

Mange borgere og medarbejdere oplever, at behandlingen på tværs af sektorer er usammenhængende og ukordineret, og at viden, som er kendt hos én aktør, ikke deles mellem de relevante medarbejdere, men må "bæres

Webpatient

Webpatient er et digitalt værktøj til bedre patientinddragelse i almen praksis. Webpatient er et PRO-system til almen praksis i regi af MedCom. Systemet gør det muligt for den praktiserende læge at sende og modtage spørgeskemaer til patienternes hjemmemonitorering af symptomer. Systemet udbredes og videreudvikles fra 2016-2018 og stilles til rådighed for praktiserende læger, der ønsker at anvende WebPatient.

Interessenternes input

Danske Patienter fremhæver vigtigheden af telemedicinske løsninger som del af deres forslag om systematisk og konsekvent inddragelse af patienter samt mulighed for brugerstyret behandling. Og Danske Patienter anbefaler PRO-data som et bærende element i kvalitetsudviklingen. Lægeforeningen forslår, at sundheds-it skal styrke inddragelsen af patienterne og patienternes håndtering af deres sygdomsforløb

rundt" af patienterne selv eller deres pårørende. Når digitale oplysninger ikke deles og giver værdi for patienter og medarbejdere, så giver det en oplevelse af, at registreringerne er meningsløse eller unødigt bureaukratiske.

En gældende og opdateret udgave af patientens elektroniske journal på sygehuset øger patientsikkerheden og giver personalet overblik over aktuelle patientoplysninger, også når ansvaret for behandlingen overgår fra én aktør til den næste. Anvendelsen af sundhedsdata er dermed afgørende for et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen, der har et fælles kendskab til patientens samlede behandlingssituation.

Potentialet i den høje digitaliseringsgrad skal i højere grad udnyttes, så kendt viden gøres fælles og giver værdi. Det handler både om at sikre sammenhæng og koordinering af den direkte patientbehandling, til gennemsigtighed og tryghed for patienterne og til kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet.

Forbedring af epikriser

I overgange mellem sektorer, er det vigtigt, at den relevante information om patienten følger med eller kan tilgås rettidigt. Det kan eksempelvis være når en patient henvises fra almen praksis til sygehus eller kommune eller udskrives fra sygehus. Overgange stiller store krav til en rettidig og entydig kommunikation samt koordination, der sikrer, at de nødvendige oplysninger om borgeren ikke går tabt. Den rettidige og entydige kommunikation skal forebygge unødigt forværring af patientens tilstand og understøtte sammenhæng i patientforløbet.

I takt med at sundhedsvæsenet er blevet mere digitalt, er mængden af information og kommunikation steget betragteligt. Digitale løsninger i almen praksis, i kommunen og på sygehuset har gjort det lettere at arbejde med registreringer i patientjournaler og at kommunikere med andre sundhedsaktører. Men samtidig er der opstået nye udfordringer, eksempelvis når it-systemerne autogenerer store tekstmængder til beskeder, som sendes videre uden modtagerens behov for øje. Det er netop tilfældet ved epikriser (udskrivningsbreve), som er et kort sammendrag af en patients sygehistorie og indlæggelsesforløb. Epikrisen sendes kort tid efter patientens udskrivelse fra sygehuse til patientens praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten. Derfor er der blandt andet behov for at modernisere den digitale understøttelse og vejledning af epikriserne. Denne modernisering er i gang i Styrelsen for Patientsikkerhed og skal understøtte en rettidig og meningsfuld brug af epikriser.

Styrelsen for Patientsikkerhed har gennemført en større afdækning af muligheder og krav i forhold til en

Program for digitalt samarbejde om komplekse patientforløb

KL, Danske Regioner, PLO og Sundheds- og Ældreministeriet har igangsat et konkret arbejde med at afprøve og udvikle nye løsninger til deling af oplysninger på tværs.

Projektets vision er: "Patienter med komplekse forløb og deres pårørende møder et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor alle involverede i forløbet har digital adgang til oplysning og hurtig kommunikation om patientens samlede situation". Visionen udtrykker et ønske om, at patienter og pårørende ikke skal "bære" oplysninger rundt mellem myndigheder, men mødes af en sammenhængende, tryghedsskabende og effektiv sundhedssektor, som i højere grad koordinerer patientforløb gennem bl.a. fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Formålet er at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Som de første skridt i arbejdet med at realisere visionen skal der udvikles løsninger der kan sikre:

- Fælles adgang til patientens stamoplysninger
- Tværgående overblik over patientens aftaler
- Kontaktoplysninger på aktører involveret i patientens forløb
- Planer og indsatser
- Deling af patientens mål

Styrelsen for Patientsikkerheds anbefalinger til forbedringer af epikriser

Det skal i lægens indbakke være tydeligt, hvorvidt en modtaget epikrise er til opfølgning eller orientering. Det skal sikre, at den praktiserende læge i sin indbakke let kan skabe sig et overblik over hvilke modtagne epikriser, som indebærer en vigtig handling, som lægen skal følge op på, og hvilke, der er sendt til orientering. Der kan eksempelvis overvejes en "trafiklys-model", der angiver hurtig opfølgning, opfølgning og orientering. Desuden skal informationen i epikrisen stå på en måde, der er overskuelig, og vægten skal lægges på de oplysninger, der er centrale for den videre opgaveløsning. Det kan være et felt øverst i epikrisen, som tydeligt angiver anbefalingerne for patientens forløb.

Styrelsen for Patientsikkerhed er på baggrund af deres analysearbejdet gået i gang med at opdatere epikrise-vejledningen, med henblik på at lave en klarere beskrivelse af ansvarsoverdragelsen, og hvilke oplysninger der skal indgå i epikrisen. For at sikre den digitale understøttelse af bedre epikriser skal de eksisterende standarder for epikrisen opdateres og implementeres i de lokale systemer, dvs. hhv. i almen praksis og i de regionale systemer. Dette standardiseringsarbejde skal udføres af MedCom.

forbedring af epikrisen for at understøtte lægens arbejdsgange og fremme patientsikkerheden. På baggrund af arbejdet er der klare anbefalinger til, hvordan epikrisen bør forbedres.

Arbejdet, som er i gangsat i regi af Styrelsen for Patientsikkerhed kræver, at regionerne implementerer den ændrede digitale understøttelse og reviderede vejledning. I tillæg til det digitale standardiseringsarbejde og revideringen af epikrise-vejledning, er der behov for, at arbejdskulturen omkring epikriserne følger i takt med de ændrede rammer. Derfor er der behov for at igangsætte en kultur- og læringsindsats, hvor der arbejdes med uddannelse i at skrive bedre epikriser, kampagneaktiviteter, læringsaktiviteter og tilsynsaktiviteter.

Når patienten udskrives er der i mange tilfælde behov for, at de kommunale sundhedstilbud bliver orienteret om den lægefaglige kommunikation fra sygehus til almen praksis, så kommunen i dialog med almen praksis kan sikre en rettidig opfølgende indsats. Derfor skal der ses på de digitale muligheder for, at det relevante kommunale sundhedsfaglige personale bliver orienteret og får adgang til relevante patienters epikriser.

Deling af informationer på tværs af sundhedsvæsenet

Det vigtigt, at det er også rent praktisk er muligt at videregive og indhente personoplysninger i behandlingssammenhænge, når det eksempelvis er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten eller kvalitetsopfølgning på et patientforløb, og sker under hensyn til både patientens sundhedsfaglige behov og til fortrolighed om de personlige oplysninger.

Medarbejderne i kommuner og regioner kender i dag ikke i tilstrækkelig grad deres muligheder for at dele oplysninger med andre sundhedsaktører både i forhold til den direkte patientbehandling og til andre formål. Derfor anvendes de nuværende muligheder for at dele oplysninger i patientbehandling i nogle tilfælde ikke i det omfang, som det er muligt for at sikre en sammenhængende behandling på tværs af sundhedsvæsenet. Derfor er der for det første behov for, at Sundheds- og Ældreministeriet sikrer klarhed om de gældende regler om deling af oplysninger og data. For det andet skal kommuner og regioner sikre, at sundhedsmedarbejderne kender deres juridiske handlemuligheder. Medarbejderne skal vide, hvornår de kan dele oplysninger på tværs af sygehuset, almen praksis og kommunerne. Og for det tredje skal kommuner og regioner løbende og bedst muligt sikre, at den digitale understøttelse tillader medarbejdere at se og registrerer fælles oplysninger let og meningsfyldt.

Derfor anbefaler udvalget, at

Vejledning om videregivelse af oplysninger

Med Handlungsplan til forebyggelse af vold på botilbud, som blev udmøntet med delaftalen af satspuljen for 2017-2020, er der afsat midler til udarbejdelse af vejledning, der tydeligt skal klarlægge reglerne for videregivelse af oplysninger mellem sundhedsmyndigheder, sociale myndigheder og Kriminalforsorgen. Vejledningen målrettes medarbejdere på området, ligesom relevante parter inddrages i forarbejdet i forhold til at afdække de oplevede barrierer, så vejledningen udarbejdes med udgangspunkt i tvivlsspørgsmål i praksis, og således understøtter en implementering blandt medarbejdere i psykiatrien og på botilbuddene. Når vejledningen foreligger, kan det vurderes, hvorvidt der er behov for at lave en generisk vejledning på området.

Videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger

Sundhedslovens kapitel 9 regulerer videregivelse og indhentning af personoplysninger fra behandlingssammenhænge. Det er efter Sundhedslovens §42a tilladt for sundhedspersonale – også på tværs af sektorer – at indhente journaloplysninger i forbindelse med aktuel behandling af patienterne. Derudover gælder sundhedslovens regler for videregivelse af oplysninger. Efter sundhedslovens § 41, stk. 1, kan en sundhedsperson med patientens samtykke videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten eller andre patienter.

Videregivelse af oplysninger uden patientens samtykke kan finde sted, når det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesse og behov, samt når videregivelsen er nødvendig til berettiget varetagelse af en åbenbar almen interesse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre.

Interessenternes input

Danske Patienter foreslår fælles adgang til data for både sundhedsprofessionelle og patienter. Ligeledes fremhæver Dansk Sygeplejeråd, at autoriserede sundhedspersonale skal have mulighed for adgang til relevante patientdata på tværs af sektorer. Lægeforeningen og PLO foreslår, at epikrisen gøres brugervenlig, overskuelig. Begge interessenter har ligeledes en række forslag til højere kvalitet i kommunikationen, og at ét elektronisk opslag skal give patienten overblik.

19. Patienter og relevante sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehuse, kommunale sundhedstilbud og praksissektoren.

Det betyder blandt andet konkret, at

- Sundheds- og Ældreministeriet skal sikre klarhed om de gældende regler om anvendelse af data.
- Kommuner og regioner skal sikre, at medarbejderne kender deres muligheder for at dele og udveksle oplysninger til den direkte patientbehandling og til kvalitetsopfølgning inden for lovgivningens rammer
- Kommunerne og regionerne sikrer, at medarbejderne kan se og registrere fælles oplysninger let og meningsfyldt direkte i deres fagsystemer.
- Stat, regioner og sygehuse understøtter moderniseringen kommunikation mellem sektorer så epikriser, henvisninger og korrespondancer bliver mere målrettede, handlingsorienterede og rettidige. Samtidig undersøges mulighederne for, at relevante kommunale sundhedspersoner modtager konkrete patienters epikriser ved behov.
- De lovgivningsmæssige rammer skal løbende udvikles, så de understøtter moderne og sikre muligheder for at indsamle og anvende oplysningerne og data, herunder kobling af data.

Anbefaling 20 - Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal øge synligheden om aktivitet og resultater. I takt med, at flere og mere komplekse opgaver skal varetages i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er det afgørende at få udbygget og nyttiggjort data, særligt fra praksissektoren og kommunerne. Ligeledes er et mere dækkende tværsektorielt datagrundlag en væsentlig forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan udnytte ressourcer bedst muligt, tilrettelægge mere integrerede indsatser og skabe mere sammenhængende patientforløb.

Patienter og borgere kan sikres en bedre behandling og pleje, når sundhedsdata bruges til at højne effektiviteten, kvaliteten og patientsikkerheden, og når patienters og pårørendes resultater, erfaringer og oplevelser med sundhedsvæsenet og plejesektoren indsamles og anvendes.

Meningsfulde og handlingsanvisende data på tværs af sektorer

En forudsætning for at brugen af data kan skabe forbedringer i sundhedsvæsenet er, at data stilles til rådighed for medarbejderne på en måde, der er meningsfuld og handleanvisende. Data skal være til rådighed for medarbejdere og ledelse, så de kan følge op på egen indsats, sammenligne sig med andre med henblik på at skabe læring og udvikle kvaliteten samt effektiviteten af behandling og pleje til gavn for patienter samt borgere. En vigtig forudsætning for, at der kan skabes en mere sammenhængende indsats er blandt andet, at data deles på tværs af sektorer, således at kommuner og regioner har adgang til tværsektorielle data.

Et sammenhængende og effektivt nært sundhedsvæsen forudsætter blandt andet, at kommunerne, sygehusene og praksissektoren kender hinandens indsats og har data til rådighed, der kan bidrage til en koordineret planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på tværs af sektorerne. Der indsamles og registreres i dag mange relevante oplysninger på sygehusene, som kan bidrage med nyttig viden for kommunerne og praksissektoren i forhold til at sikre en mere målrettet og effektiv indsats, ligesom regionerne har behov for adgang til relevante data fra kommunerne og praksissektoren.

Kommunerne får i dag stillet sundhedsdata til rådighed via KØS (Kommunaløkonomisk sundhedsgrundlag), men kommunerne efterspørger flere relevante data for at kunne tilrettelægge deres indsats i bedre sammenhæng med sygehusene, praksissektoren og de øvrige kommunale velfærdsområder. Praksissektoren har ikke på nuværende tidspunkt adgang til data fra sygehusene og kommunerne, men de har bl.a. i regi af Sundhedsdataprogrammet efterspurgt en bedre adgang til relevante data blandt andet med henblik på at kunne målrette indsatsen overfor bestemte patientgrupper, forebygge indlæggelse og genindlæggelse mv. Regionerne efterspørger ligeledes relevante data fra kommunerne og praksissektoren med henblik på planlægning og tilrettelæggelse af indsatsen på sygehusene, herunder en sammenhængende indsats i forbindelse med overgangen fra sygehus til fx et kommunalt tilbud.

Gennemsigthed og adgang til relevante oplysninger i praksissektor og kommunerne

Danmark har stor it-anvendelse i særligt almen praksis og hos de praktiserende speciallæger, der alle dokumenterer indsatsen i elektroniske journalsystemer. Der indsamles i dag data om ydelser i almen praksis i blandt andet Sygesikringsregistret, Yderregistret og Lægemiddelstatistikregistret.

Data fra kliniske kvalitetsdatabaser kan bruges til tværfagligt at belyse den kliniske kvalitet og bidrage til kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet. En sammenstilling af data fra kliniske kvalitetsdatabaser og eksempelvis Landspatientregistret samt Dødsårsagsregistret kan eksempelvis give et billede af kvaliteten af indsatsen for relevante grupper af patienter på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, og hvordan konkrete indsatser bidrager til konkrete forløb for patienterne. Dette er dog under forudsætning af, at den kliniske kvalitetsdatabase indeholder oplysninger fra eksempelvis praksissektoren. Kliniske kvalitetsdatabaser indeholder oplysninger om en afgrænset gruppe af patienter, og kan derfor ikke alene give et dækkende billede af aktiviteten, herunder hvilke diagnoser patienterne behandles for i almen praksis. Og oplysningerne kan alene anvendes til statistiske og videnskabelige formål, eksempelvis til udvikling af den kliniske kvalitet.

Kliniske kvalitetsdatabaser

En klinisk kvalitetsdatabase er et register, der kan belyse dele eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe. En klinisk kvalitetsdatabase er et vigtigt instrument til kvalitetsudvikling, og oplysninger fra kliniske kvalitetsdatabaser må anvendes som led i løbende overvågning, evaluering og udvikling af den kliniske kvalitet.

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram udgør infrastruktur for godkendte, regionale landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, som støttes økonomisk af regionerne og har til formål at sikre fortsat bedre udnyttelse af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt. Det er målet at udvikle flere tværsektorielle databaser, der dækker samlede patientforløb.

Bedre dokumentation og mere gennemsigthed i praksissektoren

Et integreret og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere og komplekse sundhedsopgaver løses i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, forudsætter at data fra praksissektoren og kommunerne udbygges og nyttiggøres. Et mere dækkende datagrundlag er en del af visionen på sundhedsdataområdet om "bedre sundhed gennem bedre brug af data" og behovet for at få dækkende og valide data, der kan skabe synlighed om aktivitet, kvalitet og økonomi om den samlede indsats i sundhedsvæsenet.

Datagrundlaget i praksissektoren skal udvikles efter samme målbillede som i sygehussektoren. Data skal i langt højere grad belyse patienternes samlede forløb på tværs af sektorer, og understøtte den dynamiske udvikling i sundhedsvæsenet, hvor opgaver fra eksempelvis sygehusene i stigende grad vil blive varetaget af kommune eller praksissektoren. Data skal understøtte kvalitetsudviklingen og sikre, at udviklingen ikke medfører tab af viden om kvaliteten af behandling og pleje. Endvidere skal data understøtte bedre og mere effektiv tilrettelæggelse af opgaver på tværs af sundhedsvæsenet.

Et mere dækkende datagrundlag vil eksempelvis kunne give værdifuld viden om:

- Hvilke patienter, der har været indlagt på sygehusene
- Om de patienter, der har været indlagt også modtager behandling i praksissektoren og hvilken diagnose patienterne behandles for
- Om patienten/borgeren modtager pleje, rehabilitering eller træning i kommunen, og om indsatsen bidrager til borgerens muligheder for at komme tilbage i arbejde eller klare sig selv i eget hjem
- Effekten af at flytte opgaver på tværs af sektorer, herunder både omkostninger og kvaliteten for patienten.

Større synlighed om den kommunale indsats, herunder udbredelse af Fælles Sprog III til flere områder

Det er ligeledes gældende for det kommunale område, at der er stort potentiale for at udbygge datagrundlaget og skabe bedre adgang til relevant data – både på tværs af kommunernes egne medarbejdere og på tværs af kommuner, regioner og praksissektor. I dag er det kommunale sundheds- og ældreområde kendetegnet ved, at der er potentiale for en mere dækkende, ensartet og systematisk dokumentation af den indsats, der leveres.

Kommunerne er i lighed med praksissektoren en del af udviklingen, hvor flere sundhedsopgaver leveres i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor er det, i lighed med praksissektoren, vigtigt at sikre en aktiv og systematisk brug af data gennem udbygning og bedre anvendelse af data fra kommunerne.

Med udbredelsen af Fælles Sprog III i kommunerne vil en standardisering af data på tværs af landets kommuner sikre, at der bliver skabt valide data, der kan anvendes internt i kommunen i den daglige drift i forbindelse med dokumentation og kommunikation. Tillige vil standardiseringen på tværs af kommuner bidrage til kvalitetsudvikling, ledelsesinformation, styring og prioritering samt til effektmålinger af den kommunale indsats.

Der er dog stadig potentiale for en mere dækkende og udbygget dokumentation af sundhedsindsatserne i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, der danner grundlag for en styrkelse af kvalitetssikringen og -udviklingen, prioriteringen og viden om, hvordan sammenhængende indsatser sikres på tværs af kommunale sundhedstilbud og regioner.

Interessenternes input

Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og PLO har fremhævet vigtigheden af tilgængelighed og synlighed om data og oplysninger.

Derfor anbefaler udvalget, at

20. Der skal være synlighed om aktivitet og resultater for alle aktører på tværs af sundhedsvæsenet

Det betyder blandt andet konkret, at

- Staten stiller relevante data til rådighed for kommunerne, regionerne, herunder praksissektoren. Det skal give kommuner og regioner mulighed for at kunne evaluere indsatserne og planlægge en mere målrettet og sammenhængende indsats for den enkelte patient. Det kræver samtidigt, at kommuner og regioner har det rette og sikre set-up for behandlingen af disse data.
- Kommunerne og regionerne sikrer, at personalet har adgang til relevante data, der muliggør sammenligning af resultater på tværs og til planlægning samt tilrettelæggelse af en sammenhængende indsats af høj kvalitet.
- Der skal være bedre gennemsigtighed og synlighed om det sammenhængende sundhedsvæsen med henblik på at understøtte kvalitetsudvikling. Praksissektoren skal styrke gennemsigtighed og adgang til oplysninger om aktivitet, kvalitet og økonomi. Kommunerne skal udvikle strukturerede data, som kan skabe gennemsigtighed og anvendes til det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Rammepapir - det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Fremtidens sundhedsvæsen i Region Syddanmark

Rammepapiret er godkendt af regionsrådet den 26. juni 2017

1.0 Hvorfor tale om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen?

I april måned 2010 godkendte Regionsrådet et fagligt og organisatorisk grundkoncept for fremtidens sygehuse i Region Syddanmark.

Siden har regionen været igennem en kvalitetsreform og igangsat kvalitetsfundsbyggerierne, som ligger til grund for de nye centrale sygehuse.

Sygehusene bliver det fysiske manifest på udviklingen mod øget specialisering og centralisering. Det er godt for fagligheden, rekruttering af sundhedspersonale og økonomien. Derimod giver det i forhold til patienterne udfordringer i forhold til oplevelsen af sammenhængende forløb, tilrettelæggelsen af det daglige liv samt den tætte relation til vores nærmeste samarbejdspartnere i det primære sundhedsvæsen; de praktiserende læger og kommunerne. Derfor har regionsrådet fundet det nødvendigt at tage de næste skridt i udviklingen af fremtidens sundhedsvæsen, som er udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Visionen er, at fremtidens sundhedsvæsen skal være et bæredygtigt sundhedsvæsen, og Region Syddanmark er parat til at investere de nødvendige kræfter og kompetencer for, at det lykkes sammen med kommunerne og praksissektoren. Det bæredygtige sundhedsvæsen er et sundhedsvæsen, hvor der er fundet en balance mellem borgernes eget ansvar og sundhedsvæsenets indsats, mellem fælles løsninger og lokale, individuelle løsninger og mellem borgernære, almene tilbud, tæt på hverdagslivet, og specialiserede tilbud af høj kvalitet.

1.1 Fremtidens sundhedsvæsen – udfordringerne

Fremtidens sundhedsvæsen byder på udfordringer med flere personer med kronisk sygdom, flere med multisygdom og flere ældre medicinske patienter. Samtidig udvikles flere og bedre metoder til behandling, så flere vil skulle leve længere med deres sygdom. Sideløbende hermed har vi kunnet identificere en stigende ulighed i sundhed. Alt dette skal løses uden flere økonomiske ressourcer og på trods af, at der på tværs af sektorer er forskellige vilkår, som ofte gør, at der ikke helt arbejdes under de samme incitamentsstrukturer.

Det betyder et pres på sundhedsvæsenet, men også en anledning til at forholde sig til paletten af sundhedstilbud og i fællesskab med samarbejdspartnere udvikle området.

Vi må – som region – erkende, at udviklingen på sygehusområdet har udfordret kommunerne og almen praksis. Bl.a. fordi patienterne er indlagt i kortere tid og flere behandles ambulant. Det kalder på en større sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering samt en langt tættere koordinering af indsatser.

Sygehusene skal fortsat være specialiserede enheder, og aktivt understøtte fagligheden, patientsikkerheden og effektiviteten i vores sundhedsvæsen. Men der findes måder, hvorpå fagligheden også kommer flere og andre til gode, og ikke mindst hvor regionen som aktør i højere grad kan spille ind i samarbejdet på hele sundhedsområdet.

Disse udfordringer skal løses sammen med kommuner og almen praksis. Det er en meget enestående mulighed, fordi alle sektorer inden for sundhedsvæsenet netop nu dagsordenssætter vigtigheden af et fornyet samarbejde med nye modeller for sundhedsvæsenet.

1.2 Karakteristik af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Begrebet "det nære sundhedsvæsen" må betragtes som en videreudvikling af begrebet "den primære sundhedssektor". Hvor begrebet "den primære sundhedssektor" blot beskriver den del af sundhedsvæsenet, som er uden for sygehusene, udtrykker begrebet "det nære sundhedsvæsen" en ambition om noget andet og mere. Det "nære sundhedsvæsen" skal kunne noget mere end den primære og den sekundære sundhedssektor kan i dag hver for sig.

Det "nære sundhedsvæsen" er defineret bredt som sundhedstilbud tæt på borgerne. Det drejer sig om alle kommunale sundhedsopgaver, opgaver i praksissektoren, lokale ambulante sygehus tilbud og sygehus tilbud, som gives i borgerens hjem. Kerneopgaverne i "det nære sundhedsvæsen" er håndtering af en lang række behandlinger, rehabilitering, herunder støtte til borgernes egenomsorg, forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af sygdomme, samt opgaver inden for pleje og omsorg.

Det betyder, at det sektorerne i fællesskab skal kunne med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, er at:

- Specialiseret behandling i nogle bliver tilfælde tilbud også lokalt, men i andre former end på det centrale sygehus (fx satellitfunktioner)
- Psykiatri og somatik integreres endnu mere, end det er i dag, med fokus på det sammenhængende forløb for den enkelte borger
- Den offentlige sektor, herunder almen praksis, kommune og sygehus, kan udvikle partnerskaber med den private sektor, foreningerne og civilsamfundet
- Tidlig opsporing, forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering kædes endnu tættere sammen i borgernære forløb

2. 0 Hvilke forandringer ønskes?

2.1 Region Syddanmarks pejlemærker

Regionsrådet vedtog i december 2016 en række nye pejlemærker for Region Syddanmark. Pejlemærket for det tværsektorielle samarbejde lyder: "Region Syddanmark prioriterer udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen".

Det udvikles:

- i samarbejde med praksis og kommuner- med respekt for lokale forskelle og behov

- med fokus på lokal forankring - kombineret med tværgående regionale, kommunale og nationale prioriteringer
- med fokus på konkrete ydelser og på nye samarbejdsformer
- med udgangspunkt i at skabe helhed og værdi i indsatsen over for patienterne

Regionens pejlemærke kommer til at skabe rammerne for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i tæt samklang med udmøntningen af de nationale mål for sundhedsvæsenet – som i modsætning til pejlemærkerne er fælles mål på tværs af sektorer.

2.2 De nationale mål for sundhedsvæsenet

De nationale mål og løsningen heraf kræver et tæt samarbejde mellem sektorerne. Der skal derfor tænkes i at udvikle nye samarbejds- og organisationsformer, som matcher udfordringerne. De otte nationale mål er:

- Bedre sammenhæng i patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen
- Behandling af høj kvalitet
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

Inden for disse mål er fx udviklingen af telemedicinske løsninger, forebyggelse af genindlæggelser, samarbejde om genoptræning, patient- og pårørendeinddragelse, fremme af mental sundhed, forebyggelse af livsstilssygdomme, reduktion af færdigbehandlingsdage, hvor patienter ikke tages hjem m.m. nødvendige indsatser. Alle sammen er de fokuspunkter i det fælles sundhedssamarbejde.

2.3 Mål/fokusområder

Udgangspunktet for hele udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er derfor de lokale behov og de lokale muligheder for samarbejde. Det betyder i praksis, at der ikke på forhånd stilles konkrete rammer for, hvilke tilbud og/eller ydelser, der kan/skal være lokalt, men at afklaringen vil foregå lokalt og med udgangspunkt i lokale ønsker, behov og muligheder.

I nogle tilfælde vil de sundhedshuse, som i dag allerede eksisterer, kunne være den fysiske ramme om udviklingen af de nære sundhedstilbud. Andre steder vil den organisatoriske ramme om de nære sundhedstilbud være fx virtuel. Hvor sundhedshusene findes, ønsker Region Syddanmark at være til stede med relevante sundhedstilbud.

Mål for indsatserne omkring det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er:

- Større patienttilfredshed
- Mere fokus på mennesker med kronisk sygdom og deres muligheder for et godt og aktivt liv
- Bedre tilbud til mennesker med flere samtidige sygdomme (oplevelse af sammenhæng i behandling)
- Mindre ulighed i sundhed, fx ved særlige indsatser for de særligt udsatte, fx mennesker med en sindslidelse, og ved indsatser, målrettet kortuddannede og andre, der har behov for en ekstra støtte for at have lige så stor gevinst af sundhedsvæsenets tilbud, som andre, fx den sårbare ældre medicinske patient.
- Øget folkesundhed og livskvalitet bredt i befolkningen, så borgere ikke bliver patienter i første omgang

- Højere grad af tillid mellem sektorerne, så opgaver mere naturligt løses tværsektorielt, herunder videreudvikling af samarbejdet med almen praksis

2.4 Teknologisk udvikling og understøttelse

Region Syddanmark er allerede på mange områder førende, hvad angår innovation og digital understøttelse. Denne udvikling skal fortsætte upåagtet og ikke mindst inddrages som redskab i udviklingen af initiativerne oplistet i afsnit 3.

Det være sig både hvad angår klassiske kommunikationsformer som telefon og mail (fx i dialog med patienter over afstand) over videokonference og telemedicin, som allerede er i kraftig vækst i sundhedsvæsenet til helt nye og måske endnu ukendte teknologier.

Der vil løbende i udviklingen af indsatser være fokus på, hvornår og i givet fald hvilke teknologier, der bedst vil kunne understøtte en øget sammenhæng set fra patientens synspunkt.

2.5 Fælles data og kvalitetsudvikling

Udviklingen af sundhedsvæsenet og dermed også det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil i endnu højere grad end tidligere skulle tage udgangspunkt i fælles data og fælles ønsker omkring udvikling af kvalitet også på tværs af sektorer.

For en række af de initiativer, der beskrives i det næste afsnit er fælles data en forudsætning. Regionen vil derfor gå ind i arbejdet sammen med relevante samarbejdspartnere om udvikling af fælles data, men også i dialogen omkring bedre anvendelse af eksisterende data.

3.0 Hvilke midler vil vi bringe i anvendelse?

Udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen vil følge to spor opdelt efter, i hvilken grad vi som region er i stand til selv at skabe forandringen, eller om det skal ske i samarbejde med vores samarbejdspartnere.

3.1 Initiativer, regionen tager ansvar for

Der er en række tiltag i udmøntningen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor der i første omgang er brug for aktiv stillingtagen inden for regionens egne rammer. Så kan der uden tvivl i den praktiske udførelse blive brug for tætte samarbejder med enten praktiserende læger eller kommuner.

Det kunne dreje sig om (listen er ikke nødvendigvis udtømmende):

Lokal blodprøvetagning og andre konkrete serviceydelser

Der er i regionens budget 2017 nævnt konkrete muligheder for det nære sundhedsvæsen i form af fx lokal blodprøvetagning. Supplerende til det kan også tænkes andre serviceydelser, hvor borgerne pt. kan opleve lange transporttider til ikke-akutte indgreb. Det kunne være visse opfølgingskonsultationer, høreapparat m.m. Det kan også være med det formål at adressere fx særlige udsatte grupper; enten inden for særlige sygdomsgrupper eller på anden måde udsatte (geografisk, social m.m.).

Mulighederne for det vil afhænge af lokale forhold, behov og muligheder, så regionen samlet set anvender ressourcerne bedst muligt samtidig med, at det nære og sammenhængende sundhedsvæsen udvikles.

Anvendelsen af speciallæger eller andre specialkompetencer, fx sygeplejersker på et bredere område, fx til hjælp for kommuner

Der er i sygehusvæsenet en række specialkompetencer, hvorpå sygehusene oplever en efterspørgsel på især i kommunerne. Det kan være læger, sygeplejersker eller andre sundhedsfaglige kompetencer. Konkret kan det handle om viden ind i kommunale akutfunktioner eller ind i forvaltningsmæssige

sammenhænge enten i borgerforløb eller i planlægningsmæssige sammenhænge. Her kan tilgangen til den ydelse gøres mere fleksibel.

Fortsat og systematisk udvikling af udgående funktioner

Regionen arbejder allerede flere steder med udgående funktioner, men området kan udvikles mere. Både i omfang, men også i form. En begyndelse kunne være en opsamling af viden omkring eksisterende udgående funktioner; hvad er målet, effekten og hvordan bliver gode erfaringer udbredt til resten af regionen eller til andre specialer/funktioner. Endvidere bør der ses på sammenhængen til sundhedshuse, og ikke mindst kigges på inddragelse af ny teknologi og tværgående funktioner, hvor medarbejdere på tværs af sektorer indgår i samme funktioner.

Udgående funktioner kan ligeledes tænkes som et differentieret tilbud, der særligt adresserer sig til udsatte målgrupper.

Særlig indsats for patienter med flere sygdomme

Med inspiration fra fx Canada og de første erfaringer fra behandlingsansvarlig læge, skal der sættes ind i forhold til at styrke sammenhængen internt mellem de regionale tilbud for patienter med mere end en sygdom. Det kan ske i forsøg eller ved mere driftsunderstøttende brede indsatser.

Etablere partnerskaber med frivillige organisationer – den tredje sektor

Undersøgelser omkring livskvalitet viser, at de to parametre, der betyder mest for borgerne i Region Syddanmark for oplevelsen af et godt liv, er henholdsvis "et godt helbred" og "gode relationer", hvorimod ensomhed er direkte sammenhængende med dårlig livskvalitet og ringe sundhed. Ved et øget fokus på regionens frivilligstrategi – med supplerende fokus på anvendelse af frivillige i sektorovergangene - og større kreativitet i inddragelsen af de frivillige, vil regionen – fx med inspiration fra Skotland – og med konkrete partnerskaber reelt kunne tale om en 3. sektor i sundhedsvæsenet og dermed være med til at understøtte bl.a. relationer med patienterne; en indsats, der fx vil kunne imødekomme en af de store fælles udfordringer med ulighed i sundhed.

3.2 Initiativer, der kræver tæt samarbejde med almen praksis og/eller kommune

Andre initiativer, der ville kunne styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er tætte samarbejder med almen praksis og kommuner, herunder fx at invitere almen praksis tættere på det regionale sundhedsvæsen eller ved at komme ud med det regionale sundhedsvæsen i det lokale (både i forhold til kommuner og almen praksis). Altså en udvikling af ledelsesstrukturen på sygehusene i samarbejde med almen praksis, og fælles udvikling af sundhedstilbud på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner.

Som udgangspunkt er det regionens mål at være til stede med relevante sundhedstilbud lokalt, herunder i de kommunale sundhedshuse, hvor de findes. Det kræver naturligvis, at det ønske også findes hos kommunerne. Derfor er regionen afhængig af en god dialog og fælles udvikling.

Nogle af tilgangene kunne være (listen er ikke nødvendigvis udtømmende):

Udvikling af nye modeller for samdrift af regionale og kommunale tilbud

Der arbejdes på at udvikle nye modeller for samdrift af regionale og kommunale tilbud ud fra både faglige og økonomiske hensyn, herunder bæredygtighed af lokale tilbud (set fra kommunal og/eller fra regional vinkel). Det kunne fx være, som der arbejdes på i Tønder, samdrift af en regional skadeklinik og en kommunal sygeplejeklinik. Eller som projektet i Esbjerg, hvor der er etableret et fælles akutteam på tværs af kommune og sygehus.

Sundhedshuse – en videreudvikling

Sundhedshuse startede fra en regional vinkel med at skulle løse udfordringer med lægedækning i bestemte områder af regionen. Siden er flere samarbejder omkring sundhedshuse kommet til, og flere steder er der også etableret huse med psykiatri som kerneopgave. Næste skridt bliver at skabe nye former for samarbejde, herunder afprøve fælles ledelse, fælles opgavevaretagelse m.m.

Fælles data

For at kunne videreudvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen får vi brug for flere data på tværs af sektorer. Det bør derfor være et af de primære fælles udviklingspunkter at få sat gang i et udviklingsarbejde omkring fælles data. Vi kunne starte et enkelt målgruppeområde, fx patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), og derefter arbejde videre på andre områder med tværgående patientforløb.

Understøtte tættere kliniksamarbejde med almen praksis

Regionen kan med udgangspunkt i egne specialer og kompetencer være mere synlige og tilgængelige for almen praksis, ved fx at kompetencerne på sygehuset udbygges ved tættere samarbejder, med jobbesøg i praksis eller ved efteruddannelsesforløb, hvor sygehuslæger kommer i almen praksis i kortere perioder.

Der tages udgangspunkt i, at almen praksis allerede har direkte adgang til sparring og vejledning fra speciallægerne på sygehusene samt let adgang til diagnostisk afklaring for deres patienter.

Almen praksis tættere på den daglige ledelse og prioritering af det lokale sundhedsvæsen

På nuværende tidspunkt fungerer ledelsen af sygehusene og ledelsen af almen praksis i søjler adskilt fra hinanden. Regionen kunne – hvis almen praksis er med – invitere almen praksis tættere ind på ledelsen og prioriteringerne på sygehuset. På den måde kunne der ske en tværgående planlægning og formentlig et stærkere opgaveflow.

Proaktiv investering i mere systematisk udvikling og uddannelse af almen praksis

Regionen arbejder allerede med uddannelse af læger og andet personale i praksis. Dette kan styrkes og målrettes yderligere med henblik på de fælles sundhedsudfordringer. Det vil være et mål i denne sammenhæng at sikre større ensartethed i ydelser og kompetencer i almen praksis.

Etablere mindre organisatoriske enheder – populationsledelse på tværs

Med inspiration fra Holland og Skotland ønsker regionen at etablere en ny form for organisering, der kan løfte samarbejdet lokalt. I Region Syddanmark kunne dette betyde organiseringer bestående af et mindre antal alment praktiserende læger, hvor sygehus, almen praksis og kommuner arbejder med specifikke målgrupper om en målrettet indsats; man kunne kalde de populationsledelse på tværs. Det kan være et samarbejde, der dækker et udsat boligområde, hvor der fx er særligt brug for indvandrermedicinske tilbud til borgerne, eller et område særligt belastet af diabetes osv.

Faglig information (ledelsesinformation) til praksis

Der er stor variation i almen praksis' forbrug af blodprøver og billeddiagnostiske undersøgelser (eksempler). Med deling af data fra region til almen praksis er der mulighed for dialog omkring variationen og håndtering af denne. Det samme gør sig gældende i forhold til henvisningsmønstre til forskellige udrednings- og behandlingspakker, hvor en forbedret faglig dialog vil kunne skærpe anvendelsen af sundhedsydelser samt styrke anvendelsen af de rette tilbud til patienterne.

Fælles ledelsesgrupper på tværs af sygehus, praksis og kommune

En af vejene til en samlet indsats over for nogle af de store sygdomsgrupper kunne være mere fælles ledelse af ansvaret for området. Det vil sige konstellationer med fælles økonomi og dermed mulighed for flytning af aktivitet til der, hvor det er meningsfuldt (både fagligt men også med udgangspunkt i patienten). Ved et tættere ledelsesmæssigt og (måske) økonomisk samarbejde vil fx genindlæggelse og forebyggelige indlæggelser kunne adresseres som en fælles indsats.

Fælles kompetenceudvikling

Fælles kompetenceudvikling har i isolerede projekter vist, at det ikke kun løfter det fælles kompetenceniveau, men også bidrager til bedre kendskab til hinandens fagligheder, kompetencer, udfordringer og muligheder. Noget der samlet set styrker sammenhængskraften. Der kan derfor i

samarbejde med kommunerne udvikles meget mere på den fælles kompetenceudvikling og ikke mindst skabes mere systematik omkring det, så det løbende spiller ind i vores fælles udfordringer på sundhedsområdet.

Dertil kan også tilføjes muligheder for job-swop på både medarbejder- og ledelsesniveau.

Fokuseret forebyggende indsats

Aktuelt er rygning den enkeltstående årsag/aktivitet, der forårsager flest dødsfald, flest sygedage og som påvirker folkesundheden mest i negativ retning end noget andet. Region Syddanmark er samtidig den region med flest daglige rygere. Med en fokuseret indsats i et tæt samarbejde mellem region og kommuner kunne vi sætte dagsordenen for alvor, hvad angår forebyggelse og folkesundhed. Det samme kunne principielt gøre sig gældende, hvad angår alkohol.

4.0 Hvordan kan vi se, at der er tale om en forandring?

For at kunne identificere, hvorvidt indsatsen i rammen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skaber en forandring, skal der løbende ske en opfølgning med udgangspunkt i det regionale pejlemærke for det tværsektorielle samarbejde. Der skal sættes en række konkrete mål for arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Dette vil kunne ske i det generelle målarbejde for regionen, hvor regionsrådet præsenteres for et overblik over fremdriften på regionens pejlemærker. Heri vil indgå konkrete mål for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Desuden kan der være initiativer af så omkalfatrende eller nyskabende karakter, at det taler for deciderede evalueringer eller forskningstilknytning.

5.0 Tidsperspektiv, økonomi og politisk forankring og sammenhæng

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er et prioriteret område i budget 2017, og vil på den baggrund blive iværksat ved indgangen til 2017. Der vil dog skulle ske en prioritering af, hvilke delelementer, der bør iværksættes først. Endvidere er en del af forslagene til initiativer afhængige af vores samarbejdspartnere, og udviklingen heraf vil derfor skulle ske i tæt samarbejde med dem og de muligheder, der ligger i det samarbejde.

Der er allerede gode samarbejder i gang, hvor initiativer omkring det nære og sammenhængende sundhedsvæsen kommer aktivt i spil, og så er der de helt ubetragte forslag, hvor der kræves en lidt længere "indflyvning".

Det er forventningen, at der inden for langt hovedparten af forslagene vil være igangsat større eller mindre initiativer inden udgangen af 2017, mens en udbredelse af erfaringer og initiativer i større målestok må have en lidt længere tidshorison.

5.1 Økonomi

Der arbejdes i regionalt regi på et paradigmeskift fra aktivitetsbaseret afregning til værdistyring og dermed rammestyring. I den kontekst vil der blive nye muligheder for sygehusene til selv internt at kunne prioritere midler mellem områder og indsatser. Dertil vil en række af de nationalt udmøntede midler til fx "Den ældre medicinske patient", demens og kræftpakke IV m.fl. formentlig være målrettet initiativer, der ligger inden for samme målramme som dette papirs beskrivelse af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

For en række af initiativerne – langt hovedparten – er det forventningen, at de vil kunne holde sig inden for den almindelige driftsøkonomi, da det omhandler en styrkelse eller systematisering af noget,

vi allerede gør, eller fordi det for alle de involverede er en forbedring, der på sigt enten er ressourcenneutral eller erstatter noget andet, der alligevel skulle gøres.

Jf. budget 2017 så peges der endvidere på de "patientnære midler" som økonomisk understøttelse til initiativerne. Det er hensigten, at tiltagene på længere sigt skal kunne gennemføres som drift, men der vil i indfasning kunne ske investeringer, ligesom nogle af tiltagene nok aldrig helt vil kunne løftes af driften.

5.2 Sikring af politisk forankring og sammenhæng

Det er vigtigt for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, at der sker en politisk forankring både i forhold til kommunerne men i denne sammenhæng i særdeleshed også i regionen. Derfor skal udviklingen og fremdriften på den ene side foregå lokalt, men på den anden side er der også en behov for centralt i regionale udvalg og regionsrådet at kunne følge med i udviklingen af området. Derfor skal der laves et strukturelt set-up mellem det lokale samarbejde og det regionale politiske niveau, der sikrer dette (se afsnit nedenfor).

6.0 Organisering

Udmøntningen af rammepapiret og dermed det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal ske lokalt og i regi af de enkelte sygehuse i samarbejde med de lokale kommuner og praktiserende læger. For nogle af initiativerne vil der være en høj grad af kompleksitet, både hvad angår kompetencebehov (fagligt, politisk og organisatorisk) og i selve udmøntningen og forankring fx i relation til ansvarsfordeling og ledelse på tværs. Dette skal organiseringen og samarbejdsrelationerne både internt og eksternt kunne tage højde for.

Der vil være initiativer, der fordrer en bred organisatorisk tilgang, hvor alle sygehuse og flere kommuner/praktiserende læger involveres, mens andre godt kan udvikles i mindre skala til efterfølgende læring i resten af organisationen.

Det betyder, at der skal udarbejdes to typer af udmøntningsplaner. En for et tværgående regionalt niveau og en for hver sygehusenhed og de lokale samarbejder. Den tværgående plan skal indeholde de initiativer, hvor der enten er behov for den brede organisatoriske tilgang, eller hvor der ud fra strategisk eller politisk perspektiv er brug for tæt sammenhæng til enten koncerndirektionen eller den politiske ledelse.

Samtidig med udarbejdelsen af den tværgående plan, hvor koncerndirektionen har ansvaret, skal hvert sygehus i løbet af tredje kvartal 2017 udarbejde en udmøntningsplan for perioden 2017-2019, og der skal udpeges 1-2 tovholdere for hvert sygehus. Denne/disse tovholdere skal indgå i et tværregionalt "supportteam", hvor også repræsentanter fra henholdsvis Praksis og Tværsektorielt Samarbejde sidder. Supportteamets ansvar bliver at skabe fremdrift i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, skabe læring og inspiration på tværs samt skabe sammenhæng til det politiske system. Dette både, hvad angår den fælles plan og de lokale planer.

Supportteamet sikrer endvidere en løbende inddragelse af koncerndirektionen og koncerndirektionsforum.

Der skal fortsat arbejdes konstruktivt i de etablerede rammer med både almen praksis og kommunerne, derfor bliver samordningsforaene helt centrale i udmøntningen. Dog vil der også være – for så vidt angår udmøntningen af regionens visioner for det nære og sammenhængende samarbejde – behov for i de enkelte indsatser at gå et niveau mere lokalt og arbejde bilateralt med den enkelte kommune eller en gruppe af praktiserende læger.

6.1 Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen vil fortsat være en central del af det tværsektorielle samarbejde. Her arbejdes med de opgaver, der er aftalt omkring drift og udvikling af det tværsektorielle samarbejde med udgangspunkt i alle 22 kommuner.

I arbejdet frem mod sundhedsaftalen 2019-2022 vil tankerne bag nærværende rammepapir samt de første initiale erfaringer med udmøntningen kunne inddrages i de regionale input og ønsker om sundhedspolitiske spor for det samlede tværsektorielle samarbejde.



RAMMEPAPIR
med tids- og procesplan for
sundhedsaftalen 2019-2022 i Syddanmark
- med indsendelse til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019

Rammer

Dette papir beskriver rammerne for arbejdet med sundhedsaftalen 2019-2022, herunder en tids- og procesplan. Arbejdet opstartes så tidligt som muligt i det nye sundhedskordinationsudvalg, når udvalget er blevet introduceret til dets opgaver. Dette bl.a. for at sikre en så høj grad af politisk involvering, ejerskab og prioritering af indsatserne.

Den færdige sundhedsaftale skal indsendes til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019, således at den nye sundhedsaftale er gældende fra 1. september 2019.

Sundhedsaftalens sammensætning

I lighed med den nuværende sundhedsaftale forventes den kommende sundhedsaftale at bestå af:

- Sundhedsaftalens politiske del som rummer den politiske vision
- Sundhedsaftalens administrative del, herunder de otte nationale mål og en beskrivelse af den administrative organisering.

Tids- og procesplan

Periode	Aktivitet		Leverance
	Politisk spor	Administrativt spor	
2017			
22. september		DAK: Godkendelse af udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-22	Udkast til tids- og procesplan
30. oktober	SKU: Godkendelse af udkast til tids- og procesplan for Sundhedsaftalen 2019-22 Drøftelse af første udkast til overleveringspapir til det nye SKU		Godkendt tids- og procesplan Input til første udkast af overleveringspapir
23. november		DAK (temamøde): Drøftelse af andet udkast til overleveringspapir til det nye SKU Drøftelse af hvordan overleveringspapiret indarbejdes i kommende sundhedsaftale	Input til andet udkast til overleveringspapir



Periode	Aktivitet		Leverance
	<i>Politisk spor</i>	<i>Administrativt spor</i>	
19. december 2017	SKU: Færdiggørelse af overleveringspapir til det nye SKU		Overleveringspapir til det nye SKU
2018			
Januar 2018	Regionsråd og KKR Syddanmark udpeger medlemmer til SKU		
Medio januar		DAK: Godkende udkast til program for politisk opstartsmøde Drøfte høringsversion af bekendtgørelse vedr. Sundhedsaftaler, som forventes offentliggjort senest primo februar Beslutning om rammeprogram for DAKs halvdags temadag i april	Udkast til program for det politiske opstartsmøde
Ultimo februar 2018	SKU: Godkendelse af udkast til rammepapir, inkl. tids- og procesplan for ny sundhedsaftale Godkendelse af rammeprogram for politisk opstartsmøde, inkl. forslag til deltagerkreds m.v.		Færdigt rammepapir med tids- og procesplan Færdigt rammeprogram for politisk opstartsmøde
Medio marts		DAK (temamøde): Drøftelse af indhold, struktur og proces for den administrative aftale	Input til udvidet disposition og procesplan for den administrative aftale
11. april 2018	SKU: Ordinært møde + temadag om Sundhedsaftalen 2019-22 (indhold: bekendtgørelse, Sundhedsprofil, overleveringspapir, udvalgsrapport m.v.) Forberedelse af politisk opstartsmøde Fællesmøde Patientinddragelsesudvalget (enten kommer patientinddragelsesudvalget i slutningen af temadagen og mødes med SKU ellers inviteres de til det politiske opstartsmøde)		Program for politisk opstartsmøde



Periode	Aktivitet		Leverance
	<i>Politisk spor</i>	<i>Administrativt spor</i>	
Ultimo marts – ultimo april	Lokalt: Forberedelse af kommunale og regionale politikere til det politiske opstartsmøde		
Primo maj	Politisk opstartsmøde: 1/2 dags konference, hvor politiske visioner for sundhedsaftalen drøftes		Input til visioner
Medio maj		DAK: Opsamling på politisk opstartsmøde Godkendelse af udvidet disposition samt procesplan for den administrative aftale	Input til opsamling på politisk konference, inklusiv input til visioner Udvidet disposition og procesplan
Ultimo juni	SKU: Opfølgning på politisk konference og godkendelse af politiske visioner for sundhedsaftalen		Godkendt opsamling på politisk konference Godkendt politisk vision
Primo august – medio september 2018		Skriveproces – inkl. redaktionsgruppemøde	Første udkast til Sundhedsaftalen 2019-22
Primo oktober		DAK: Halvdags temamøde med drøftelse af første udkast til sundhedsaftale	Input til andet udkast til sundhedsaftale
Ultimo oktober	SKU: Status for arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-22		
Primo oktober – primo november		Skriveproces inkl. redaktionsgruppemøde	Andet udkast
Medio november		DAK: Drøfte andet udkast til Sundhedsaftalen 2019-22 (fremsendes én uge inden mødet)	Høringsversion
Primo december 2018	SKU: Færdiggørelse af høringsversion		Høringsversion



Periode	Aktivitet		Leverance
	<i>Politisk spor</i>	<i>Administrativt spor</i>	
Primo december	Politisk møde mellem SKU og kommunale udvalgsformænd: Præsentation af høringsudkastet til den nye sundhedsaftale 2019-22 Patientinddragelsesudvalget deltager i mødet		
Primo december 2018-januar 2019	Kommuner, region m.fl.: Høring af udkast til sundhedsaftale		Høringssvar
2019			
Primo februar-medio marts		Skriveproces – inkl. redaktionsgruppemøder	
Primo april 2019		DAK: Drøftelse af udkast til færdig sundhedsaftale	Udkast til færdig sundhedsaftale
Medio april 2019		Evt. skriveproces inkl. redaktionsgruppemøde	
Ultimo april 2019 (møde uge 18)	SKU: Godkendelse af færdig sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale til politisk behandling i Kommunalbestyrelser og Regionsråd
Maj-juni 2019 (uge 19-26)	Kommunalbestyrelser og Regionsråd: Politisk godkendelse af sundhedsaftale		Godkendt sundhedsaftale
1. juli 2019		Sundhedsaftalen indsendes til Sundhedsstyrelsens godkendelse	
August 2019		Sundhedsstyrelsen godkender sundhedsaftalen	
1. september 2019	Sundhedsaftalen træder i kraft		

2017

Juli		August		September		Oktober		November		December	
lør 1		tir 1		fre 1		søn 1		ons 1		fre 1	
søn 2		ons 2		lør 2		man 2	40	tor 2		lør 2	
man 3	27	tor 3		søn 3		tir 3		fre 3		søn 3	
tir 4		fre 4		man 4	36	ons 4		lør 4		man 4	49
ons 5		lør 5		tir 5		tor 5		søn 5		tir 5	
tor 6		søn 6		ons 6		fre 6		man 6	45	ons 6	
fre 7		man 7	32	tor 7		lør 7		tir 7		tor 7	
lør 8		tir 8		fre 8		søn 8		ons 8		fre 8	
søn 9		ons 9		lør 9		man 9	41	tor 9		lør 9	
man 10	28	tor 10		søn 10		tir 10		fre 10		søn 10	
tir 11		fre 11		man 11	37	ons 11		lør 11		man 11	50
ons 12		lør 12		tir 12		tor 12		søn 12		tir 12	
tor 13		søn 13		ons 13		fre 13		man 13	46	ons 13	
fre 14		man 14	33	tor 14		lør 14		tir 14		tor 14	
lør 15		tir 15		fre 15		søn 15		ons 15		fre 15	
søn 16		ons 16		lør 16		man 16	42	tor 16		lør 16	
man 17	29	tor 17		søn 17		tir 17		fre 17		søn 17	
tir 18		fre 18		man 18	GODKENDELSE AF 38	ons 18		lør 18		man 18	51
ons 19		lør 19		tir 19	TIDS- & PROCES	tor 19		søn 19		tir 19	SKU MØDE
tor 20		søn 20		ons 20	PLAN	fre 20		man 20	GODKENDELSE AF 47	ons 20	
fre 21		man 21	34	tor 21		lør 21		tir 21	OVERLEVERINGS-	tor 21	GODKENDELSE AF
lør 22		tir 22		fre 22	DAK MØDE	søn 22		ons 22	PAPIR	fre 22	OVERLEVERINGS-
søn 23		ons 23		lør 23		man 23	43	tor 23	DAK MØDE	lør 23	PAPIR
man 24	30	tor 24		søn 24		tir 24		fre 24		søn 24	
tir 25		fre 25		man 25	39	ons 25		lør 25		man 25	1. juledag 52
ons 26		lør 26		tir 26		tor 26	OVERLEVERINGS-	søn 26		tir 26	2. juledag
tor 27		søn 27		ons 27		fre 27	PAPIR	man 27	48	ons 27	
fre 28		man 28	35	tor 28		lør 28		tir 28		tor 28	
lør 29		tir 29		fre 29		søn 29		ons 29		fre 29	
søn 30		ons 30		lør 30		man 30	SKU MØDE 44	tor 30		lør 30	
man 31	31	tor 31				tir 31				søn 31	Nytårsaftens dag
21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		19 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

2018

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni	
man 1	Nytårsdag 1	tor 1		tor 1		søn 1	Påskedag	tir 1		fre 1	
tir 2		fre 2		fre 2		man 2	2. påskedag 14	ons 2	POLITISK	lør 2	
ons 3		lør 3		lør 3		tor 3		tor 3	OPSTARTSMØDE	søn 3	
tor 4		søn 4		søn 4		ons 4	LOKAL FORBERED-	fre 4		man 4	23
fre 5		man 5	6	man 5	10	tor 5	ELSE AF POLITISK	lør 5		tir 5	Grundlovsdag
lør 6		tir 6		tir 6		fre 6	OPSTARTSMØDE	søn 6		ons 6	
søn 7		ons 7		ons 7		lør 7		man 7	19	tor 7	
man 8	2	tor 8		tor 8		søn 8		tir 8		fre 8	
tir 9		fre 9		fre 9		man 9	15	ons 9		lør 9	
ons 10	DAK MØDE	lør 10		lør 10		tir 10	SKU MØDE +	tor 10	Kristi Himmelfart	søn 10	
tor 11		søn 11		søn 11		ons 11	TEMADAG OM	fre 11		man 11	24
fre 12		man 12	7	man 12	11	tor 12	SA2019-22	lør 12		tir 12	
lør 13		tir 13		tir 13		fre 13		søn 13		ons 13	
søn 14		ons 14	FERIEPERIODE	ons 14	DAK MØDE	lør 14		man 14	20	tor 14	
man 15	3	tor 15		tor 15	DRØFTELSE AF	søn 15		tir 15	DAK MØDE	fre 15	
tir 16		fre 16		fre 16	ADM. AFTALE	man 16	16	ons 16	OPSAMLING PÅ	lør 16	
ons 17		lør 17		lør 17		tir 17		tor 17	OPSTARTSMØDE	søn 17	
tor 18		søn 18		søn 18		ons 18		fre 18		man 18	25
fre 19		man 19	8	man 19	12	tor 19		lør 19		tir 19	SKU MØDE
lør 20		tir 20		tir 20		fre 20		søn 20	Pinsedag	ons 20	GODKENDER
søn 21		ons 21	SKU MØDE	ons 21		lør 21		man 21	2. pinsedag 21	tor 21	VISION FOR
man 22	4	tor 22	KONSTITUERENDE	tor 22		søn 22		tir 22		fre 22	SA 2019-22
tir 23		fre 23	MØDE	fre 23		man 23	17	ons 23		lør 23	
ons 24		lør 24		lør 24		tir 24		tor 24		søn 24	
tor 25		søn 25		søn 25	Palmesøndag	ons 25		fre 25		man 25	26
fre 26		man 26	9	man 26	13	tor 26		lør 26		tir 26	
lør 27		tir 27		tir 27		fre 27	Store Bededag	søn 27		ons 27	
søn 28		ons 28		ons 28		lør 28		man 28	22	tor 28	
man 29	5			tor 29	Skærtorsdag	søn 29		tir 29		fre 29	
tir 30				fre 30	Langfredag	man 30	18	ons 30		lør 30	
ons 31				lør 31				tor 31			
22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		19 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

2018

Juli		August		September		Oktober		November		December	
søn 1		ons 1	SKRIVE SA19-22	lør 1		man 1	40	tor 1	ANDET UDKAST	lør 1	
man 2	27	tor 2	FØRSTE UDKAST	søn 2		tir 2		fre 2		søn 2	
tir 3		fre 3		man 3	36	ons 3	DAK TEMAMØDE	lør 3		man 3	
ons 4	FERIEPERIODE	lør 4		tir 4		tor 4	FØRSTE UDKAST	søn 4		tir 4	SKU MØDE
tor 5		søn 5		ons 5	REDAKTIONS-	fre 5		man 5	45	ons 5	GODKENDELSE AF
fre 6		man 6	32	tor 6	GRUPPEMØDE	lør 6		tir 6		tor 6	HØRINGSVERSION
lør 7		tir 7		fre 7		søn 7		ons 7	REDAKTIONS-	fre 7	
søn 8		ons 8	SKRIVE SA19-22	lør 8		man 8	41	tor 8	GRUPPEMØDE	lør 8	
man 9	28	tor 9	FØRSTE UDKAST	søn 9		tir 9		fre 9		søn 9	
tir 10		fre 10		man 10	37	ons 10	SKRIVE SA19-22	lør 10		man 10	SKU
ons 11	FERIEPERIODE	lør 11		tir 11		tor 11	ANDET UDKAST	søn 11		tir 11	POLITISK MØDE
tor 12		søn 12		ons 12	SKRIVE SA19-22	fre 12		man 12	46	ons 12	HØRING
fre 13		man 13	33	tor 13	FØRSTE UDKAST	lør 13		tir 13	SKRIVE SA19-22	tor 13	
lør 14		tir 14		fre 14		søn 14		ons 14	ANDET UDKAST	fre 14	
søn 15		ons 15	REDAKTIONS-	lør 15		man 15	42	tor 15		lør 15	
man 16	29	tor 16	GRUPPEMØDE	søn 16		tir 16		fre 16		søn 16	
tir 17		fre 17		man 17	38	ons 17	FERIEPERIODE	lør 17		man 17	51
ons 18	FERIEPERIODE	lør 18		tir 18		tor 18		søn 18		tir 18	
tor 19		søn 19		ons 19	DAK UDKAST	fre 19		man 19	47	ons 19	HØRING
fre 20		man 20	34	tor 20	DEADLINE	lør 20		tir 20	DAK MØDE	tor 20	
lør 21		tir 21		fre 21		søn 21		ons 21	DRØFTE ANDET	fre 21	
søn 22		ons 22	SKRIVE SA19-22	lør 22		man 22	43	tor 22	UDKAST	lør 22	
man 23	30	tor 23	FØRSTE UDKAST	søn 23		tir 23		fre 23		søn 23	
tir 24		fre 24		man 24	39	ons 24	SKRIVE SA19-22	lør 24		man 24	52
ons 25	FERIEPERIODE	lør 25		tir 25		tor 25	ANDET UDKAST	søn 25		tir 25	1. juledag
tor 26		søn 26		ons 26		fre 26		man 26	48	ons 26	2. juledag
fre 27		man 27	35	tor 27		lør 27		tir 27	TILPASSE	tor 27	
lør 28		tir 28		fre 28		søn 28		ons 28	HØRINGSVERSION	fre 28	HØRING
søn 29		ons 29	SKRIVE SA19-22	lør 29		man 29	44	tor 29		lør 29	
man 30	31	tor 30	FØRSTE UDKAST	søn 30		tir 30	SKU MØDE	fre 30		søn 30	
tir 31		fre 31				ons 31	STATUS			man 31	Nytårsaftens dag
22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		18 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

2019

Januar		Februar		Marts		April		Maj		Juni	
tir 1	Nytårsdag	fre 1	HØRINGSFRIST	fre 1		man 1	14	ons 1	SKU MØDE	lør 1	
ons 2		lør 2		lør 2		tir 2	DAK MØDE	tor 2	GODKENDER	søn 2	
tor 3	HØRING	søn 3		søn 3		ons 3	FÆRDIGT UDKAST	fre 3	SA19-22	man 3	23
fre 4		man 4	6	man 4	10	tor 4		lør 4		tir 4	
lør 5		tir 5	BEHANDLING AF	tir 5		fre 5		søn 5		ons 5	Grundlovsdag
søn 6		ons 6	HØRINGSSVAR	ons 6		lør 6		man 6	19	tor 6	GODKENDELSE
man 7	2	tor 7	"OVERBLIK"	tor 7		søn 7		tir 7	GODKENDELSE AF	fre 7	
tir 8		fre 8		fre 8		man 8	15	ons 8	SA19-22 I	lør 8	
ons 9	HØRING	lør 9		lør 9		tir 9		tor 9	KOMMUNER OG	søn 9	Pinsedag
tor 10		søn 10		søn 10		ons 10	REDAKTIONS-	fre 10	REGION	man 10	2. pinsedag
fre 11		man 11	7	man 11	11	tor 11	GRUPPEMØDE	lør 11		tir 11	
lør 12		tir 12		tir 12		fre 12		man 12	20	ons 12	GODKENDELSE
søn 13		ons 13	FERIEPERIODE	ons 13	REDAKTIONS-	lør 13		man 13		tor 13	
man 14	3	tor 14		tor 14	GRUPPEMØDE	søn 14	Palmesøndag	tir 14		fre 14	
tir 15		fre 15		fre 15		man 15	16	ons 15	GODKENDELSE	lør 15	
ons 16	HØRING	lør 16		lør 16		tir 16		tor 16		søn 16	
tor 17		søn 17		søn 17		ons 17		fre 17	Store Bededag	man 17	25
fre 18		man 18	INDARBEJDELSE	man 18	12	tor 18	Skærtorsdag	lør 18		tir 18	
lør 19		tir 19	AF HØRINGSSVAR	tir 19		fre 19	Langfredag	man 19		ons 19	
søn 20		ons 20		ons 20	DAK DEADLINE	lør 20		man 20	21	tor 20	
man 21	4	tor 21	REDAKTIONS-	tor 21	FÆRDIGT UDKAST	søn 21	Påskedag	tir 21		fre 21	
tir 22		fre 22	GRUPPEMØDE	fre 22		man 22	2. påskedag	ons 22	GODKENDELSE	lør 22	
ons 23	HØRING	lør 23		lør 23		tir 23		tor 23		søn 23	
tor 24		søn 24		søn 24		ons 24		fre 24		man 24	26
fre 25		man 25	9	man 25	13	tor 25		lør 25		tir 25	
lør 26		tir 26		tir 26		fre 26		søn 26		ons 26	
søn 27		ons 27		ons 27		lør 27		man 27	22	tor 27	
man 28	5	tor 28		tor 28		søn 28		tir 28		fre 28	
tir 29		fre 29		fre 29		man 29	18	ons 29	GODKENDELSE	lør 29	
ons 30	HØRING	lør 30		lør 30		tir 30		tor 30	Kristi Himmelfart	søn 30	
tor 31		fre 31		søn 31				fre 31			
22 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		20 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage		19 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		21 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		18 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage	

Juli			August			September			Oktober			November			December		
man 1	INSENDELSE AF	27	tor 1			søn 1			tir 1			fre 1			søn 1		
tir 2	SA19-22 TIL		fre 2			man 2	SA19-22	36	ons 2			lør 2			man 2		49
ons 3	SUNDHEDS-		lør 3			tir 3	TRÆDER I KRAFT		tor 3			søn 3			tir 3		
tor 4	STYRELSEN		søn 4			ons 4			fre 4			man 4		45	ons 4		
fre 5			man 5		32	tor 5			lør 5			tir 5			tor 5		
lør 6			tir 6	SUNDHEDS-		fre 6			søn 6			ons 6			fre 6		
søn 7			ons 7	STYRELSEN		lør 7			man 7		41	tor 7			lør 7		
man 8		28	tor 8	GODKENDER		søn 8			tir 8			fre 8			søn 8		
tir 9			fre 9	SA19-22		man 9		37	ons 9			lør 9			man 9		50
ons 10			lør 10			tir 10			tor 10			søn 10			tir 10		
tor 11			søn 11			ons 11			fre 11			man 11		46	ons 11		
fre 12			man 12		33	tor 12			lør 12			tir 12			tor 12		
lør 13			tir 13			fre 13			søn 13			ons 13			fre 13		
søn 14			ons 14			lør 14			man 14		42	tor 14			lør 14		
man 15		29	tor 15			søn 15			tir 15			fre 15			søn 15		
tir 16			fre 16			man 16		38	ons 16			lør 16			man 16		51
ons 17			lør 17			tir 17			tor 17			søn 17			tir 17		
tor 18			søn 18			ons 18			fre 18			man 18		47	ons 18		
fre 19			man 19		34	tor 19			lør 19			tir 19			tor 19		
lør 20			tir 20			fre 20			søn 20			ons 20			fre 20		
søn 21			ons 21			lør 21			man 21		43	tor 21			lør 21		
man 22		30	tor 22			søn 22			tir 22			fre 22			søn 22		
tir 23			fre 23			man 23		39	ons 23			lør 23			man 23		52
ons 24			lør 24			tir 24			tor 24			søn 24			tir 24		
tor 25			søn 25			ons 25			fre 25			man 25		48	ons 25	1. juledag	
fre 26			man 26		35	tor 26			lør 26			tir 26			tor 26	2. juledag	
lør 27			tir 27			fre 27			søn 27			ons 27			fre 27		
søn 28			ons 28			lør 28			man 28		44	tor 28			lør 28		
man 29		31	tor 29			søn 29			tir 29			fre 29			søn 29		
tir 30			fre 30			man 30		40	ons 30			lør 30			man 30		1
ons 31			lør 31						tor 31						tir 31	Nytårsaftens dag	
23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage			22 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage			21 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage			23 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage			21 arbejdsdage ekskl. 5 lørdage			19 arbejdsdage ekskl. 4 lørdage		



**Tværasektorielt forløbsprogram
for mennesker med diabetes**
– samarbejde og kommunikation

UDKAST

Region Syddanmark
og de 22 kommuner



Titel

Tværasektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes
– samarbejde og kommunikation

© Region Syddanmark og de syddanske kommuner, 2018

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

www.rsyd.dk/kronisksygdom

Ikrafttræden

Forløbsprogrammet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget og træder i kraft den XX.XX.2018.

Emneord

diabetes mellitus, type 1, type 2, forløbsprogram, forebyggelse, rehabilitering, tidlig opsporing, kommunikation, patientinddragelse

Version 1.0

Februar 2018

Dansk sprog

Udgivelse i PDF-format

Grafisk tilrettelæggelse:

Lisette Lund, Grafisk Service, Region Syddanmark

Udgivet af:

Region Syddanmark

Elektronisk ISBN 978-87-92217-60-8

Forord

Udarbejdes efter høringsperioden

Formandskabet for Sundhedskordinationsudvalget

Indholdsfortegnelse

	Forord	3
1	Introduktion	6
	FOREBYGGELSE OG TIDLIG OPSPORING	
2	Borgerrettet forebyggelse i kommunen	10
	Kommunen	10
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud	10
3	Tidlig opsporing af diabetes	12
	Almen praksis	13
	Kommunen	16
	Sygehuset.	16
	RISIKOVURDERING	
4	Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset.	17
	Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes	18
	Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes	18
	Vurdering af rette behandler ved øvrige diabetesformer	19
	Vurdering af behov for rehabilitering	19
	Vurdering af behov for særlig støtte	20
	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
5	Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset	23
	Almen praksis	25
	Sygehuset.	26
6	Borgerens kontakt til apoteket.	27
7	Udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud.	29
8	Opfølgning og årskontrol i almen praksis	31
9	Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet	33
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	33
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	33

Indholdsfortegnelse

	RETNINGSLINJER FOR SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION	
10	Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud	35
	Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen	35
	Afklarende samtale i kommunen	35
11	Sygdomsmestring i kommunen	37
	Henvisning fra almen praksis og sygehuse til tilbud om sygdomsmestring	38
12	Træning i kommunen.	39
13	Rygestop i kommunen	41
	Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen	41
14	Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset	42
	Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis.	42
	Ernæringsindsats i kommunen	42
15	Indlæggelse på sygehuset.	43
	Almen praksis	43
	Kommunen	43
	Sygehuset.	43
16	Udskrivelse fra sygehuset	45
	Kommunikation mellem sygehuset og kommunen	45
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	46
17	Graviditetsdiabetes	48
	Kommunikation mellem sygehuset og kommune	49
	Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis.	49
18	Børn og unge med diabetes	50
	Overgangen fra børneambulatoriet til kommunen	50
	Støtte i kommunerne	51
	Børn og unge med diabetes i almen praksis	51
19	Plejeindsatsen i kommunen	52
	Bilag 1 – Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud	53
	Bilag 2 – Befordring	54

1 | Introduktion

Baggrund

Siden Sundhedsloven og de første sundhedsaftaler i 2007 har aktørerne i det syddanske sundhedsvæsen haft et særligt fokus på at sikre sammenhængende patientforløb. Samarbejdet mellem de syddanske kommuner, sygehuse og almen praksis er gradvist styrket hen over årene.

I 2010 blev det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med type 2-diabetes i Syddanmark vedtaget. Sammen med forløbsprogrammer for borgere med KOL, hjertekar-sygdom og ryglidelser skulle dette styrke den samlede indsats for borgere med kroniske sygdomme.

Forudsætningerne for at tilrettelægge fremtidens indsats i Syddanmark for mennesker med diabetes har ændret sig siden det første forløbsprogram. Således har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en generisk model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom^[1], retningslinjer for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes^[2], anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes^[3] samt anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom^[4]. Dette forløbsprogram er funderet på disse nationale anbefalinger og retningslinjer.

Desuden er der sket en udvikling i sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og de 22 kommuner. De første versioner af Sundhedsaftalen handlede bl.a. om opgavedeling mellem sektorer og kommunikation i sektorovergange, herunder IT-understøttelse af kommunikationen.

Den seneste Sundhedsaftale for perioden 2015-18 har et stærkt fokus på en rehabiliterende tilgang, hvor inddragelse af borgere og deres pårørende skaber sammenhæng mellem den sundhedsfaglige indsats og borgerens hverdagsliv, så indsatsen tilpasses borgeren og skaber mest mulig værdi for den enkelte.

De overordnede målsætninger i Sundhedsaftalen er et rehabiliterende samarbejde med borgeren, sundhed for alle og sundhed med sammenhæng. På den baggrund er det prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015-18, at der skal udarbejdes nye forløbsprogrammer for en række diagnoser under titlen "Nye rammer for kronisk sygdom". Som et første skridt er der udviklet og vedtaget en **generisk model**, som sætter rammen for udvikling af en række nye forløbsprogrammer.

Formål med forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram beskriver den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats, som kommunerne, almen praksis, sygehuse og apotekerne i Syddanmark yder i samarbejde med borgere med type 1- og type 2-diabetes. Forløbsprogrammets vigtigste fokus er dels aktørernes samarbejde, koordinering og kommunikation, dels inddragelse af borgere med diabetes og deres pårørende. Programmet gennemgår ikke de specifikke kliniske/faglige retningslinjer for den monosektorielle behandlings- og rehabiliteringsindsats. Det forventes, at alle relevante aktører har opdateret viden om disse uafhængigt af forløbsprogrammet .

KLIK PÅ DE GRØNNE HYPERLINKS 

- 1 Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).
- 2 Sundhedsstyrelsen (2015) – [NKR: Udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).
- 3 Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).
- 4 Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).



Formålet med dette forløbsprogram er at sikre:

- Høj og ensartet kvalitet af den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats for borgere med diabetes i det syddanske sundhedsvæsen
- Sammenhæng i borgernes forløb
- Inddragelse af borgerne og deres pårørende
- Hensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne i det syddanske sundhedsvæsen

Målgruppe for forløbsprogrammet

Målgruppen for forløbsprogrammet er alle syddanske borgere med type 1- og type 2-diabetes uanset sygdommens sværhedsgrad samt borgere i risiko for at udvikle type 1- og type 2-diabetes.

Borgere med diabetes har forskellige behov, og deres forløb skal tilrettelægges herefter. Derfor er det borgerens individuelle situation og sygdomsbillede, som er udgangspunktet for den samlede indsats.

Programmet gælder i alle de 22 syddanske kommuner, for de praktiserende læger i regionen, de fire somatiske sygehusenheder og psykiatrisygehuset. Forløbsprogrammet henvender sig til sundhedsprofessionelle og ledere i kommuner, almen praksis, på sygehuse og apoteker, der i deres arbejde er i kontakt med borgere med diabetes.

Det gælder både sundhedsprofessionelle, der har borgere med type 1- eller type 2-diabetes som en primær målgruppe, og sundhedsprofessionelle, der mere sporadisk møder borgere med diabetes som led i deres arbejde.

Forløbsprogrammets anvendelse

Forløbsprogrammet er et handlingsorienteret dokument, der beskriver aktørernes opgaver og roller i samarbejdet og i kommunikationen om behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Forløbsprogrammet er bygget op omkring specifikke situationer, hvor mennesker med type 1- og type 2-diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet (fx årskontroller og konsultationer i almen praksis, deltagelse i kommunale forebyggelsestilbud, ambulante behandling og kontrol i sygehusambulatoriet etc.). Programmet beskriver roller og opgaver for hver af de involverede aktører i disse situationer.

Derfor kan forløbsprogrammet både bruges som:

- Et opslagsværk i det daglige arbejde
- Et udgangspunkt for at udarbejde sektorspecifikke instrukser mv.
- Et værktøj til den mere overordnede planlægning af den mono- og tværsektorielle indsats for mennesker med type 1- og type 2-diabetes.

Enkelte afsnit – bl.a. afsnittene om borgerrettet forebyggelse og tidlig opsporing – er ikke bygget op om specifikke kontakter mellem borgere og sundhedsprofessionelle og kræver derfor en større grad af lokal opfølgning, før programmets intentioner kan omsættes til systematisk handling.

Udarbejdelse af forløbsprogrammet

Dette forløbsprogram er, ligesom det allerede godkendte forløbsprogram for mennesker med KOL, tilblevet i en struktureret, organisatorisk brugerinddragelsesproces.

Således er der afviklet to workshops, hvor borgere, pårørende og sundhedsprofessionelle fra sygehusene, almen praksis og kommuner har været i dialog om deres oplevelser af og holdninger til det syddanske sundhedsvæsens håndtering af mennesker med type 1- og type 2-diabetes.

Processen har bidraget til, at forløbsprogrammet sætter fokus på kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og borgere/pårørende samt systematisk inddragelse af borgere/pårørende i eget forløb, idet der opleves det største behov for at styrke indsatsen på disse områder.

Implementering, monitorering og opdatering af forløbsprogrammet

I tilknytning til forløbsprogrammet er der udarbejdet en separat implementeringsplan, som findes på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer forløbsprogrammet løbende for at afdække dets implementeringsgrad og effekter. Resultaterne af monitoreringen vil blive forelagt Sundhedskoordinationsudvalget én gang om året.

Forløbsprogrammet opdateres på baggrund af monitoreringens resultater, og når der sker større nationale og lokale ændringer i samarbejdet om forløb for mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Det Administrative Kontaktforum er ansvarlig for at sikre, at forløbsprogrammet er ajourført og tidssvarende.

Der pågår desuden en række initiativer, hvis løsninger løbende kan indarbejdes i forløbsprogrammet i takt med, at der skabes stigende evidens for løsningernes effekt i form af øget behandlingskvalitet, patienttilfredshed, resourceoptimering etc. Blandt initiativerne kan fx nævnes:

Steno Diabetes Center Odense (SDCO):

Forløbsprogrammet er lavet i en sideløbende og koordineret proces med udarbejdelsen af en drejebog for etableringen af SDCO. SDCO forventes at skabe evidens for nye løsninger inden for bl.a. opsporing og behandling af diabetes samt ny viden om organisering af det tværsektorielle samarbejde.

Patientrapporterede oplysninger

(PRO-data): Der pågår i sundhedsvæsenet en række indsatser, der har til formål at inkludere patienternes egne oplevelser og målinger af livskvalitet, funktionsniveau, helbred mv. (patientrapporterede oplysninger eller PRO-data) aktivt i deres forløb. Disse data har til formål at understøtte kvalitetsudviklingen af behandlings- og rehabiliteringsforløbene på tværs af sektorer.

Telemedicin: Telemedicinske løsninger betragtes som et vigtigt element i fremtidens borger-nære sundhedsvæsen og i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med type 1- og type 2-diabetes. Telemedicin tillader tidstro dataudveksling, kommunikation og monitorering, hvilket muliggør koordinerede parallelle behandlings- og rehabiliteringsindsatser på tværs af sektor og aktører.

Komorbiditet og parallelle indsatser

Flere danskere lever med mere end én kronisk sygdom. Forløbsprogrammet omhandler indsatsen for mennesker med diabetes, men berører kort behovet for at koordinere behandlings- og rehabiliteringsindsatser for mennesker med flere samtidige sygdomme – fx på tværs af sygehusafdelinger.

Det stiller større krav til kommunikation og koordination internt og på tværs i sundhedsvæsenet.

Forløbsprogrammet har også fokus på, at kommuner, almen praksis og sygehuse ved behov skal igangsætte indsatser parallelt ifm. behandling, rehabilitering og særlig støtte for borgere med type 1- og type 2-diabetes.

Inddragelse af borgere og pårørende

Et vigtigt element i dette forløbsprogram er at sikre, at borgere og pårørende inddrages i hele forløbet. Inddragelse af borgeres viden og ressourcer, både i udvikling af sundhedsvæsenets ydelser overordnet og i de individuelle forløb, kan medvirke til øget kvalitet i behandlingen og større tilfredshed^[5]. Den enkelte borger har en unik viden om sit eget sygdoms- og behandlingsforløb og om sine behov og præferencer, hvilket kan have betydning for, i hvilket omfang en konkret behandling vil gavne. Inddragelse af pårørende kræver borgerens accept.

Ved i højere grad at indgå i dialog om, hvilken behandling, der passer bedst til borgerens liv og individuelle præferencer, kan man forbedre muligheden for, at eksempelvis medicinen tages rigtigt, behandlingsanvisninger overholdes, og at borgeren kan forstå og handle relevant på sine sygdomssymptomer.

Undersøgelser dokumenterer således på tværs af sygdomme, at borgere, der er inddraget i beslutninger om behandlingsvalg, målbeskrivelser og tilrettelæggelsen af behandlingsforløb:

- Har mere viden om deres sygdom og stiller flere spørgsmål
- Har større selvtillid, styrket tro på egen evne til at håndtere sygdom og øget livskvalitet
- Følger behandlingsanvisninger bedre (øget compliance)^[6,7].

Desuden kan inddragelse medvirke til at sikre en tidlig behandlingsindsats, når det er væsentligt^[8,9]. Undersøgelser peger tillige på, at inddragelse kan reducere det samlede ressourceforbrug på nogle områder, idet patienter, der inddrages, i højere grad vælger mindre indgribende behandling^[6]. Ved behandling af borgere med type 1- og type 2-diabetes er inddragelse særlig relevant, dels fordi type 1- og type 2-diabetes er kroniske sygdomme, som borgeren normalt lever med i mange år, dels fordi en stor del af behandlingen af type 1- og type 2-diabetes foretages af borgeren selv eller dennes pårørende i eget hjem. Set i lyset af de kendte effekter af inddragelse giver det derfor god mening at tilstræbe, at borgere med type 1- og type 2-diabetes og deres pårørende så vidt muligt er med til at træffe beslutninger om, hvilken behandling og hvilke understøttende tiltag de bør tilbydes. Det kan eksempelvis være valg af forebyggelsestilbud som ernæringsindsats og træning, eller valg af medicinsk behandling, hvor der fx findes flere forskellige typer behandling med god forventet effekt, men med forskellige bivirkninger og indvirkning på borgerens hverdag.

Sundhedsprofessionelle og borgere har ikke altid samme opfattelse af, hvad der er vigtigt at tale om på givne tidspunkter i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Det kan være svært at modtage og reagere på information, hvis borgeren ikke synes, det er det vigtigste, der bliver talt om. Derfor er der i forløbsprogrammet markeret konkrete eksempler på, hvordan sundhedsprofessionelle kan inddrage borgere og pårørende i forskellige situationer, hvor mennesker med type 1- og type 2-diabetes er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Disse eksempler er baseret på konkrete oplevelser, erfaringer og ønsker fra borgere med diabetes og deres pårørende.

5 Freil M & Knudsen JL (2009) – Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger 171(20), 1694.

6 Coulter A (2012) – Patient Engagement – What Works?. The journal of Ambulatory Care Management, 35(2):80-89.

7 Stacey D et al (2014) – Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). The Cochrane Collaboration.

8 Buhse S et al. (2015) – Informed shared decision-making programme on the prevention of myocardial infarction in type 2-diabetes: a randomised controlled trial. BMJ Open. Nov 13;5(11):e009116.

9 Serrano, V et al (2016) – Shared decision-making in the care of individuals with diabetes, Diabetes Medicine. Jun;33(6):742-51.

2 | Borgerrettet forebyggelse i kommunen

Sundhedslovens § 119 stk. 1 og 2 danner det overordnede udgangspunkt for arbejdet med forebyggelse i kommunerne. Kommunerne har således ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis hos borgerne og for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Derudover har en række andre love også betydning for den borgerrettede forebyggelse, særligt rammer for fysisk aktivitet (Folkeoplysningsloven, Folkeskoleloven, Planloven m.fl.).

Kommunen

Type 1-diabetes kan på nuværende tidspunkt ikke forebygges, da det ikke er sikkert, hvilke miljømæssige faktorer, der spiller en rolle i patogenesen^[10]. Udvikling af type 2-diabetes kan skyldes både arvelige faktorer, uhensigtsmæssig livsstil og overvægt samt kombinationer heraf^[11]. Kommunen har med sin borgerrettede forebyggelsesindsats en vigtig opgave i at støtte borgerne i at skabe sunde vaner tidligt i livet og i at ændre og fastholde nye sunde vaner senere i livet, således at type 2-diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme kan forebygges.

For at sikre en solid indsats for at forebygge type 2-diabetes bør kommunerne leve op til anbefalingerne på grundniveau i [Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker om henholdsvis fysisk aktivitet, mad og måltider samt overvægt](#).

Risikofaktorerne for at udvikle type 2-diabetes forekommer i højere grad i nogle grupper i samfundet end andre. Uligheden hænger sammen med uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, køn, civilstatus, bopæl, etnicitet mv.^[12]. Kommunen anbefales derfor at tilrettelægge sin forebyggende indsats, så den tager særligt højde for denne sociale ulighed.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til kommunale forebyggelsestilbud

Mange kommuner tilbyder gratis forebyggende tilbud til borgere, der er i risiko for fx at udvikle diabetes (tilbud om motion, kost og væggtab mv.). Tilbuddene fremgår af www.sundhed.dk. Kommunen skal løbende opdatere beskrivelsen af sine tilbud her.



Patienterne anbefaler

- Styrk samarbejdet på tværs af kommunens forvaltninger
- Lav forebyggelsen, der hvor vi allerede kommer i forvejen
- Skab rammer for mere bevægelse i institutioner og skoler
- Inddrag foreningerne i det sundhedsfremmende arbejde
- Vær opmærksom på risikofaktorer for diabetes hos børn – fx ved besøg hos sundhedsplejersken og tandplejen
- Husk familien i de forebyggende samtaler

¹⁰ Sundhed.dk (2016) – [Lægehåndbogen](#).

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

¹² Sundhedsstyrelsen (2011) – [Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser](#).



Det kræver motivation og ressourcer at opsøge og tilmelde sig et forebyggende tilbud. Det er en hjælp for mange borgere, hvis sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehuset efter aftale med borgeren henviser til kommunens tilbud.

Henvisningen fra sygehus og almen praksis skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

3 | Tidlig opsporing af diabetes

Det er vigtigt at opspore og reagere på diabetes så tidligt som muligt for at iværksætte behandling og livsstilsændringer, der kan stabilisere sygdommen og reducere risikoen for alvorlige komplikationer.

Sygehuse, kommuner og almen praksis samt borgeren selv har et fælles ansvar for, at sygdommen opspores og diagnosen stilles så tidligt som muligt.

Sundhedsprofessionelle skal i deres kontakt med borgere være opmærksomme på kliniske symptomer og risikofaktorer for diabetes. Ved begrundet mistanke om diabetes skal sundhedsprofessionelle i alle sektorer iværksætte eller henvise til undersøgelse med henblik på

diagnosticering, også selvom den primære kontakt vedrører noget andet.



Kliniske symptomer på diabetes ^[14]

- Øget tørst
- Hyppig vandladning
- Genital kløe
- Uforklaret vægttab
- Sløret syn
- Træthed
- Infektioner i hud og slimhinder

Kendetegn ved type 1- og type 2-diabetes ^[13]



	Type 1-diabetes	Type 2-diabetes
Vægt	Oftest normalvægtige	Ca. 80% er overvægtige
Insulinproduktion	Ophørt (< 10% af normal produktion)	Insulinresistens Insulinproduktionen er ofte høj
Alder	Oftest < 30 år ved debut	> 40 år ved debut, dog forekommer der tilfælde helt ned til børnealderen
Symptomer	Opstår akut/subakut	Udvikler sig langsomt
Arvelighed	Ca. 2-5% (når én af forældrene eller søskende har type 1-diabetes)	Ca. 40% (når én af forældrene eller søskende har type 2-diabetes)

Andre sjældnere undertyper af diabetes kan have forskellige manifestationer, der ikke gennemgås særskilt i dette forløbsprogram.

¹³ DiabetesUdvalg Region Syddanmark (2014) – [Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling i Region Syddanmark](#).

¹⁴ DiabetesUdvalg Region Syddanmark (2014) – [Diabeteshåndbog – praktisk diabetespleje og -behandling i Region Syddanmark](#).



Symptomerne på højt blodsukker er de samme ved type 1- og type 2-diabetes, men symptomerne viser sig hurtigere og kraftigere ved type 1-diabetes, hvorimod de "kommer snigende" ved type 2-diabetes. Hvis symptomerne på type 1-diabetes ikke bliver opdaget, diagnosticeret og behandlet, kan de udvikle sig til opkastning, mavesmerter, væsketab og evt. bevidsthedstab.

Man ved endnu ikke, hvorfor type 1-diabetes opstår, men at risikoen bl.a. er forbundet med arv og gener. For type 2-diabetes gælder det, at arv og livsstil er årsag til udvikling af sygdommen.

Almen praksis

Den praktiserende læge spiller en vigtig rolle i at opspore diabetes tidligt pga. almen praksis' store kontaktflade til borgerne.

Hvad angår type 2-diabetes baserer den praktiserende læge sin opsporingsindsats på opportunistisk screening. Det vil sige, at når patienter med kliniske symptomer på eller risikofaktorer for udvikling af diabetes henvender sig, herunder af anden årsag, skal almen praksis tilbyde undersøgelse for diabetes.

Dansk Selskab for Almen Medicin anbefaler, at tidlig opsporing for diabetes kobles med vurdering af patienters individuelle kardiovaskulære risikoprofil via SCORE-systemet ^[15] (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Sygdomme og risikofaktorer associeret med en høj risiko for type 2-diabetes

- Hjerte-karsygdomme
- Hypertension
- Dyslipidæmi
- Familiær disposition
- Tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)
- Etnisk disposition
- Visse farmaka
- Forekomsten af ≥ 2 øvrige risikofaktorer
 - Overvægt
 - Høj alder
 - Lavt aktivitetsniveau
 - Rygning
 - Familiær disposition for hjerte-karsygdom (førstegangsslægtninge)
 - Mikroalbuminuri

Til det formål har Dansk Selskab for Almen Medicin udviklet et udredningskema som vist på næste side.



TYPE 1

Hvis en mor har type 1-diabetes, er risikoen for, at hendes barn får sygdommen ca. 2%.

Hvis en far har type 1-diabetes, er risikoen for, at hans barn får sygdommen ca. 5%.

Hvis begge forældre har type 1-diabetes, er risikoen for at deres barn får sygdommen ca. 5-20%.

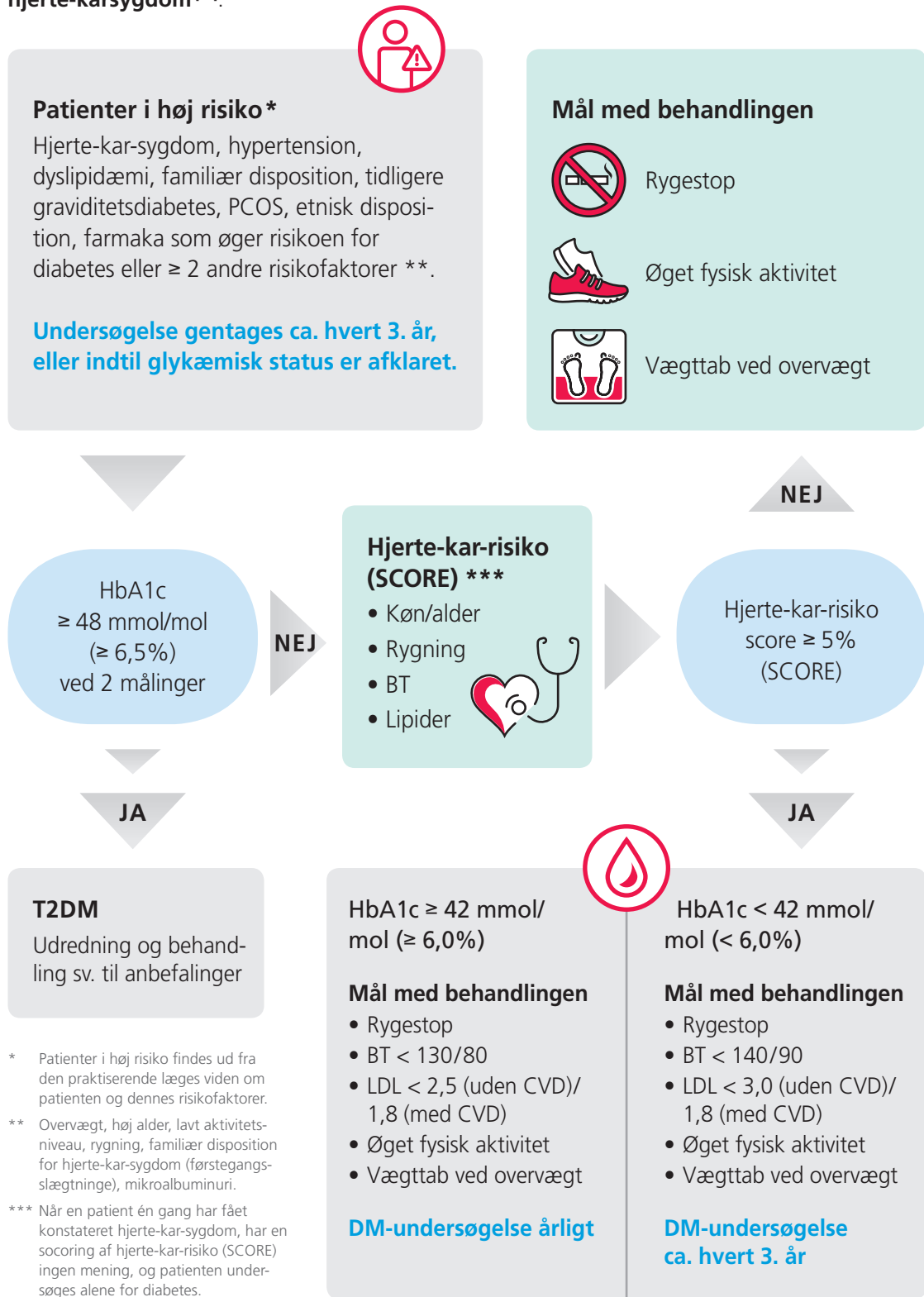
TYPE 2

Hvis en forældre har type 2-diabetes, er risikoen for, at barnet får sygdommen 40%.

Hvis begge forældre har type 2-diabetes, er risikoen for, at barnet får sygdommen 80%.

¹⁵ Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) er tilgængelig på www.heartscore.org.

Udredningskema for opsporing af personer med diabetes og/eller forhøjet risiko for hjerte-karsygdom ^[16].



¹⁶ Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom.

Af udredningsskemaet fremgår det, at patienter med:

- højt langtidsblodsukker (HbAc1 \geq 48 mmol/mol), bekræftet ved to separate blodprøver, har diabetes og skal tilbydes udredning og behandling iht. gældende retningslinjer.
- lavt langtidsblodsukker (HbAc1 < 42 mmol/mol) bør tilbydes en indsats, der differentieres efter deres samlede risiko for hjerte-karsygdom.
- langtidsblodsukker mellem 42-47 mmol/mol og en øget risiko for hjerte-kar-sygdom (> 5% SCORE) med fordel kan tilbydes rehabilitering på lige fod med mennesker med diabetes, dog uden blodsukkersænkende lægemidler.

Når patienter identificeres med risiko for at udvikle diabetes, tilbydes de undersøgelse for diabetes med varierende intervaller. Patienter i risiko for at udvikle diabetes tilbydes udredning med ca. et års mellemrum, når patienten er kendt med:

- hjerte-karsygdom,
- øget risiko (> 5% SCORE) for hjerte-kar-sygdom og et langtidsblodsukker HbA1c mellem 42-47 mmol/mol
- eller i fast behandling med farmaka, der øger risikoen for diabetes (fx prednisolon eller antipsykotika)

Dog kan almen praksis nøjes med at tilbyde udredning med ca. tre års mellemrum til patienter i risiko for at udvikle diabetes, når patienten er kendt med:

- øget risiko (> 5% SCORE) for hjerte-kar-sygdom og et lavere langtidsblodsukker (HbA1c < 42 mmol/mol)
- familiær disposition til diabetes (førstegrads-slægtning)
- tidligere graviditetsdiabetes
- Polycystisk ovariesyndrom (PCOS)

Det er velkendt, at nogle etniske grupper har øget genetisk risiko for udvikling af diabetes type-2, herunder indvandrere og efterkommere fra Asien, Afrika og Mellemøsten. Den praktiserende læge bør på baggrund af øvrige risikofaktorer og patientens alder (> 35 år) tilbyde løbende undersøgelse for diabetes efter lægens skøn. Ligeledes bør personer med svær psykisk sygdom følges tæt.

Mange patienter er kun i sporadisk kontakt med egen læge. Derfor kan almen praksis med fordel skærpe deres opmærksomhed på diabetes i forbindelse med følgende situationer:

- Fornyelse af recepter på p-piller
- Helbredsundersøgelse i forbindelse med kørekort

Den praktiserende læge bør adressere uensigtsmæssig livsstil og styrke patientens motivation til at ændre den samt tilbyde intervention, råd og vejledning^[17]. Den praktiserende læge kan som en del af behandlingen elektronisk henvise til kommunale forebyggelsestilbud via MedCom-standarden "kommunehenvielse" (REF01) (bilag 1). Henvielse sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Almen praksis bør desuden tale med patienten om betydningen af arv for udvikling af diabetes.

¹⁷ Dansk Selskab for Almen Medicin (1999) – [Den motiverende samtale](#).

Kommunen

Kommunen spiller ligesom almen praksis en vigtig rolle i tidlig opsporing af diabetes. Kommunen har en stor kontakthorisont til borgerne på tværs af flere forvaltninger. Der er derfor et stort potentiale for at udvikle og forbedre opsporingsprocedurer i kommunerne og sikre samspillet med almen praksis.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunen identificerer borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes^[18]. Det kan med fordel ske på tværs af forvaltningsområder i et samarbejde med sundhedsområdet. Blodsukkermåling frarådes, men der er udviklet **validerede spørgeskemaer, som kan bruges til at identificere patienter i risiko for at udvikle diabetes**. Ved mistanke om diabetes skal borgeren altid anbefales at kontakte egen læge med henblik på videre undersøgelse. Vurderes borgeren ikke at have en risiko for at udvikle diabetes, men har borgeren en u hensigtsmæssig livsstil, kan kommunen med fordel have en dialog med borgeren om at deltage i kommunale forebyggelsestilbud, fx kost- og motionsvejledning, rygestop mv.

Borgere uden regelmæssig kontakt til det etablerede sundhedsvæsen er i risiko for ikke at blive udredt og sat i behandling. Det anbefales, at kommunerne målretter opsporingsinitiativer mod borgere tilknyttet arbejdsmarkedsområdet, væresteder, forsorgshjem mv., og at borgere i risiko for at udvikle diabetes hjælpes med at tage kontakt til almen praksis.

Det anbefales, at kommunerne, almen praksis og sygehusene i samarbejde organiserer og tilbyder opsporingsinitiativer. Der bør være et specielt fokus på at udføre opsporingsinitiativer målrettet etniske minoriteter, borgere med psykisk sygdom og sårbare borgere, eksempelvis i udsatte boligområder. Organiseringen af opsporingsinitiativer kan med fordel drøftes i de kommunalt-lægelige udvalg og de lokale samordningsfora.

Kommunen skal være opmærksom på opsporing af borgere med diabetes i forbindelse med gennemførelse af forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for borgere med anden kronisk sygdom.

Sygehuset

Der skal på sygehusene være en særlig opmærksomhed på kliniske symptomer på og risikofaktorer for diabetes. Det gælder særligt for patientgrupper, hvis medicin og eller sygdom giver patienten en særlig risiko for at udvikle type 2-diabetes som fx patienter i steroidbehandling (fx onkologiske patienter, patienter med KOL, visse reumatologiske patienter), transplantationspatienter i immunomodulerende behandling, psykiatriske patienter i behandling med visse antipsykotika og patienter med åreforkalkningssygdom og pancreas-sygdomme. Det kan også gælde fx i forbindelse med skadestuebesøg, akutte indlæggelser og ved undersøgelser forud for kirurgiske indgreb. Ved mistanke skal sygehuset måle langtidsblodsukker (HbA1c).

Generelt skal sygehuset vurdere patienters sundhedsmæssige risiko ud fra risikofaktorer og sundhedsadfærd. Sygehuset skal over for patienten påpege, når u hensigtsmæssig livsstil påvirker resultatet af behandlingen.

Sygehuset skal tilbyde patienter med u hensigtsmæssig livsstil, der kan påvirke den generelle helbredtstilstand, vejledning om forebyggelsesmuligheder og efter aftale med patienten henvisning til kommunale forebyggelsestilbud som fx kostvejledning og rygestoptilbud. Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med diabetes](#).

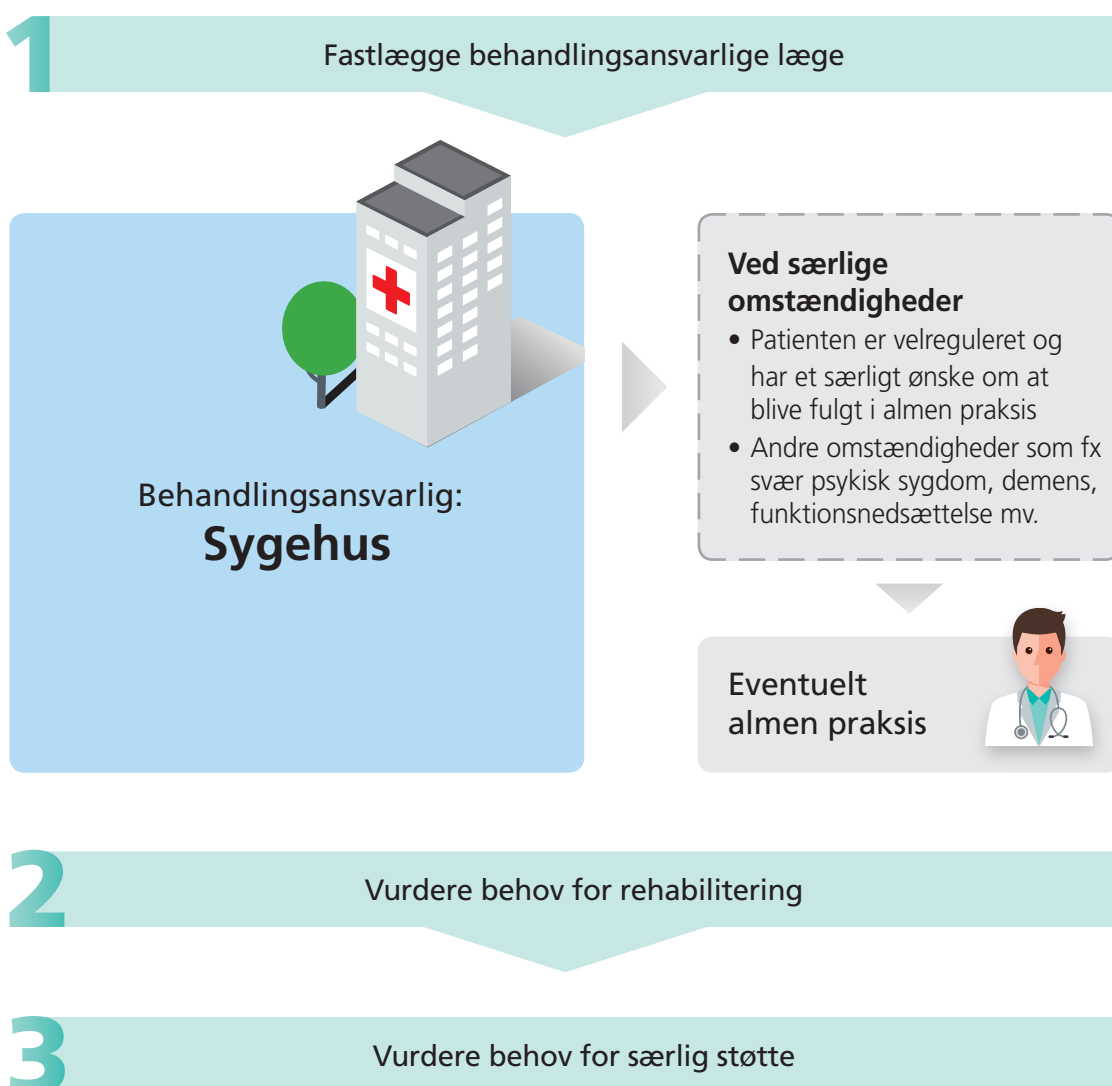
4 | Løbende risikovurdering i almen praksis og på sygehuset

Behandlings- og rehabiliteringsforløbet for patienter med diabetes indledes i almen praksis eller på sygehusene med diagnosticering, risikovurdering og fastlæggelse af rette behandler. Samtidig skal den praktiserende læge eller sygehuslægen i dialog med patienten vurdere, om patienten har behov for rehabilitering (fx et kommunalt forebyggelsestilbud) og særlig støtte i sit forløb. Opgavedelingen mellem almen praksis og sygehusene adskiller sig i

patientforløb for patienter med type 1- og 2-diabetes.

Ved diagnosticering skal lægen med udgangspunkt i patientens aktuelle sygdomssituation vurdere og træffe beslutning om, hvem der er den rette behandler. Det sker ud fra kriterierne fremsat af Sundhedsstyrelsen og iht. den syddanske stratificeringsmodel for mennesker med type 2-diabetes.

Figur 1: Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes



Vurdering af rette behandler ved type 1-diabetes

Patienter med type 1-diabetes følges i sygehusenes diabetesambulatorier (figur 1). I særlige tilfælde kan almen praksis overtage ansvaret som primær behandler, hvis egen læge og sygehusambulatoriet i fællesskab og i dialog med patient og evt. pårørende finder, at dette vil give patienten en bedre behandling. Det kan eksempelvis være patienter med dårlig compliance pga. svær psykisk sygdom, demens, funktionsnedsættelse mv. Det kan også gælde velregulerede patienter, der har et særligt ønske om at modtage behandling hos deres egen læge af fx geografiske årsager. I de tilfælde, hvor almen praksis er primær behandler, bør det aftales på patientniveau, hvordan almen praksis og sygehuset i fællesskab sikrer en tilstrækkelig behandlingsindsats.

Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes

Almen praksis er den primære behandler af patienter med type 2-diabetes (figur 2). Opstart af insulinbehandling kan dog ske enten hos almen praksis eller på sygehusambulatoriet. Den praktiserende læge følger og hjælper patienten til at nå de individuelle mål, der er fastsat i dialog mellem patient og læge.

Sygehusenes diabetesambulatorier skal stå til rådighed for almen praksis med rådgivning telefonisk eller ved henvendelse via korrespondancemeddelelse.

Der kan være tilfælde, hvor almen praksis ikke alene kan yde tilstrækkelig behandling. I disse situationer kan det være relevant at henvise til et tidsafgrænset forløb i diabetesambulatoriet eller ændre behandlingen i samråd med diabetesambulatoriet.

Det gælder, hvis patienten:

- Ikke når sine mål inden for en rimelig tid
- Skal indlede kombinationsbehandling med flere end tre antihyperglykæmiske præparater
- Skal indlede kompliceret insulinbehandling

Som udgangspunkt afsluttes alle patienter med type 2-diabetes til videre behandling og opfølgning i almen praksis, når de har gennemgået et behandlingsforløb i diabetesambulatoriet. Der er dog en række undtagelser, hvor patienten fortsat bør følges i diabetesambulatoriet, indtil behovet for specialiseret diabetesbehandling i diabetesambulatoriet ikke længere er til stede (se boks).



Patienter med type 2-diabetes hos diabetesambulatoriet

Patienter følges i diabetesambulatoriet i tilfælde af:

- Fortsat behov for regulering af glykæmisk niveau eller blodtryk
- Vedvarende stærkt svingende blodsukkerniveau med flere uforudsigelige insulintilfælde
- Fortsat svær hyperlipoproteinæmi, hvor behandlingen er vanskelig og hvor patienten har behov for kombinationsterapi
- At én af følgende komplikationer er til stede:
 - Nefropati – nyresvigt og/eller makroalbuminuri
 - Fodkomplikationer som Charcotfod, gangræn og aktivt fodsår samt patienter med amputation
 - Øjenkomplikationer som progression af ikke-proliferativ retinopati, proliferativ retinopati og makulopati
 - Gastroparese
 - Svær sensomotorisk neuropati eller svære neuropatiske smerter
- Komorbiditet, hvor den metaboliske kontrol er dysreguleret som fx ved:
 - Tilbagevendende systemisk brug af steroidbehandling
 - Patienter med depression og andre psykiske lidelser
 - Endokrine lidelser, som i forvejen kræver status i endokrinologiske ambulatorium
 - Aktiv cancersygdom
 - Anden væsentlig komorbiditet

Vurdering af rette behandler ved øvrige diabetesformer

Ved øvrige, sjældnere diabetesformer afgør kompleksiteten af sygdommen og eventuelle komplikationer, om patienten følges af almen praksis eller sygehuset.

I patientforløbene for både type 1- og type 2-diabetes samt sjældnere diabetesformer er det afgørende, at den behandlingsansvarlige læge følger udviklingen i patientens sygdom og livssituation, således at rette behandler, behovet for rehabilitering og behovet for særlig støtte vurderes løbende.

Vurdering af behov for rehabilitering

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for en rehabiliterings- eller forebyggelsesindsats hos en borger med diabetes, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal i dialog med patienten vurdere dennes behov for rehabilitering og henvise hertil, når det er relevant. Kommunen vil på baggrund af henvisningen og i dialog med borgeren finde frem til det rigtige forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud.

Figur 2: Vurdering af rette behandler ved type 2-diabetes





Rehabilitering af borgere med diabetes omfatter som udgangspunkt en afklarende samtale og forebyggelsestilbud som fx ^[19]

- Sygdomsmestring
- Tobaksafvænning (rygestop)
- Fysisk træning
- Ernæringsindsats
- Forebyggende samtale om alkohol
- Afslutning på samlet tilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Heraf fremgår også eventuelle kriterier for deltagelse i tilbuddene. Hos almen praksis og på sygehusene skal der løbende være opmærksomhed på muligheden for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud. Henvisning sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt, at borgere kan have behov for parallelle indsatser. Det stiller krav til koordination mellem aktørerne og internt hos den enkelte aktør.

Vurdering af behov for særlig støtte

Nogle borgere har behov for særlig støtte, der ligger ud over det, som naturligt varetages af egen læge som tovholder for borgerens forløb, af pårørende eller af andre aktører. Formålet er, at borgere tilbydes fysisk, psykisk og social støtte til de udfordringer, der ligger ud over de gængse udfordringer ved diabetes, så de støttes i at håndtere deres sygdom hensigtsmæssigt. Der henvises til afsnit 19 angående de borgere, som har behov for en egentlig plejeindsats i kommunen.

Behovet for særlig støtte kan være til stede fra starten af forløbet eller forandre sig i takt med, at sygdommen forværres. Behovet for særlig støtte kan også opstå i forbindelse med ændringer i livssituationen.

Den sundhedsprofessionelle, der ser et behov for særlig støtte hos en borger med diabetes, skal altid reagere på det. Det gælder både egen læge, kommuner og sygehuse.

Den sundhedsprofessionelle foretager i dialog med borgeren og evt. pårørende altid en individuel vurdering af behovet for særlig støtte.

Sundhedsstyrelsen ^[20] anbefaler, at borgere med behov for særlig støtte tilbydes udvidet forløbskoordination for at fastholde borgeren i behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Den udvidede forløbskoordination kan foregå både på sygehuset og i kommunen.

Det enkelte sygehus kan eksempelvis vælge at koordinere samarbejdet med og om patienter med diabetes gennem en kontaktperson-ordning eller forløbskoordinerende funktion.

Forløbskoordinationen på sygehuset skal sikre:

- Dialog mellem sygehusafdelinger for at kombinere ambulante indkaldelser og undgå konfliktende tider, således at forløbet tilrettelægges med mest mulig hensyntagen til patienten
- Tilstrækkelig information om patientens særlige forhold i epikriser og korrespondancemeddelelser til patientens egen læge i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse samt ved længerevarende forløb i diabetes-ambulatoriet
- Tilstrækkelig information til kommunen om patientens særlige forhold ved udskrivelse og som led i koordineringen af den samlede rehabiliteringsindsats ^[21]

Sygehuset skal primært yde særlig støtte til patienter, som er indlagt eller er i ambulante forløb. Før og efter endt behandling er det patientens egen læge som tovholder, der i dialog med patienten koordinerer forløbet evt. i samarbejde med kommunen.

¹⁹ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

²⁰ Sundhedsstyrelsen (2012) – [Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model](#).

²¹ Jævnfør SAM:BO – [Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark](#).



Kommunen skal gå i dialog med borgere med behov for særlig støtte og ud fra denne dialog tilrettelægge et tilbud, der passer til den enkelte borgers livssituation og behov. Kommunen skal være særligt opmærksom på at sikre den nødvendige koordinering på tværs af fagområder for at give nødvendig og individuelt tilrettelagte støtte – fx mellem sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Rehabiliteringstilbud til borgere med behov for særlig støtte vil oftest tage afsæt i *Serviceoven, Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats eller Sundhedsloven*.

Borgere, som af egen læge eller på sygehuset vurderes at have behov for særlig støtte i kommunalt regi, skal henvises til kommunen, som sammen med borgeren vil afdække dennes behov og muligheder.

Almen praksis og sygehus skal i henvisningen angive problemstillingen uden at specificere den efterfølgende rehabiliteringsindsats. Henvisning skal ske elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Kommunen skal i en korrespondancemeddelelse kvittere for modtagelse af henvisningen fra almen praksis og kontakter herefter borgeren for en dialog om dennes behov mv.



Kommunehenvisning (REF01) skal altid indeholde informationer om:

- Persondata (navn, cpr-nummer, adresse, telefonnummer, e-mailadresse)
- Kort anamnese:
 - resultat af HbA1c-måling
 - senkomplikationer
 - komorbiditet
 - rygestatus
- Borgerens behandling (medicinsk/konservativt), og hvor borgeren følges (almen praksis/sygehus)
- Hvad der er talt om med borgeren og pårørende

Når det er relevant, skal henvisningen indeholde oplysninger om:

- Psykosociale oplysninger, mestringsevne og behov for særlig støtte
- Vægt, kostvaner og motionsvaner
- Ernæringstilstand
- Funktionsniveau og behov for hjælpemidler



Eksempler på grupper og situationer, hvor den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på, om borgeren har brug for særlig støtte

- Borgere med flere kroniske sygdomme
- Borgere med en psykiatrisk diagnose, fx depression
- Borgere med demens
- Borgere med fysisk eller psykisk handicap
- Borgere med et misbrug
- Borgere, der er ensomme eller uden socialt netværk
- Borgere med behov for hjælp til at føle sig trygge
- Borgere, der er socialt udsatte
- Borgere, der har meget svære eller pludseligt ændrede økonomiske vilkår
- Borgere med anden etnisk oprindelse, som har svært ved at forstå dansk
- Borgere med lav egenomsorgsevne
- Unge borgere med manglende compliance
- Børn og unge i resourcesvage familier

Eksempler på opmærksomhedspunkter i kontakten med borgere med behov for særlig støtte

I kontakten med borgere af anden etnisk baggrund kan det være vigtigt at være opmærksom på følgende:

- Sprogbarrierer^[22]
- Sygdomsforståelse
- Kostvaner
- Motionsvaner

Ved borgere med en psykiatrisk diagnose er det vigtigt at være opmærksom på følgende:

- At borgeren i perioder vil have behov for mere støtte for at få hverdagen til at fungere
- At undervisning også tilbydes pårørende/kontaktperson
- At borgeren ofte har en ændret døgnrytme

I kontakten til børn og unge med type 1-diabetes er det vigtigt at være opmærksom på, at håndtering af sygdommen kræver store ressourcer hos familierne. I familier med begrænsede ressourcer kan børn og unge være dårligere reguleret, hvilket medfører større risiko for alvorlig hypoglykæmi, ketoacidose og senkomplikationer. I den forbindelse kan det være nødvendigt at involvere socialområdet i kommunen, så familierne kan understøttes i at håndtere sygdommen, så barnet/den unge opnår bedre blodsukkerkontrol.

Generelt bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på at tilpasse kommunikationen og informationsniveauet til borgerens sundhedskompetencer.

²² Hvis den behandlingsansvarlige læge skønner, at der er brug for tolkebistand ifm. behandlingen, er patienten berettiget til tolkebistand, jf. [Sundhedsloven § 50](#).

5 | Udredning og diagnosticering i almen praksis og på sygehuset

Patienter i risiko for eller med symptomer på diabetes tilbydes udredning, jf. afsnit 3 om tidlig opsporing.

Diabetes diagnosticeres som udgangspunkt i almen praksis, og det foregår typisk over to til tre konsultationer med udredning og eventuelt indledende behandling, samt planlægning af behandlings- og rehabiliteringsforløbet. Diagnosen stilles på baggrund af en blodprøve, hvor der måles hæmoglobin A1c (HbA1c) som udtryk for patientens gennemsnitlige blodsukker over de sidste 2-3 måneder.

Har patienten et højt langtidsblodsukker (HbA1c \geq 48 mmol/mol), skal den forhøjede værdi bekræftes ved endnu en blodprøve før diagnosen diabetes kan stilles. Herefter tilbydes patienten behandling iht. gældende retningslinjer.

Næste skridt i udredningen er at afklare, om patienten har insulinkrævende eller ikke insulinkrævende diabetes. I sygehusambulatorierne sker det på baggrund af en blodprøve, der måler patientens insulinsekretion – connecting peptide (C-peptid). Blodprøven skal tages, når patienten er fastende.

Type-1 diabetes

Diagnosen type 1-diabetes stilles, hvis patienten har et faste-C-peptid $<$ 300 pmol/l. Herudover kendetegnes patienter med type 1-diabetes ved:

- Oftest debut før 30-års alderen
- Oftest normalvægtige
- Undertiden debut med ketoacidose
- GAD-antistof-positiv (Glutamatdecarboxylase)
- Insulinbehandling nødvendig inden for det første år fra diagnosetidspunktet

Type 2-diabetes

Diagnosen type 2-diabetes stilles hvis patienten har et faste C-peptid $>$ 300 pmol/l, typisk dog så højt som 800-1000 pmol/l.

Herudover kendetegnes patienter med type 2-diabetes ved:

- Oftest debut efter 30-års alderen
- Oftest overvægtige
- Diæt- eller tabletbehandling ud over det første år fra diagnosetidspunktet

Andre genetiske diabetesformer

Type 1,5-diabetes - LADA (Latent Autoimmun Diabetes in Adults)

Udover type 1- og type 2-diabetes har en mindre gruppe af patienter en diabetestype, som ofte tolkes som type 2-diabetes, men fænotypisk minder mere om type 1-diabetes, som oftest skal have insulinbehandling.

Ved mistanke om type 1,5-diabetes kan den praktiserende læge kontakte diabetesambulatoriet på den lokale sygehusenhed med henblik på vejledning eller hjælp til yderligere udredning.

Gestationel diabetes

Gestationel diabetes opstår i ca. 3-4% af alle graviditeter. Diagnosen stilles på baggrund af en glukosebelastningstest (OGTT), hvis patienten har et blodsukkerniveau i kapillært fuld-blod på \geq 9 mmol/mol.

Foruden ovennævnte diabetestyper eksisterer der en række mindre hyppigt forekommende eksempelvis MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young). De er beskrevet i [Region Syddanmarks instruks for diagnose og klassifikation af diabetes sygdom](#).

Afviigelser fra den diagnostiske procedure

For enkelte patientgrupper kan HbAc1 ikke anvendes til at diagnosticere diabetessygdommen. Det drejer sig om tilstande, hvor erythrocytternes levetid er påvirket, herunder eksempelvis ved alkoholisme og nyreinsufficiens. Det gælder ligeledes for gravide. I de tilfælde anvendes måling af fasteplasmaglukose og/eller 2-timersglukose under en oral glukosebelastningstest (OGTT).

Som en del af diagnosticeringen skal den behandlingsansvarlige læge danne sig et overblik over, hvilke komplikationer patienten eventuelt allerede har, tilstedeværelsen og niveauet af den enkelte risikofaktor, samt patientens livsstil, viden, holdninger og ressourcer. Denne viden danner grundlag for rådgivning og vejledning af den enkelte patient^[23].

Efter diagnosticering af diabetes skal den behandlingsansvarlige læge i dialog med patienten udarbejde en forløbsplan.

Uanset diabetestype og hvor diagnosen stilles, skal der tages hensyn til evt. komorbiditet både i forbindelse med patientens behandling og rehabilitering.

Det er vigtigt at tage højde for og muliggøre parallelle indsatser både internt i én sektor og på tværs af sektorerne.

Nydiagnosticerede patienter og deres pårørende er ofte utrygge ved den nye situation. Det er derfor vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge, som stiller diagnosen, har en dialog med patienten og sikrer sig, at patienten opnår forståelse for sygdommen og håndtering af den. Dette øger trygheden og patientens mulighed for at kunne tage hånd om sin situation.

Den behandlingsansvarlige læge skal sikre sig, at patienten og evt. pårørende er oplært i sygdomskontrol (blodsuktermåling) og medicin-håndtering. Apotekerne kan også bistå hermed og har nationalt aftalt ydelse om **Medicinsamtale**, der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom (afsnit 6). Den behandlingsansvarlige læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicin-håndtering.

Den behandlingsansvarlige læge bør sørge for udskrivning af recepter ved igangsætning af behandlingsindsatsen og for løbende receptfornyelser ifm. opfølgning/kontrol.



Indhold i forløbsplanen

- Klinisk og biokemisk status
- Formidling af diabetesviden og oplæring i færdigheder, fx blodsuktermåling
- Vurdering af eventuelle komplikationer, hjertesygdom og anden komorbiditet
- Vurdering af andre helbredsrelevante problemer i relation til diabetes
- Vurdering af psykosocial status
- Information og rådgivning om influenzavaccination
- Informere om og motivere til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Det kan overvejes at henvise til et kortvarigt forløb i et diabetesambulatorium, hvis patienten:
 - Ikke når sine mål inden for en rimelig tid
 - Skal indlede kombinationsbehandling med flere end tre antihyperglykæmiske præparater
 - Skal indlede kompliceret insulinbehandling

²³ Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – **Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom**.

Den behandlingsansvarlige læge i almen praksis eller på sygehuset skal ved diagnosetidspunktet vurdere, hvem der er den rette behandler for det videre forløb (afsnit 4), patientens behov for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 1) samt behov for særlig støtte.

Det er vigtigt, at den behandlingsansvarlige læge går i dialog med patienter, som har en uheldsmæssig livsstil, som har indflydelse på effekten af den videre behandling som fx kost, rygning, motion og alkohol.

Henvisning til kommunernes forebyggelses- og rehabiliteringstilbud sker elektronisk via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Den behandlingsansvarlige læge bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud, herunder henvise til, hvor patienten kan få mere information (afsnit 7).

Almen praksis

Ved mistanke om diabetes indledes udredning mhp. diagnosticering. Dele af undersøgelsen kan delegeres til uddannet praksispersonel^[24], men resultatet skal altid vurderes af den behandlingsansvarlige læge, som ved tvivlsspørgsmål kan søge sparring fra sygehusets specialiserede ressourcer via telefon eller elektronisk korrespondance. Alternativt kan patienten henvises til udredning på sygehuset. Når patienten er diagnosticeret med diabetes, kodes alle kontakter efter ICPC, ligesom diagnosen registreres som kronisk diagnosegruppe, dvs. type 1-diabetes kodes T89, type 2-diabetes kodes T90 og gestationel diabetes kodes W85.

I forbindelse med diagnosticeringen bør almen praksis udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter (se faktaboks nedenfor).

Patienter med diabetes har ofte brug for en bred vifte af forebyggende, livsstils-, behandlende og rehabiliterende indsatser – udført af forskellige aktører og nogle gange parallelt.



Kommunikationspakke for nydiagnosticerede patienter

Det er vigtigt at nydiagnosticerede patienter og pårørende opnår tilstrækkelig viden om deres nye liv med diabetes. Det sker bedst ved, at den sundhedsprofessionelle tilpasser dialogen til den enkelte patient og pårørende. Der er i forbindelse med forløbsprogrammet for mennesker med diabetes udviklet en tværsektoriel kommunikationspakke, som den sundhedsprofessionelle kan anvende med det formål at sikre sammenhæng i den samlede kommunikation til nydiagnosticerede patienter og pårørende i begyndelsen af deres sygdomsforløb.

Kommunikationspakken findes på Region Syddanmarks hjemmeside:
www.rsyd.dk/kronisksygdom

Kommunikationspakken beskriver, hvilke emner en nydiagnosticeret patient med type 1- og type 2-diabetes typisk har brug for dialog om, og den giver bud på, i hvilken sektor kommunikationen kan finde sted. I kommunikationspakken findes en liste til borgerne med forslag til emner, det kan være relevant at tale med en sundhedsprofessionel om i et forløb med diabetes. Endelig giver kommunikationspakken også forslag til, hvordan patienten og pårørende kan inddrages i at tilpasse kommunikationen bedst mulig.

24 Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – [Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom](#).

Egen læge er som udgangspunkt tovholder for patienter med type 2-diabetes og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Løbende evaluere og tilpasse behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

I visse situationer, jf. afsnit 4 om risikovurdering, er sygehuset tovholder for patienter med type 2- og type 1,5-diabetes. Det gælder dels tovholderrollen for selve behandlingsforløbet, når en patient i en periode følges i et diabetesambulatorium, dels tovholderrollen for patientens samlede plan og forløb, når patientens eksempelvis har et stærkt svingende blod-sukkerniveau, eller har komplikationer, eller komorbiditet der påvirker behandlingen.

Sygehuset

Almen praksis kan henvise patienter til udredning for diabetes på diabetesambulatorierne på regionens sygehuse. Når en patient er udredt og diagnosticeret med type-1 diabetes kodes E10.X, for type-2 diabetes kodes E11.X og for gestationel diabetes kodes O24.4.

I forbindelse med diagnosticeringen bør sygehuset udlevere "Patientens tjekliste til kommunikation", som findes i kommunikationspakken for nydiagnosticerede patienter (se faktaboks på forrige side).

Sygehuslægen er som udgangspunkt tovholder for patienter med type 1-diabetes og gestationel diabetes og har ansvar for at:

- Koordinere den samlede sundhedsfaglige indsats
- Vurdere patientens helbred løbende
- Bidrage til og løbende revidere behandlingsmål
- Følge op på behandlingsplanen
- Sikre, at patienten kender behandlingsplanen og ved, hvem der er den behandlingsansvarlige læge.

I umiddelbar forlængelse af diagnosticeringen med type 1-diabetes bør sygehuset som led i behandlingen tilbyde undervisning om bl.a. egenbehandling, ernæring, fysisk aktivitet, psykosociale aspekter mv. ^[25].

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af udredning via epikrisen. Epikrisen opbygges iht. **MedCom standarden "den gode epikrise"** og følger **den tvær-regionale retningslinje for epikriser og ambulante forløb**.



Patienten anbefaler:

- Hjælp mig til at acceptere, at jeg er blevet syg og til at få det bedste ud af mit liv med diabetes
- Invitér nogle i mit netværk med og inkluder dem i samtalen
- Giv mig tid til at acceptere min diagnose
- Spørg ind til mine sundhedsvaner gentagne gange
- Husk at det er min sygdom, når mine pårørende inddrages
- Husk at fortælle, hvem der er min kontaktperson
- Spørg mig hvad der fylder mest for mig
- Husk at der er grænser for, hvad jeg kan rumme af information
- Husk at være fleksibel mht. mødetidspunkter
- Signalér at der er god tid... også selv om det ikke er tilfældet

²⁵ Dansk Endokrinologisk Selskab (2009) – **Kliniske retningslinier for behandling af voksne med type 1-diabetes**.

6 | Borgerens kontakt til apoteket

Apotekerne skal, jf. bekendtgørelsen om apoteker og sygehusapotekers driftsforhold, yde relevant og nødvendig information og rådgivning om lægemidler tilpasset borgerens behov. Herudover skal apotekerne tilbyde den specifikke ydelse **”Medicinsamtale”**, som er relevant for borgere med diabetes. Der kræves ikke henvisning til ydelsen, og den er gratis for borgeren.

Medicinsamtale på apotek

Apotekerne skal tilbyde borgere en medicinsamtale, hvis de har fået konstateret en kronisk sygdom – herunder diabetes – inden for de seneste seks måneder og i den forbindelse har fået ordineret ny medicin. Medicinsamtalen har fokus på borgerens kendskab til den ordinerede medicinske behandling og understøtter højere grad af medicinfterlevelse (compliance).

Borgere i målgruppen kan selv bede om en medicinsamtale, eller apoteket kan tage initiativet. Alternativt kan den praktiserende læge eller sygehuslægen henvise til medicinsamtalen telefonisk eller skriftligt. På Lægemiddelstyrelsens hjemmeside ligger en særlig blanket, som lægen kan bruge i forbindelse med henvisning til medicinsamtalen. Lægen kan ligeledes sende en korrespondancemeddelelse til apoteket med tilsvarende oplysninger eller skrive det på recepten, når recepten oprettes på Fælles Medicinkort (FMK). Desuden kan kommunen opfordre borgeren til at henvende sig på apoteket om samtalen.

Apotekets tilbagemelding

Apoteket kan, med borgerens samtykke, informere egen læge om gennemførelse af medicinsamtalen. Apotekerne anbefales at anvende en korrespondancemeddelelse.

Medicintilskud og henstandsordning

Borgere med kronisk sygdom har ofte store udgifter til medicin, men er berettiget til medicintilskud, jf. **Sundhedslovens § 146**. Tilskuddet varierer i størrelse og træder i kraft fra en årlig udgift på 950 kr. i tilskudspriser (2017-priser). Udgør den årlige udgift mere end 18.331 kr. (22.541 kr., hvis borgeren er under 18 år) i tilskudspriser, er borgeren berettiget til 100% medicintilskud. Det svarer til en maksimal årlig udgift for borgeren på ca. 3.955 kr. forudsat, at borgeren altid køber den billigste medicin. Tilskudsberettigede borgere tildeles automatisk dette kronikertilskud på apoteket.

Borgere, som forventer at nå grænsen for 100% medicintilskud, kan få en henstandsordning, så borgeren betaler den årlige egenbetaling for tilskudsberettigede lægemidler i 12 lige store dele. På den måde kan borgeren undgå store medicinudgifter i starten af et tilskudsår. Apoteket skal vejlede borgere med kronisk sygdom om muligheden for en henstandsordning.

Afskaffelse af insulin penne og kanyler

Borgerne skal aflevere brugte kanyler på apoteket i godkendte kanylebokse. Disse kan fås på alle apoteker.

Ampuller og hætteglas i glas skal så vidt muligt forblive i de tilhørende ampul-/hætteglasæsker. Kanylerne skal fjernes og lægges i en godkendt kanyleboks.

Brugte og delvis tomme insulinpenne afleveres på det lokale apotek enten i original emballage eller en plasticpose.

Tomme insulinpenne må gerne bortskaffes med dagrenovationen.



Lot: FR72612
EXP: 08.2018

100 enh

250

200

150

100

50

12

7 | Udlevering af hjælpemidler og udbetaling af tilskud

Borgere med diabetes har brug for hjælpemidler i forbindelse med behandling og kontrol af deres diabetes og har ret til tilskud til at dække ekstraudgifter forbundet med sygdommen.

Borgere med diabetes og deres pårørende oplever, at det er vanskeligt at skabe sig et overblik over de mange forskellige tilskudsmuligheder og over, hvilke tilskud der er relevante for dem. Det er vigtigt, at kommunerne vejleder borgere og pårørende grundigt om muligheder for hjælpemidler og tilskud, og at almen praksis og sygehuse oplyser borgerne om, hvor de kan få mere information og søge tilskud. Kommunerne bør ensrette og forenkle deres procedurer for ansøgning om tilskud og udlevering af hjælpemidler.

Ansøgning om tilskud

Alle ansøgninger om tilskud til hjælpemidler eller dækning af merudgifter rettes til kommunen via www.borger.dk:

- Tilskud til hjælpemidler: www.borger.dk/handicap/Hjaelp-i-hverdagen/Hjaelpemidler-og-forbrugsgoder
- Tilskud til merudgifter hos voksne med insulinkrævende diabetes søges: www.borger.dk/handicap/Hjaelp-i-hverdagen/Stoette-til-noedvendige-merudgifter-for-voksne
- Tilskud til merudgifter hos børn og unge under 18 år: www.borger.dk/handicap/boern-med-handicap
- Helbredstillæg til pensionister: www.borger.dk/pension-og-efterloen/Tillaeg-til-folke--og-foertidspension/Helbredstillæg

På disse sider findes kontaktoplysninger til alle kommuner vedr. ansøgning.

Regler for tilskud

Borgere, der har diabetes og er i insulinbehandling, i behandling med andet godkendt injektionspræparat eller er i kombinationsbehandling med insulin og tabletter, har ret til at få 100% støtte til injektions- og testmaterialer (fx sprøjter, kanyler, insulinpen, fingerprikker (lancetter), teststrimler til måling af blodsukker samt ketonstoffer i urinen) og 50% tilskud til blodsukkerapparat^[26].

Borgere, som er i tabletbehandling for deres diabetes, men som ikke bruger insulin, har ret til årligt få op til 150 teststrimler samt fingerprikker (lancetter) gratis, hvis lægen anser jævnlig blodsuktermåling for påkrævet.

Borgere, der er tilknyttet hjemmesygeplejen, plejecentre eller andre botilbud og som er afhængige af hjælp til at måle blodsukker og handle i henhold hertil, har ikke ret til tilskud. Her dækkes udgiften som en del af plejeindsatsen.

Materialer til insulinpumpebehandling og kontinuerlig blodsuktermåling med alarm udleveres af sygehuset som et behandlingsredskab.

Borgere med insulinkrævende diabetes kan i nogle tilfælde få tilskud til de merudgifter, der er nødvendige og direkte forbundet med deres diabetes^[27]. Dette gælder kun borgere mellem 18 år og folkepensionsalderen, hvis merudgift til den daglige livsførelse med diabetes udgør mindst 6.408,- kr. per år (2017-tal (indeksreguleres)). Merudgifter er ikke tilskud til behandling (fx fodterapeut). Specialvarer er kun sjældent tilskudsberettigede efter disse regler i forbindelse med diabetes hos voksne^[28].

²⁶ "Lov om social service" § 112 og "Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter Serviceloven" § 9.

²⁷ "Lov om social service" § 100.

²⁸ Ankestyrelsen (2015) – [Voksne diabetikeres udgifter til specialvarer dækkes kun i særlige tilfælde](#).



Udgifter til specialvarer kan således kun medtages i beregningen af merudgifter, hvis den voksne ikke kan håndtere behandling med supplerende hurtigvirkende insulin.

For børn og unge under 18 år dækker kommunen de samlede udgifter til blodsukkerapparater^[29]. Ligeledes yder kommunen tilskud til nødvendige merudgifter forbundet med diabetes for børn og unge under 18 år, hvis merudgiften overstiger 4.752,- kr. per år (2017-tal (indeksreguleres)).

Pensionister kan fra kommunen få udbetalt helbredstillæg til at dække visse udgifter forbundet med diabetesbehandling^[30]. Det drejer sig fx om tilskud til egenbetalingen for medicin, udgifter til fodterapeut, tandlæge mv. Helbredstillæg udbetales ikke, hvis pensionistens og en eventuelt ægtefælles eller samlevers samlede likvide formue overstiger formuegrænsen på 84.300 kr. (2017-tal (indeksreguleres))^[31].



Patienterne anbefaler

- Gør det simpelt for mig og andre med diabetes at få udleveret hjælpemidler og søge om tilskud – og ensret procedurene på tværs af kommuner
- Gør mig opmærksom på mine muligheder for hjælpemidler og tilskud og vejled mig i, hvordan jeg søger
- Hjælp mine pårørende, hvis de skal søge tilskud på mine vegne
- Vejled mig i, hvilke muligheder jeg har for at få dækket mine udgifter til mit barns diabetes

²⁹ "Lov om social service" § 41.

³⁰ "Lov om social pension" § 14a.

³¹ "Lov om social pension" § 49.

8 | Opfølgning og årskontrol i almen praksis

Almen praksis skal tilbyde patienter med type 2-diabetes regelmæssig opfølgning og årskontrol. Hyppigheden af opfølgende konsultationer afhænger af graden af symptomer, behandlingen og patientens individuelle behov.

Den praktiserende læge vurderer sammen med patienten behovet for hyppigheden af opfølgninger. Som udgangspunkt udføres en årskontrol for alle patienter med type 2-diabetes.

Årskontrollen honoreres med ydelsen 0120 (Aftalt specifik forebyggelsesindsats) og foregår i konsultationen, men kan også udføres i hjemmet (ydelse 0121), hvis sygdom eller forholdene i øvrigt efter lægens skøn nødvendiggør besøg. Hvis det er tilfældet, har lægen mulighed for at rekvirere blodprøvetagning i hjemmet via mobillaboratorium iht. samarbejdsaftalen om blodprøvetagning i eget hjem.

En nærmere beskrivelse af ydelsens anvendelse findes i ["Vejledning i anvendelse af overenskomstydelser"](#).

Praksispersonale, eksempelvis sygeplejersker, kan med fordel inddrages i opfølgning og årskontrol af patienter med diabetes. Det er den praktiserende læges ansvar, at praksispersonalet besidder tilstrækkelig viden og kompetencer til at kunne varetage opgaven. Dansk Selskab for Almen Medicin beskriver i deres vejledning ["Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom"](#), hvilken viden og hvilke kompetencer personalet bør besidde.

Den praktiserende læge er som udgangspunkt tovholder for forløbet for patienter med type 2-diabetes, og skal ved opfølgninger og årskontrol spørge ind til patientens situation og oplevelse af egen sygdom.



Patienterne anbefaler

- Sæt fokus på mine mål for forløbet og det, som er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tal med mig om, at der er en fordel, at jeg tager mine pårørende med. De kan være "ekstra ører" og bidrage med viden om mig og min hverdag, og så kan vi også tale om deres behov for støtte, når de skal støtte mig
- Fortæl om mine muligheder for at deltage i tilbud om motion m.v. – fx i kommunerne og Diabetesforeningen
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Afstem forventninger med mig om, hvad udbyttet af årskontrollerne kan være, da det kan motivere mig til at møde op
- Hvis du henviser mig til fx diabetesambulatoriet eller et kommunalt forebyggelsestilbud, så fortæl mig, hvad du skriver i henvisningen, på en måde så jeg forstår det – og giv mig det i papirform, så jeg kan tage det med mig



Lægen skal således inddrage patient og pårørende i beslutninger om at justere behandlingsmål og -plan. Det indebærer en vurdering af, hvem der er den rette behandler (afsnit 4), behovet for henvisning til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud (bilag 1) og behovet for særlig støtte.

Den praktiserende læge kan elektronisk henvisne til kommunernes tilbud via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Korrekt medicinhåndtering er et vigtigt element i behandlingsindsatsen. Apotekerne har nationalt aftalt ydelse om "Medicinsamtale", der er gratis for alle patienter med kronisk sygdom (afsnit 6). Den praktiserende læge kan anbefale patienten at henvende sig på apoteket for at få kontrolleret sin medicinhåndtering.

Når egen læge er behandlingsansvarlig, bør denne sørge for løbende receptfornyelser ifm. opfølgning/årskontrol.

Almen praksis bør hjælpe patienten med information om, hvor de kan få vejledning i kommunen om muligheder for hjælpemidler og tilskud (afsnit 7).

9 | Ambulant behandling og kontrol i sygehusambulatoriet

Sygehusene skal tilbyde patienter med type 1-diabetes, gestationel diabetes og andre sjældnere diabetessygdomme regelmæssig opfølgning og kontrol. Som led i et behandlingsforløb bør sygehuset løbende tilbyde diætvejledning og undervisning om fx ernæring, fysisk aktivitet, medicin håndtering mv.^[32]

Sygehusene skal også vejlede og rådgive de praktiserende læger i deres behandling og kontrol af patienter med type 2-diabetes.

Det indbefatter også at tilbyde midlertidige forløb i diabetesambulatoriet for patienter med type 2-diabetes hvis patienten:

- Ikke når sine mål inden for en rimelig tid
- Skal indlede kombinationsbehandling med flere end tre antihyperglykæmiske præparater
- Skal indlede kompliceret insulinbehandling

Som udgangspunkt afsluttes alle patienter med type 2-diabetes til videre behandling og opfølgning i almen praksis, når de har gennemgået et behandlingsforløb i diabetesambulatoriet. Der er dog en række undtagelser, som er præciseret i afsnit 4.

Når behandlingsansvaret ligger hos sygehusambulatoriet, bør løbende receptfornyelser ske her ifm. ambulant behandling/kontrol.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandlinger og kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til MedCom standarden **det gode ambulantnotat/epikrise**. Det anbefales, at sygehuset bearbejder, og kun sender, den information som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb.

Plan for det videre forløb og behandling skal stå først i det ambulante notat, og det skal fremgå tydeligt, hvad almen praksis skal handle på. Notater sendes kun, hvis der er væsentlig ny information.

Patienter med type 2-diabetes, som ellers følges i almen praksis, kan opleve perioder, hvor sygdommens kompleksitet, medicinering mv. kræver et forløb i sygehusets diabetesambulatorium. Sådanne perioder stiller krav til øget samarbejde og kommunikation, så almen praksis bedst muligt kan varetage rollen som tovholder for patientens forløb.

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulant behandling og kontrol er præciseret i **”Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)”**.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Sygehuset skal anvende MedCom-standardens ”kommunehenvielse” (REF01) (bilag 1), når der henvises til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. Henvielse sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre behandlingsplan, herunder hvilke kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud, der kan være relevante.

³² Dansk Endokrinologisk Selskab (2009) – **Kliniske retningslinier for behandling af voksne med type 1-diabetes**.

Sygehuset bør vejlede patienten om muligheder for hjælpemidler og tilskud, herunder hvor patienten kan få mere information og hvordan patienten kan søge om tilskud (afsnit 7).

Patienter med komorbiditet er ofte tilknyttet flere sygehusafdelinger. Sygehusene bør i samarbejde med patienter og pårørende tilstræbe en

god intern planlægning mellem afdelingerne for at skabe sammenhæng og belaste patienten og sygehuset mindre.

Af boksen nedenfor fremgår en række elementer vedr. behandlingen af patienter med diabetes på sygehuset, som kan være vigtige at kommunikere videre til kommunen.



Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen

- Plan for det videre forløb med særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter ambulantly behandling og kontrol
- Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx behandlingsmål, symptomer, sygdomshåndtering, vigtigheden af at monitorering, blodsukkerværdiers betydning og gå til kontrol for sin sygdom, rehabilitering m.v.
- Instruktion i medicin håndtering og -opbevaring, injektionsteknik, glukosemåler m.m.
- Er patienten henvist til kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud
- Komorbiditet og smerter
- Ernæringsstilstand med særlig opmærksomhed på overvægt og utilsigtede vægttab
- Psykiske problemstillinger; angst og accept af sygdommen
- Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
- Rygestatus
- Misbrug af alkohol og rusmidler



Patienterne anbefaler

- Spørg mig, hvad der er vigtigt for mig lige nu
- Bliv ved med at motivere mig til at tage hånd om min sygdom
- Tag højde for, hvor meget information jeg kan rumme, og på hvilket niveau jeg og mine pårørende involveres i min behandling
- Inviter pårørende med til samtaler og undersøgelser i ambulatoriet. I indkaldelsesbrevet kan I fx skrive "Det er en god idé, hvis du tager et familiemedlem eller en god ven med..." i stedet for "Du er velkommen til at tage en pårørende med..."
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med viden om min hverdag (fx søvn, appetit, fysisk og mentalt overskud)
- Tal med mig og mine pårørende, om hvordan forværringer af min sygdom kan forebygges og håndteres
- Fortæl mig om nye behandlingsmuligheder fx ny medicin
- Hvis jeg skal overveje noget til næste ambulatoribesøg, så skriv det ned til mig på et kort

10 | Påbegyndelse og afslutning af forebyggelsestilbud

Kommunerne skal tilrettelægge forebyggelsestilbud til mennesker med diabetes^[33]. Målgruppen er primært borgere med type 2-diabetes, men også borgere med øvrige diabetesformer kan være omfattet (type 1, type 1½ (LADA) mv.). Forebyggelsestilbuddene har til formål at styrke borgerens egenomsorg og mestring af sygdommen samt bidrage til en hensigtsmæssig livsstil. Tilbuddene skal derigennem bidrage til at forbedre den metaboliske kontrol hos borgeren og bedre sygdomstilstanden. Forebyggelsestilbuddene til mennesker med type 2-diabetes omfatter fx sygdomsmestring, fysisk træning, en ernæringsindsats samt evt. rygestop (afsnit 11-14).



BEMÆRK

Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#) anvender ikke begrebet patientuddannelse. I stedet anvendes "kommunale forebyggelsestilbud" som et overordnet begreb, mens indholdet i tilbuddet fx kan være sygdomsmestring, rygestop, fysisk træning, ernæringsindsats mv.

Henvisning fra almen praksis og sygehuset til forebyggelsestilbud i kommunen

Når almen praksis og sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

I flere syddanske kommuner kan borgeren selv henvende sig til kommunen for at deltage i forebyggelsestilbud uden forudgående henvisning fra egen læge eller sygehuset.

Afklarende samtale i kommunen

Forebyggelsestilbuddet skal indledes med en individuel afklarende samtale. På baggrund af henvisningen fra egen læge eller sygehuset kontakter den sundhedsprofessionelle i kommunen borgeren for at aftale tidspunkt og sted for en afklarende samtale. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel gøre borgeren opmærksom på muligheden for at tage et familiemedlem eller en ven med til den afklarende samtale.

Formålet med den afklarende samtale er at afstemme forventninger til de mulige tilbud og til målet med at deltage i tilbuddene. Formålet med samtalen er desuden, at den sundhedsprofessionelle støtter borgeren i at prioritere de tilbud, som borgeren har størst behov for. Som en del af den afklarende samtale bør den sundhedsprofessionelle være opmærksom på borgerens behov for hjælp til at søge om hjælpemidler og tilskud og efter behov vejlede om regler og ansøgningsprocedurer (afsnit 7).

Den sundhedsprofessionelle skal være særligt opmærksom på både at inddrage kommunale indsatser og aktiviteter i privat- og/eller foreningsregi.

³³ Sundhedsstyrelsen (2107) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).



For at afdække borgerens behov bør den afklarende samtale omhandle fx ressourcer og udfordringer hos borgeren ifm. borgerens hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Som led i samtalen bør den sundhedsprofessionelle desuden afklare, om det er relevant for borgeren at benytte et tilbud i en anden kommune. Det kan fx gælde borgere, der bor tæt på kommunegrænsen og transportmæssigt har nemmere ved at benytte et tilbud i nabo-kommunen.

Den afklarende samtale er indledningen på et eventuelt forløb i kommunen med deltagelse i ét eller flere forebyggelsestilbud. Samtidig hermed kan der i forløbet gennemføres andre rehabiliteringsindsatser, herunder fx en social-faglig indsats eller en beskæftigelsesindsats, hvis komplikationer ved borgerens diabetes nødvendiggør dette, eller udførelse af borgerens job hæmmes eller umuliggøres af diabetes.

Gennem hele forløbet har kommunen et særligt ansvar for i sine tilbud at understøtte borgerens motivation for at gennemføre forløbet og få et udbytte af at deltage, herunder motivation for at gennemføre en forandringsproces for at indlære nye adfærdsmønstre.

Afslutning på samlet forløb

Kommunen bør sikre en systematisk opfølgning på de forskellige elementer i borgerens samlede tilbud, herunder systematisk drøfte behovet for opfølgning. Opfølgningen kan fx ske i forbindelse med en afsluttende samtale.

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion (bilag 1). Er sygehuset henvisende part, skal kommunen desuden sende et afslutningsnotat til sygehuset.

11 | Sygdomsmestring i kommunen



Med dette forløbsprogram

får de syddanske kommuner ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse for borgere med type 2-diabetes i Region Syddanmark. Kommunerne skal have indarbejdet dette i deres forebyggelsestilbud senest den 1. januar 2019. Ansvaret for den sygdomsspecifikke patientuddannelse gælder de strukturerede tilbud. Disse er traditionelt organiseret som gruppebaseret undervisning med fysisk fremmøde, men kan også være individuelle, digitale mv.

I den almindelige, individuelle dialog med patienterne ifm. behandling og kontrol på sygehusene og i almen praksis vil der fortsat indgå elementer af sygdomsmestring (medicin håndtering, håndtering af hjælpemidler mv.)

Kommunerne skal udbyde strukturerede forebyggelsestilbud, der indeholder elementer af sygdomsmestring målrettet borgere med type 2-diabetes. Tilbuddet har til formål at styrke borgerens egenomsorg, sådan at borgerens helbred og livskvalitet forbedres.



"Sygdomsmestring referer til..."

en struktureret, sundhedspædagogisk indsats, der sigter på at støtte borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne. Indsatsen [...] kan foregå individuelt og/eller gruppebaseret"^[34].

Indhold og tilgang i forebyggelsestilbud om sygdomsmestring

Et struktureret forebyggelsestilbud bør bygges op om centrale sygdomsspecifikke elementer samt mere generelle mestringslementer.

Tilbuddet skal bidrage til at give borgeren viden om sygdommens karakter, herunder udvikling og komplikationer, og om mulighederne for forebyggelse, behandling og rehabilitering^[35]. Tilbuddet skal desuden give borgeren praktisk viden og færdigheder tilpasset borgerens behandlingsbehov. Der bør være særligt fokus på hjemmemåling af blodsukker, fortolkning af resultaterne og handling på dem i samspil med sundhedsvæsenet. Der bør også være fokus på fx livsstilsændringer og borgerens motivation herfor, herunder betydningen af fysisk træning og ernæring, og evt. på psykosociale og arbejdsmæssige forhold. I undervisningen kan borgerens muligheder for hjælpemidler og tilskud (afsnit 7) desuden inddrages.

Der bør i undervisningen tages udgangspunkt i deltagerens hverdagsliv og problemstillinger, så undervisningen bliver konkret og meningsfuld for deltagerne.

Ved at anvende sundhedspædagogiske metoder understøttes borgerens deltagelse i forebyggelsestilbuddet. Samtidig styrkes de handlingskompetencer, som borgeren behøver for at håndtere sygdommen og hverdagslivet med type 2-diabetes.

³⁴ Sundhedsstyrelsen (2016) – [Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom](#).

³⁵ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).



Kommunen skal sikre, at de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer er til stede til at varetage sygdomsspecifikke forebyggelsestilbud. En særlig udfordring kan være kompetencer indenfor sygdom og medicin. Hvis kommunen ikke har disse kompetencer til rådighed, anbefales det, at kommunen samarbejder med fx en endokrinologisk sygehusafdeling eller almen praksis herom. Samarbejdet kan indeholde kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle i kommunen eller aftale om, at sundhedsprofessionelle fra almen praksis eller sygehuset bruges som undervisere i dele af tilbuddet.

Inddragelse af pårørende i tilbud om sygdomsmestring

Pårørendeinddragelse kan generelt være med til at give en bedre kvalitet i behandlingen^[36]. Inddragelsen kan føre til højere tilfredshed hos både borgere, pårørende og personale og evt. en mere effektiv udnyttelse af ressourcer. Kommunen bør derfor også inddrage pårørende i forbindelse med forebyggelsestilbud om sygdomsmestring.

Inddragelse af pårørende kan opdeles i to: Inddragelse af pårørende i borgerens forløb og inddragelse med sigte på at opfylde de pårørendes egne behov^[37].

Ved inddragelse i borgerens forløb bidrager den pårørende med viden og ressourcer, der kan kvalificere forløbet. Ved inddragelse, der handler om de pårørendes egne behov, fokuserer man derimod udelukkende på den pårørendes situation. De pårørende kan have behov for individuel støtte eller rådgivning, som rækker videre end det, der normalt ydes af de sundhedsprofessionelle i kommunerne i mødet med den pårørende. Det kan fx ske ved at afvikle møder i pårørendegrupper el. lign., hvor de pårørende har rum til samtale uden diabetespatienternes medvirken.

Forudsætninger for succesfuld pårørendeinddragelse

- Ledelsesmæssig opbakning
- Tilpasset skriftlig og mundtlig kommunikation til borgere og pårørende
- Passende tidspunkt, fysiske rammer mv.
- Samtykke fra borgeren til inddragelse af de(n) pårørende i patientens forløb
- Et tilbud om inddragelse – ikke et krav eller en forventning

Henvi sning fra almen praksis og sygehus e til tilbud om sygdomsmestring

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunens forebyggelsestilbud om sygdomsmestring, skal det ske via MedCom-standarden "kommunehenvi sning" (REF01) (bilag 1). Henvi sning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Efter et afsluttet forebyggelsestilbud om sygdomsmestring skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderfunktion.

³⁶ Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – [Pårørendeinddragelse](#).

³⁷ Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (2015) – [Pårørendeinddragelse](#).

12 | Træning i kommunen

Fysisk træning har gavnlige effekter i behandlingen af diabetes og kan reducere symptomer. For mennesker med type 2-diabetes er den positive effekt af fysisk træning veldokumenteret, og der er international konsensus om, at fysisk træning er én af tre hjørnesteen i behandlingen af type 2-diabetes sammen med diæt og medicin ^[38].

Træningen i kommunerne til mennesker med diabetes bevilliges som oftest efter Sundhedslovens § 119. Hvis borgeren har behov for en mere individuel eller målrettet træning, kan dette bevilliges efter Servicelovens § 86. Dette finder dog kun sjældent anvendelse for borgere med diabetes, idet ydelsen gives til borgere med væsentligt funktionstab. Tilsvarende vil mennesker med diabetes sjældent blive henvist til kommunerne med en genoptræningsplan efter Sundhedslovens § 140, hvor henvisningsårsagen er relateret til diabetes. Der kan dog være enkelte tilfælde som fx i forbindelse med amputation. Henvisningsårsagen vil oftest omhandle en problemstilling, der ikke relaterer sig til diabetes sygdommen. Det er dog vigtigt, at kommunen har fokus på, at der i træningen med mennesker med diabetes skal være en opmærksomhed på borgerens blodsukker-niveau.

Anbefalinger til kommunerne

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne tilbyder individuel faglig vejledning og støtte i forbindelse med tilbud om fysisk træning, der kan foregå på hold eller individuelt tilrettelagt.

Kommuner bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om fysisk træning på en måde, så

det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere.

Kommunen bør udvise fleksibilitet ift. borgerens deltagelse i tilbud om fysisk træning fx ved, at borgeren kan deltage i et tilbud i en anden kommune end bopælskommunen, hvis borgeren har ønske herom (fx af geografiske hensyn).

Træning og type 2-diabetes

Et træningsprogram af lav til moderat intensitet er realistisk at gennemføre for den gennemsnitlige patient med type 2-diabetes. Træning med højere intensitet kan tilbydes patienter, som er motiverede og kan gennemføre dette. Supervisionen skal sikre, at træningen gennemføres i en rimelig intensitet og at risikoen for skader minimeres. De nærmere kliniske retningslinjer for træningsindsatsen gennemgås ikke i forløbsprogrammet ^[39].

Fastholdelse

Kommunen bør være i dialog med borgeren om vedvarende træningsmuligheder, herunder fx egentræning og deltagelse i lokale motions-tilbud, netværksgrupper og patientforenings-tilbud.

Kommunen bør understøtte borgeren i at opretholde sit øgede fysiske aktivitetsniveau, når træningstilbuddet slutter, så der skabes en varig livsstilsændring ^[40].

Det er væsentligt, at borgeren får hjælp til at finde frem til de former for fysisk træning, der motiverer borgeren til at træne og samtidig tager hensyn til borgerens ressourcer og handlekompetencer ^[41].

38 Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

39 Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).

40 Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

41 Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).



Oversigt over rammer for tilbud om fysisk træning i kommunerne

Nedenfor findes en oversigt over rammerne for tilbud om fysisk træning til mennesker med diabetes og over den kommunikation, aktører skal have i forbindelse med disse ydelser.

For yderligere specificering af indhold, forpligtelser, myndigheds- og finansierungsansvar henvises til Sundhedsloven og Serviceloven.



Kommunen

Almen genoptræning (Sundhedsloven §140)

Når kommunen modtager en genoptræningsplan fra et sygehus, skal kommunen tilbyde borgeren genoptræning.

Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til sygehuset og til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Genoptræning efter sygdomsperiode uden indlæggelse (Serviceloven §86, stk. 1)

Borgere, som har fysisk nedsat funktionsevne efter en sygdomsperiode uden indlæggelse, tilbydes kommunal genoptræning. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende.

Efter et afsluttet genoptræningsforløb skal kommunen sende et afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Vedligeholdende træning (Serviceloven §86, stk. 2)

Kommunen skal tilbyde hjælp til borgere, som har brug for en indsats for at kunne vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder. Tilbuddet gives til personer, som har brug for en individuel træningsindsats. Kommunen udarbejder en handlingsplan sammen med borgeren og evt. pårørende. Kommunen sender handlingsplanen til borgerens praktiserende læge.

Forebyggende træning (Sundhedsloven §119, stk. 2)

Kommunen kan tilbyde træning til borgere med diabetes for at forebygge forværringer af sygdommen og forbedre funktionsevnen.

13 | Rygestop i kommunen

Kommunen skal udbyde rygestoptilbud til borgere med diabetes. Formålet er at understøtte borgerens ønske om rygestop eller motivere hertil. Alle borgere med type 2-diabetes, som ryger, skal fortløbende opfordres til rygestop eller tilbydes hjælp til afvænnning. Rygning er den vigtigste risikofaktor for hjertekarsygdom blandt borgere med type 2-diabetes^[42].

Kommunen kan selv tilrettelægge tilbuddet og/eller henvise til de nationale rygestoptilbud Stoplinjen (www.stoplinjen.dk) og E-kvit (www.e-kvit.dk).

Rygestoptilbuddet bør følge nationale anbefalinger om evidensbaserede metoder. Tilbuddet kan være såvel individuelt som holdbaseret alt efter borgerens præferencer.

Borgere kan selv henvende sig til kommunen med henblik på at deltage i et rygestoptilbud. Kommunen bør tilstræbe at tilrettelægge fleksible tilbud om rygestop på en måde, så det også er tilgængeligt for erhvervsaktive borgere. Efter et afsluttet rygestopforløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Tobaksafhængighed betragtes som en vedvarende tilstand, der ofte vil kræve gentagne rygestopinterventioner, før borgeren fastholder sit rygestop. Det anbefales derfor, at borgere med diabetes kan deltage på kommunens rygestoptilbud mere end én gang.

Henvisning fra almen praksis og sygehuse til rygestop i kommunen

Når egen læge eller sygehuset henviser til kommunernes rygestoptilbud, skal det ske elektronisk via MedCom-standardens "kommunehenvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.



⁴² Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

14 | Ernæringsindsatser i kommunen, almen praksis og på sygehuset

Det er vigtigt for behandlings- og rehabiliteringsindsatsen at mennesker med diabetes får den rigtige ernæring. Ernæringsindsatserne kan bestå af diætbehandling og kostvejledning.

Individuel diætbehandling omfatter ernæringscreening (beregning og vurdering af BMI, vægtændring, nyligt kostindtag og kostanamnese), vurdering af behov og udarbejdelse af ernæringsplan, diætvejledning, monitorering og evaluering samt opfølgning og evt. revidering af ernæringsplanen.

Diætbehandling, uanset om den gennemføres individuelt eller gruppebaseret, bør gennemføres af fagpersoner med de nødvendige kompetencer.

Diætbehandlingen for mennesker med type 2-diabetes skal følge de gældende ernæringsanbefalinger i henhold til beskrivelserne i de kliniske retningslinjer for rehabilitering af type 2-diabetes^[43].

Kostvejledning om de officielle kostråd anvendes i forebyggelsen af overvægt for de mennesker, der ikke har behov for individuel diætbehandling. Kostvejledningen kan bestå af kostanamnese samt råd om sunde mad- og måltidsvaner, herunder valg af fødevarer og sammensætning af måltider. Kostvejledning kan foregå individuelt eller i et gruppebaseret forløb^[44].

Ernæringsindsats på sygehuset og i almen praksis

Det er et fælles ansvar for almen praksis og sygehuset løbende at kontrollere og registrere vægten hos patienter med diabetes og at henvise til eller opstarte en ernæringsindsats ved behov.

Ernæringsindsats i kommunen

Kommunerne skal tilbyde borgere med type 2-diabetes en ernæringsindsats. Tilbuddet kan gå på tværs af diagnosegrupper og kan være enten individuelt eller holdbaseret. Ernæringsindsatsen kan indeholde elementer af kostvejledning eller egentlig diætbehandling. Diætbehandling bør tilbydes til borgere med type 2-diabetes, der er overvægtige (BMI > 30) eller har et uplanlagt vægttab. Der bør være en særlig opmærksomhed på borgere, der er nydiagnosticerede.

Efter et afsluttet forløb skal kommunen sende et kort afslutningsnotat til borgerens praktiserende læge for at understøtte lægens tovholderrolle.

Egen læge og sygehuslægen kan henvise til kommunens tilbud via MedCom-standarden "kommunehenvielse" (REF01) (bilag 1). Henvielse sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

⁴³ Sundhedsstyrelsen (2015) – [National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes](#).

⁴⁴ Sundhedsstyrelsen (2017) – [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes](#).

15 | Indlæggelse på sygehuset

Når patienter med diabetes indlægges på sygehuset, sker det altid akut. Det er som oftest egen læge eller vagtlægen, der henviser til indlæggelse af patienten, men patienten kan også blive bragt til sygehuset af ambulanceberedskabet og indlægges via Fælles Akutmodtagelse (FAM). Endelig kan patienten også blive indlagt fra diabetesambulatoriet.

Patienter med diabetes indlægges oftest af andre årsager end deres diabetes. I den forbindelse vil de være indlagt på andre afdelinger end endokrinologiske afdelinger. Opstår der i den forbindelse spørgsmål i relation til behandling af patientens diabetes, kontaktes endokrinologisk afdeling.

Almen praksis

Praktiserende læger og vagtlæge kan elektronisk henvise patienter med diabetes til indlæggelse på sygehuset via MedCom-standarden "sygehushenvising" (REF01).

Kommunen

For patienter, som er kendt af den kommunale sygepleje, fremgår retningslinjerne for kommunernes kommunikation til sygehuset i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Sygehuset

Når en patient er indlagt og samtidig er tilknyttet andre forløb på sygehuset, er der behov for at være opmærksom på intern kommunikation mellem afdelingerne – fx for ikke at gentage undersøgelser. Den enkelte sygehusafdeling har ansvaret for, at de sundhedsprofessionelle orienterer sig herom i patientens journal.

Vurderes det under indlæggelsen, at der er behov for yderligere undersøgelser på sygehuset, skal den behandlingsansvarlige læge viderehenvise borgeren til yderligere undersøgelser inden udskrivelse og informere almen praksis herom via epikrisen. Retningslinjer for sygehusets kommunikation til kommunen i forbindelse med indlæggelse er præciseret i "[Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark \(SAM:BO\)](#)".

Indsats for ældre patienter med diabetes

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats i primærsektoren over for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med diabetes. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.



DÆMP-indsatsen igangsættes under indlæggelsen af sygehuspersonalet på følgende måde:

Plejeforløbsplanen til kommunen

- Opstart af DÆMP-forløb sker via Plejeforløbsplanen - feltet "behov for sygepleje" markeres med "ja"
- Under nøgleordet "Sygeplejefaglige problemområder", skrives i feltet "Viden og udvikling": "DÆMP – Anbefaling om særlig opfølgning på grund af..." (fx stort funktionstab)

Epikrisen til den praktiserende læge

I epikrisen til patientens praktiserende læge noteres at:

"Patienten vurderes i målgruppen ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

På baggrund af plejeforløbsplanen vil den kommunale visitator give besked til sygeplejen om patientens behov for styrket forløbskoordination. Sygeplejen besøger patienten for at vurdere og danne sig et overblik over problemstillingerne samt vurdere behovet for en opfølgende konsultation eller et opfølgende hjemmebesøg, hvor både sygeplejen og patientens praktiserende læge er til stede.

Er der behov for et opfølgende hjemmebesøg kontakter sygeplejen patientens praktiserende læge for at planlægge afholdelsen af et sådant.



Patienterne anbefaler

- Snak løbende med mig og mine pårørende om, hvad vi har brug for information om – jeg har måske ikke det samme behov som andre patienter
- Informer løbende mig og mine pårørende om, hvad næste skridt er i forløbet
- Husk, at mine pårørende kan bidrage med fortællinger om hverdagen, fx hvad der gik forud for min indlæggelse
- Orienter mig og mine pårørende om vagtskifter og ændringer af, hvem der er min kontaktperson
- Orienter mig om hvordan min aktuelle sygdom kan påvirke min diabetes
- Husk, at jeg kan bidrage med oplysninger om min diabetes

16 | Udskrivelse fra sygehuset

Kommunikation mellem sygehuset og kommunen

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med udskrivelse er præciseret i **"Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)"**.

Plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten danner rammen om kommunikationen mellem sygehus og kommune. Den sundhedsprofessionelle på sygehuset skal udfylde alle relevante felter i udskrivelsesrapporten.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin diabetes suppleres plejeforløbsplan og udskrivningsrapport med de for sygdommen relevante data.

Inden udskrivelse skal patientens behov og motivation for rehabilitering vurderes i fællesskab mellem sygehuslæge, patient og evt. pårørende.



Særligt vigtige elementer, som skal indgå i plejeforløbsplanen og udskrivningsrapporten

Bevægeapparatet	Funktionsniveau og ADL i forbindelse med rehabilitering
Ernæringstilstand	Vægt, sammensætning af maden
Psykosociale forhold	Psykiske problemstillinger; angst og bekymring, depression, oplevelse af tab, manglende accept af sygdommen og motivation for- og ressourcer til forandring
Respiration og cirkulation	Rygestatus
Smerter og sanseindtryk	Komorbiditet og kroniske smerter på grund af senkomplikationer
Viden og udvikling	<ul style="list-style-type: none">• Plan for det videre forløb med de særlige opmærksomhedspunkter, som kommunen skal forholde sig til efter udskrivning• Kort resumé omhandlende kommunikationen med patienten: Hvad er drøftet med patienten, fx kost, motion, rygestop, sygdomshåndtering, rehabilitering, symptomer, vigtigheden af at opsøge egen læge, selvbehandlingsplan, telemedicinske tilbud m.m.• Er patienten informeret om og henvist til et kommunalt forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud

Sygehuset kan elektronisk henvise til de kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud via MedCom-standarden "kommune-henvisning" (REF01) (bilag 1). Henvisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Når kommunen har modtaget henvisningen, sendes der en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget. Kommunen tager kontakt til borgeren for at vurdere hvilket tilbud, der er mest egnet. Kommunen informerer ligeledes egen læge om borgerens opstart i rehabiliteringstilbuddet.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Kommunen skal være opmærksom på, om patientens situation efter udskrivelse har ændret sig, således at der er behov for en koordineret indsats med andre forvaltningsområder, fx arbejdsmarkeds- eller socialområdet.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Når en patient har været indlagt på et sygehus, skal sygehusafdelingen sende en udskrivelses-epikrise til patientens praktiserende læge. Epikrisen opbygges i henhold til [MedCom standarden "Den gode epikrise"](#).

Patienter udskrives hurtigere fra sygehusene end tidligere. Det er derfor vigtigt, at sygehuset hurtigst muligt og senest tredje hverdag efter udskrivelsen sender epikrisen til den praktiserende læge, som skal overtage behandlingsansvaret. Det anbefales desuden, at sygehuset kontakter praktiserende læge telefonisk, hvis der skal ske en umiddelbar opfølgning på udskrivelsen.

Ved udskrivelse bør sygehuset udskrive recepter på medicin for perioden frem til næste planlagte lægekontakt (i sygehusambulatorium eller hos egen læge).

Indsats for særligt svækkede ældre patienter med diabetes

Sygehuset kan ved behov anbefale en særlig styrket indsats mellem kommunen og den praktiserende læge for svækkede ældre medicinske patienter (DÆMP) med diabetes. Målet med indsatsen er at mindske risikoen for genindlæggelse ved at styrke sammenhængen og koordinationen i patientforløbet mellem sygehus, kommune og almen praksis.



Patienterne anbefaler

- Tag tidligt en dialog med mig og mine pårørende om min udskrivelse og de næste skridt efter udskrivelsen – det giver mig tryghed
- Inddrag mine pårørende i planlægningen af min udskrivelse, når det er muligt
- Tal med mig og mine pårørende om praktiske forhold, fx:
 - hvem jeg skal kontakte med spørgsmål (min egen læge, vagtlægen, en endokrinologisk afdeling eller kommunen). Husk at give mig et telefonnummer på den/dem jeg kan kontakte
 - hvornår jeg skal til opfølgende kontrol på ambulatoriet eller hos min egen læge (fx hvad skal der kontrolleres, og hvem booker konsultationen)
- Tal med mig og mine pårørende om, hvordan vi skal reagere, hvis jeg får for lavt blodsukker



DÆMP-indsatsen igangsættes af sygehuspersonalet under indlæggelsen ved at advisere kommunen i plejeforløbsplanen og ved i epikrisen til den praktiserende læge at skrive:

"Patienten vurderes i målgruppen særligt skrøbelig ældre patient med behov for forløbskoordination og evt. opfølgende hjemmebesøg. Sygeplejen i patientens bopælskommune er orienteret herom."

Egen læge vil efterfølgende blive kontaktet af den kommunale sygepleje med henblik på at aftale tidspunktet for det opfølgende hjemmebesøg.

Når en patient har været indlagt af anden årsag end sin diabetes, skal den sundhedsprofessionelle på sygehuset være opmærksom på anden relevant information, som der skal tales med patient og pårørende om. Det kan være i relation til den aktuelle indlæggelse samt det videre forløb som diabetespatient. Er der her ændringer i forløbet eller behandlingen i forhold til det tidligere planlagte, vil det være efter aftale med endokrinologisk afdeling.

I forløbsprogrammet lægges der ikke op til træning på sygehuset for patienter med diabetes.

Er der behov for genoptræning af anden årsag end patientens diabetes, kan der være behov for genoptræning under indlæggelse (Sundhedslovens § 5). Vurderes det af den behandlingsansvarlige læge, at patienten efter udskrivelsen har et behov for tilbud om genoptræning, udarbejdes der en genoptræningsplan. Sygehuset udarbejder en genoptræningsplan og sender den til patientens bopælskommune via MedCom-standarden GGOP og patientens læge, hvis patienten giver samtykke hertil.

Genoptræningsplanen skal udleveres til patienten senest på udskrivelsestidspunktet.

17 | Graviditetsdiabetes

Ca. 3-4% af alle gravide forventes at udvikle diabetes under graviditeten (graviditetsdiabetes)^[45]. Sygdommen forsvinder efter fødslen hos stort set alle. Kun i meget sjældne tilfælde manifesterer sygdommen sig som en vedvarende diabetes. Graviditetsdiabetes (gestationel diabetes) skal ikke forveksles med diabetes, der allerede optræder inden graviditeten (prægestationel diabetes).

Opsporing af graviditetsdiabetes er vigtig, da graviditetsdiabetes indebærer en forøget risiko for en række sygdomme hos mor og barn under graviditeten og efter fødslen samt for spædbarnsdødelighed.

Der foreligger klare retningslinjer for risikovurdering og screening af kvinder med en kendt forøget risiko for at udvikle graviditetsdiabetes^[46]. Diagnosticering af graviditetsdiabetes sker enten i almen praksis eller på sygehuset og er beskrevet nærmere i afsnit 5. Ved diagnosticering i almen praksis henvises til behandling på sygehuset.

Omkring hver anden kvinde, der har haft graviditetsdiabetes, udvikler type 2-diabetes senere i livet. Der er således et særligt stort forebyggelsespotential for denne målgruppe. Forebyggelsesindsatsen efter graviditet handler – som for type 2-diabetes i øvrigt – om fysisk træning, ernæring, forebyggelse af overvægt samt evt. tobaksafvænnning. Den vigtigste tværsektorielle opgave i forbindelse med graviditetsdiabetes er derfor at understøtte borgeren i at leve et liv med en hensigtsmæssig livsstil.



Vigtige indsatser ved graviditetsdiabetes

Almen praksis

- Opsporing af sygdommen
- Tovholderrolle fra og med undersøgelsen otte uger efter fødslen
- Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud
- Fortløbende dialog med kvinden om livsstil i forbindelse med konsultationer i almen praksis

Sygehuset

- Medicinsk behandling
- Ernæringsindsats
- Samtale om fysisk træning og evt. rygning
- Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunen

- Forebyggelsestilbud (herunder fx fysisk træning, ernæringsindsats og tobaksafvænnning) under og efter graviditet

⁴⁵ Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2014) – [Gestationel diabetes mellitus: Screening og diagnose](#).

⁴⁶ Dansk Selskab for Almen Medicin (2012) – [Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom](#) og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (2014) – [Gestationel diabetes mellitus: Screening og diagnose](#).



Kommunikation mellem sygehuset og kommune

Retningslinjer for kommunikation mellem sygehus og kommune i forbindelse med ambulante behandling og kontrol er præciseret i " Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark (SAM:BO)".

Sygehuset skal anvende MedCom-standarden "kommunehenviisning" (REF01) (bilag 1), når der henvises til kommunale tilbud. Henviisning sker ikke direkte til de enkelte tilbud, men til en afklarende samtale, hvor kommunen i dialog med borgeren tilrettelægger det videre forløb. Patienten og dennes pårørende skal inddrages i beslutninger vedr. den videre plan, herunder vedr. relevante kommunale forebyggelsestilbud.

Vigtige elementer i kommunikationen til kommunen kan ses i afsnit 9.

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende.

Kommunikation mellem sygehuset og almen praksis

Sygehuset skal elektronisk meddele almen praksis om resultatet af ambulante behandling/kontrol via epikrisen. Epikrisen opbygges i henhold til [MedCom-standarden "Den gode epikrise"](#). Det anbefales, at sygehuset bearbejder og kun sender den information, som almen praksis behøver for at kunne varetage det videre forløb.

18 | Børn og unge med diabetes

Børn og unge med diabetes er en særlig sårbar målgruppe. Hos børn og unge, som får diagnosen diabetes, er det for langt størstedelen type 1-diabetes, der er tale om. Kun ganske få får konstateret type 2-diabetes.

Det er stort pres for en familie, når et barn rammes af en kronisk sygdom. Diabetes er en særlig udfordring, fordi det er en sygdom, hvor man som barn og familie selv har ansvaret for den daglige og livsnødvendige behandling. Det anslås, at ca. 50 personer omkring et barn med type 1-diabetes skal kunne forstå sygdommen og kunne reagere i akutte situationer.

Det overordnede mål for behandlingen af danske børn og unge med diabetes er at yde en omsorg og behandling, der sikrer normal vækst og udvikling, høj livskvalitet og minimal risiko for akutte og kroniske komplikationer til sygdommen. Dette opnås bedst ved at hjælpe børn og familier til at opnå en høj grad af egenomsorg, og til at bevare motivationen for bedst mulig varetagelse af sygdommen. Hyppig opfølgning af barnet er essentielt for at opretholde en god metabolisk kontrol og for at monitorere risikofaktorer for udviklingen af akutte og kroniske komplikationer ^[47].

Hjælp når diagnosen stilles

Når et barn eller et ungt menneske får diagnosen diabetes kan sygehuset og kommunen hjælpe familien ved at vejlede og rådgivning omkring muligheden for at forældrene kan holde orlov eller få tabt arbejdsfortjeneste i en periode. Orlov kan ydes efter [Barselslovens § 26](#), tabt arbejdsfortjeneste kan ydes efter [Servicelovens § 42](#).

Sygehuset og kommunerne kan også hjælpe familien ved at vejlede om muligheden for at

søge om hjælpemidler efter [Servicelovens § 112](#) og dækning af merudgifter efter [Servicelovens § 41](#).

Sygehuset har en specialistviden omkring børn og unge med diabetes. Sygehuset har derfor en opgave i at klæde relevante fagpersoner på til at kunne tage vare på barnet eller den unge i daginstitutionen og skolen. Relevante fagpersoner kan være sundhedsplejersker, lærer, pædagoger og andre støttefunktioner. Alle børn har brug for hjælp til behandling af deres diabetes i institutioner og skoler. Derfor besøger et diabetesteam, diætist og sygeplejerske, institution/skole ved diagnosetidspunktet, og ved skift af institution/skole samt ved behov derudover.

Behandling og kontrol af sygdommen

Det er vigtigt, at barnet/den unge kommer til regelmæssige kontroller eller – efter aftale – ambulante besøg på sygehuset efter individuelle behov. Til kontrollerne/besøgene vil lægerne følge sygdommen og have opmærksomhed på udvikling af følgesygdomme. Kontrollerne giver også mulighed for at få talt med behandlerne om de udfordringer, der opleves hjemme ifm. diabetes. De fleste børn går til kontrol hver tredje måned. Der kan dog være brug for hyppigere kontroller, hvis barnets insulinbehov ændres.

Overgangen fra børneambulatoriet til kommunen

Når diagnosen er stillet og den indledende behandling på sygehuset er færdig, skal der ske en overlevering til kommunen. Her kan det være en stor hjælp for familierne, hvis der på børneambulatoriet er en socialrådgiver, som kan hjælpe med at tage kontakten til kommunen og herigennem koordinere behovet for særlig støtte.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen (2010) – [Kliniske retningslinier for behandling af børn med type 1 og type 2-diabetes](#).

Særlig støtte

Det er stort pres for en familie, når et barn rammes af en kronisk sygdom. Det gælder både for barnet/den unge og for de nærmeste pårørende. Kommunen bør være opmærksom på graden af sygdomsmestring hos barnet/den unge og dennes familie, herunder særligt det psykiske aspekt ved livet med diabetes. Det kan derfor være en hjælp at få et tilbud om psykologbistand, mentorordning el. lign. Her kan sygehuset støtte op ved at etablere et mentornetværk. Mentornetværket kan etableres både for familien og for barnet/den unge. Mentorerne for børnene/de unge skal være ældre, og de skal selv have levet med diabetes-sygdommen i nogle år.

Særligt for unge mellem 16-25 år

Det er forskelligt, hvornår de unge er klar til at tage skiftet fra børneambulatoriet til voksenambulatoriet. Det er en individuel vurdering, som skal tages i samråd med den unge og dennes pårørende. Den individuelle vurdering skal baseres på den unges egne ønsker, graden af sygdomsforståelsen og egenomsorg samt den unges netværk og mulighed for støtte. Når skiftet sker, skal der afholdes en koordinerende konsultation hvor både børneambulatoriet og voksenambulatoriet deltager. Anbefalingen er at konsultationen deles i to, så den unge deltager både alene og sammen med de nærmeste pårørende.

For unge mellem 16-25 år kan der gælde nogle særlige udfordringer. De unge bliver mere selvstændige og skal tage et større ansvar for deres kroniske sygdom. Sygehuset kan iværksætte særlige tiltag målrettet gruppen af unge diabetespatienter, som kan være med til at motivere de unge til fortsat at følge deres kontroller og behandling. Eksempler herpå er unge ambulatorier for de 16-25 årige. Ambulatoriet kan etableres som en selvstændig afdeling eller som faste ambulatoriedage forbeholdt den unge patientgruppe. Muligheden for åben konsultation, hvor der ikke er tidsbestilling. Den åbne konsultation skal ligge efter skole- og studietid.

Sygehusene kan understøtte unge patienters compliance ift. medicin ved at udskrive mængder, der dækker behovet frem til næste kontrol.

Almen praksis kan understøtte den unges compliance ved at opfordre den unge til at møde op til kontroller på sygehuset mv.

Støtte i kommunerne

Kommunen kan være indgangen til ekstra hjælp og støtte, når et barn eller en ung får konstateret diabetes. Som familie kan det være svært at overskue situationen i den første tid efter diagnosen, samtidigt med at man skal søge hjælp hos kommunen. Nogle kan opleve processen med kommunen som forvirrende, og den kommunale sagsbehandler har måske ikke altid tilstrækkelig viden om diabetes som sygdom eller indsigt i, hvad det vil sige at leve med diabetes.

Kommunerne kan iværksætte særlige tiltag målrettet de familier, hvor et barn eller en ung lever med diabetes. Et eksempel på et særligt tiltag er at etablere en ordning, hvor barnet/den unge får tilknyttet en ressourceperson, som følger barnet i børnehaven eller skolen. Ressourcepersonen ved, hvordan der skal handle i akutte situationer. Ressourcepersonen kan også være barnets støtte i at tale med kammerater omkring sygdommen.

Sundhedsplejen møder børnene og de unge i skolen. Sundhedsplejen har en faglig baggrund til at støtte barnet eller den unge i at mestre dele af sygdomsaspektet. Eksempelvis når det handler om at håndtere de personlige kriser, som vil opstå når man lever med en kronisk sygdom. Sundhedsplejen kan også hjælpe barnet med de spørgsmål og udfordringer, der relaterer sig til sygdommen i forhold til kammerater og familien.

Børn og unge med diabetes i almen praksis

Børn og unge med diabetes følges på ambulatoriet, så almen praksis har som udgangspunkt ikke en rolle i behandlingen. Almen Praksis har dog en opgave i have en opmærksomhed på barnets/den unges trivsel samt hvordan den øvrige familie trives og om der er brug for særlig støtte.

19 | Plejeindsatsen i kommunen

Plejesektoren i kommunen spiller en vigtig rolle i at bistå borgere med diabetes i at håndtere livet med kronisk sygdom. Det gælder bl.a. personlig pleje, insulingivning, sårbehandling mv.

De involverede dele af plejesektoren er fx visitationen samt hjemme- og sygeplejen.

Indsatsen bør involvere forebyggelse af gradvise forværringer af sygdommen og understøttelse af den samlede plejeindsats.

Personalet bør følge borgerens samlede sygdoms- og livssituation og reagere på ændringer, der kan have betydning for sygdomsudviklingen og borgerens håndtering af sygdommen.

Ændringerne kan fx vedrøre:

- Begyndende følgesygdomme, herunder fodsår, øjenproblemer mv.
- Ændret sygdomsmønster
- Faldende aktivitets- og funktionsniveau
- Generelt øget behov for pleje og omsorg
- Komorbiditet i forbindelse med opblussen af anden sygdom end diabetes
- Forringet almen ernæringstilstand, herunder pludseligt vægttab
- Kognitive forringelser ifm. almen alderssvækkelse, demens, depression mv.

Når sådanne ændringer bemærkes, er det vigtigt, at personalet i dialog med borgeren og pårørende igangsætter rehabiliterende tiltag, som bidrager til, at borgeren bryder den negative udvikling og fastholder højest muligt funktionsniveau. I denne situation bør der søges en dialog med borgerens egen læge via en korrespondancemeddelelse med de mest centrale oplysninger vedrørende borgerens situation.

Sygeplejen bør være opmærksomme på muligheden for at anmode den praktiserende læge om at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, når der er tale om en ældre, alvorligt syg borger eller et kompliceret forløb. Indholdet af ydelsen fremgår af [aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse](#) (ydelse 4176 eller ydelse 4676).

Håndtering af medicin og hjælpemidler

Det sundhedsfaglige personale skal bidrage til, at borgeren får målt sit blodsukker og får handlet på værdien af målingen. Ved behov kan personalet desuden foreslå borgeren at henvende sig på apoteket for at få vejledning i korrekt medicinhåndtering (jf. afsnit 6).

Personalet bør desuden hjælpe borgeren og pårørende med vejledning om regler for hjælpemidler og tilskud.

Henvisning til kommunale forebyggelsestilbud

Kommunerne skal sikre, at oversigten over forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på www.sundhed.dk er opdateret og retvisende. Sundhedsprofessionelle i almen praksis og på sygehusene skal løbende være opmærksomme på at anvende de kommunale rehabiliteringstilbud i patientforløbet.

Henvisning til kommunernes forebyggelsestilbud sker via MedCom-standarden "kommunehenvisning" (REF01).

Henvisningen skal indeholde:

- Persondata (CPR-nummer)
- Kontaktoplysninger (adresse, telefonnummer og evt. e-mailadresse)
- Eventuelle opmærksomhedspunkter angående særlige behov, eksempelvis behov for tolk

Når kommunen har modtaget henvisningen, sender kommunen en elektronisk tilbagemelding om, at henvisningen er modtaget. En medarbejder fra kommunen tager herefter kontakt til borgeren for at aftale tid til en afklarende samtale med det formål at give borgeren det rette forebyggelsestilbud og lave en aftale med borgeren om det videre forløb. Henvisning sker altså ikke direkte til de enkelte tilbud, men til den afklarende samtale.

Ved afslutning af det samlede forløb sender kommunen et afslutningsnotat til egen læge og til sygehuset, hvis sygehuset er afsender på henvisningen.



Nye standarder for elektroniske henvisninger

Sundhedsstyrelsen (SST) har udgivet nye anbefalinger ved henvisning til kommunal forebyggelse i juni 2016 og har i den anledning bedt MedCom revidere standarderne til/fra kommunal forebyggelse. Formålet er at forenkle henvisning til kommunal forebyggelse.

Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Kommunernes Landsforening, PLO, Danske Regioner, DSAM, kommuner, SST selv og MedCom. Arbejdsgruppen har besluttet, at der skal udarbejdes to nye reviderede standarder til kommunal forebyggelse. Når disse standarder er klar til drift, tilrettes forløbsprogrammet efter disse.

De nye henvisninger er:

- **Henvisning til kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes en ny elektronisk "Henvisning til kommunal forebyggelse" (XREF15), som bygger på den eksisterende sygehushenvisning (REF01). Den nye henvisning til kommunal forebyggelse vil have færre felter
- **Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse.** Der udarbejdes ligeledes et nyt elektronisk "Afslutningsnotat fra kommunal forebyggelse" (XDIS15), som bygger på den eksisterende epikrise (DIS01). Den vil ligeledes have færre felter.

På www.borger.dk kan borgere og pårørende læse mere om deres muligheder for at få arrangeret og/eller refunderet udgifter til transport til praktiserende læge, speciallæge og sygehus samt til forebyggelses-/rehabiliteringstilbud og andre tilbud i kommunen.

Transport til og fra kommunale tilbud, speciallæge eller egen læge

For spørgsmål om transport til og fra behandling hos egen læge, speciallæge og forebyggelses- og rehabiliteringstilbud i kommunen kan borgeren eller pårørende kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre.

Transport til og fra behandling og kontroller på sygehuset

For spørgsmål om transport til og fra sygehus skal borgeren kontakte sygehuset.

Som hovedregel skal patienter selv sørge for at komme til og fra sygehuset og selv betale for transporten. Der er dog en række undtagelser, hvor patienter har ret til enten at få refunderet deres udgifter til transport eller blive transporteret til behandling på sygehuset. Patienters rettigheder til befordring i forbindelse med sygehusbehandling er nærmere beskrevet på [Region Syddanmarks hjemmeside](#).

Har patienten ret til siddende transport til og fra sygehusbehandling, kan transport bestilles på **tlf. 7011 3111**. På dette nummer kan der også stilles spørgsmål om befordringsgodtgørelse til og fra sygehuset.



For spørgsmål om transport kan man kontakte borgerservice i kommunen på nedenstående telefonnumre

Assens	6474 7474	Nordfyns	6482 8282
Billund	7213 1500	Nyborg	6333 7000
Esbjerg	7616 1616	Odense	7873 3998
Fanø	7666 0660	Svendborg	6223 3000
Fredericia	7210 7000	Sønderborg	8872 6400
Faaborg-Midtfyn	7253 0530	Tønder	7492 9292
Haderslev	7434 3434	Varde	7994 6800
Kerteminde	6515 1515	Vejen	7996 5000
Kolding	7979 7979	Vejle	7681 0000
Langeland	6351 6000	Ærø	6352 5000
Middelfart	8888 5500	Aabenraa	7376 7676



UDKAST



Høringsparter, forløbsprogram for mennesker med diabetes

- Sygehusenhederne i Region Syddanmark
- De 22 syddanske kommuner
- Det sygeplejefaglige råd i Region Syddanmark
- Det terapeutfaglige råd i Region Syddanmark
- KKR Syddanmark
- Praktiserende Lægers Organisation Syddanmark
- Samarbejdsudvalget om almen praksis i Region Syddanmark
- Patientinddragelsesudvalget i Region Syddanmark
- Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget for almen praksis i Region Syddanmark
- Apotekerforeningen
- Sundhedsstyrelsen
- Diabetesforeningen
- Patienter og pårørende, som har deltaget i udviklingen af forløbsprogrammet
- Sundhedsprofessionelle, som har deltaget i udviklingen af forløbsprogrammet

Høring: Tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes

Det Administrative Kontaktforum har i henhold til Sundhedsaftalen 2015-2018 udarbejdet vedlagte udkast til et nyt tværsektorielt forløbsprogram for mennesker med diabetes i Region Syddanmark.

Høringsudkastet er sendt i høring til de myndigheder og organisationer m.v., der fremgår af vedlagte høringsliste. Alle høringsparter er velkomne til at indhente relevante informationer fra øvrige parter i egen organisation eller tværsektorielle udvalg, eksempelvis lokale samordningsfora og kommunalt lægelige udvalg.

Det tværsektorielle forløbsprogram for diabetes er udviklet efter samme skabelon som det tværsektorielle forløbsprogram for KOL, som er godkendt den 28. februar 2017 af Sundhedskoordinationsudvalget. Brugerinddragelse har været et vigtigt fokus i udviklingen af det nye tværsektorielle forløbsprogram for diabetes. I forbindelse med udviklingen af forløbsprogrammet for KOL blev der udarbejdet en video, som viser brugerinddragelsesprocessen. Videoen kan ses på www.regionsyddanmark.dk/kronisksygdom.

Afgivelse af hørings svar og høringsfrist

Høringsmaterialet er tilgængeligt på Region Syddanmarks høringsportal

<http://www.regionsyddanmark.dk/horing>, og det er her, at hørings svar skal afgives.

Høringsfristen er mandag d. 13. november 2017

Spørgsmål til høringen kan rettes til:

- Specialkonsulent Arne Vesth Pedersen, afdelingen Tværsektorielt Samarbejde, Region Syddanmark, på e-mail arne.vesth.pedersen@rsyd.dk eller tlf. 29 20 11 04, eller
- Konsulent Anette Filtenborg, Social- og Sundhedsafdelingen, Varde Kommune, på e-mail anfi@varde.dk eller tlf. 79 94 60 88.

Den videre proces

Det Administrative Kontaktforum forestår tilretningen af forløbsprogrammet på baggrund af de indkomne hørings svar og drøfter det med henblik på godkendelse på deres første møde i 2018. Herefter indstilles forløbsprogrammet til endelig godkendelse i Sundhedskoordinationsudvalget.

Det Administrative Kontaktforum ønsker på forhånd at kvittere for høringsparternes bidrag.

På vegne af Det Administrative Kontaktforum

Kurt Espersen, formand & Arne Nikolajsen, næstformand

NATIONALE MÅL FOR SUNDHEDS- VÆSENET



2017

SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN	3
DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM	4
ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER	7



UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER	8
FOKUSOMRÅDER	12
EKSEMPLER PÅ INDIKATORER	13
BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB	17
CASES PÅ LOKAL FORANKRING	19
REGIONERNE FØLGER UDVIKLINGEN PÅ TVÆRS	20

SAMMENHÆNG FOR PATIENTEN

Da vi for et år siden lancerede de otte nationale mål for sundhedsvæsenet som en del af Det Nationale Kvalitetsprogram, satte vi os for at skabe en ny og forbedret kvalitetsdagsorden med det formål at styrke kvaliteten og patientsikkerheden i sundhedsvæsenet.

De otte nationale mål har i det forgangne år været et stærkt omdrejningspunkt i sundhedsvæsenet og har været med til at sætte en ambitiøs retning for en styrket kvalitet til gavn for patienten. Målene markerer sammen med de øvrige dele af Det Nationale Kvalitetsprogram begyndelsen til et vigtigt skifte væk fra proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på mål og resultater. Ambitionen er løbende at udvikle indikatorerne under de nationale mål, så de kommer til at afspejle værdien, som sundhedsvæsenet skaber for den enkelte patient.

Regionerne anvender de nationale mål i ledelsesinformation og på sygehusene i forbindelse med deres arbejde med at højne kvaliteten. Også i kommunerne pågår et arbejde med at omsætte de nationale mål og indikatorer på sundhedsområdet og få arbejdet med kvalitetsforbedringer integreret i praksis.

I det videre arbejde er det centralt at styrke arbejdet med den lokale forankring, herunder også i de nære sundhedstilbud. Det er derfor afgørende, at de gode erfaringer bringes videre i det fortsatte arbejde med at få forankret de nationale mål gennem lokalt definerede mål og indsatser både i regioner og kommuner og i samspillet mellem kommuner, almen praksis og sygehuse. Derfor skal vi bl.a. gennem gennemsigtighed, videndeling og brug af data fortsat styrke, at målene understøttes af lokale indsatser. Målene skal i endnu højere grad blive retningsgivende for kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen, fx på sygehusafdelinger og i de kommunale sundhedstilbud, til gavn for borgeren.

Ellen Trane Nørby
Sundhedsminister

Martin Damm
Formand for KL

Bent Hansen
Formand for Danske Regioner

22. juni 2017

DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM ER ET LED I EN STØRRE OMSTILLING AF KVALITETSARBEJDET

Det nye Nationale Kvalitetsprogram for sundhedsvæsenet består ud over de nationale mål af en større omstilling af kvalitetsarbejdet¹.

Kernen i det nye Nationale Kvalitetsprogram er at skabe større værdi for patienten. Programmet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i behandlingen og rehabiliteringen med fokus på de resultater, der har betydning for borgeren. Samtidig skal programmet understøtte, at der leveres mest mulig sundhed for pengene.

De nationale mål og den lokale forankring heraf er blot ét element i Det Nationale Kvalitetsprogram, der også består af mange andre tiltag.

For at understøtte kvalitets- og forbedringsarbejdet lokalt blev der i 2016 introduceret tre nye lærings- og kvalitets-teams inden for palliation (smertelindring), apopleksi og rationel anvendelse af antibiotika. De tre lærings- og kvalitetsteams skal bidrage til, at de gode erfaringer med kvalitetsforbedringer spredes hurtigere fra fagperson til fagperson (eller medarbejder) til gavn for den enkelte patient. Flere lærings- og kvalitetsteams er undervejs, herunder teams, der også involverer kommunerne, hvor der er særligt fokus på det tværsektorielle arbejde. Det skal sikre sammenhæng i forløb, der går på tværs af sektorer, hvor der bliver taget hånd om borgeren på vejen gennem systemet.



Det er de lokale ledelser, der i høj grad skal understøtte kvalitets- og forbedringsarbejdet lokalt. Derfor har vi iværksat et nationalt ledelsesprogram, der har til formål at styrke de lokale driftsleders kompetencer i forhold til kvalitets- og forbedringsarbejde. De første 40 ledere fra kommunerne og regionerne begynder den nationale ledelsesuddannelse i maj 2017.

Der arbejdes nationalt og lokalt med et styrket fokus på systematisk patientinddragelse og indsamling af patientens egne oplevelser (PRO) i deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Samtidig investeres der i aktiv brug af sundhedsdata bl.a. gennem et nationalt Sundhedsdataprogram og via lokale indsatser i regioner og kommuner, herunder udvikling af Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP), der bl.a. skal understøtte tidstro aktivitets- og kvalitetsdata for personalet på sygehusene og i de kommunale sundhedsindsatser og for borgerne. Der er endvidere aftalt forsøg med nye styrings- og afregningsmodeller i alle regionerne med afsæt i værdibaseret styring, hvor en effektiv behandling med høj kvalitet for patienten er i fokus.

Alt sammen til gavn for borgerne.

1. Læs mere om det Nationale Kvalitetsprogram her:

<http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet.aspx>

DET NATIONALE KVALITETSPROGRAM



NATIONALE MÅL : BEDRE KVALITET, SAMMENHÆNG OG GEOGRAFISK LIGHED I SUNDHEDSVÆSNET



**BEDRE
SAMMEN-
HÆGENDE
PATIENT-
FORLØB**



**STYRKET
INDSATS
FOR KRONIKERE
OG ÆLDRE
PATIENTER**



**FORBEDRET
OVERLEVELSE
OG PATIENT-
SIKKERHED**



**BEHANDLING
AF HØJ
KVALITET**



**HURTIG
UDREDNING
OG
BEHANDLING**



**ØGET
PATIENT-
INDDRAGELSE**



**FLERE
SUNDE LEVEÅR**



**MERE
EFFEKTIVT
SUNDHEDS-
VÆSEN**

INDIKATORER

AKUTTE
GENINDLÆGGEL-
SER INDEN FOR
30 DAGE

VENTETID TIL
GENOPTRÆNING

SOMATISK
FÆRDIGBEHAND-
LINGSDAGE PÅ
SYGEHUSE

AJOURFØRTE
MEDICIN-
OPLYSNINGER
(PRAKTISERENDE
LÆGE)

TILKNYTNING TIL
ARBEJDSMARKEDET

AKUTTE
INDLÆGGELSER
PR. KOL/
DIABETES-PATIENT

FOREBYGGELIGE
INDLÆGGELSER
BLANDT ÆLDRE

DEMENS
BRUG AF ANTI-
PSYKOTIKA

OVERBELÆGNING
PÅ MEDICINSKE
AFDELINGER

5 ÅRS
OVERLEVELSE
EFTER KRÆFT

HJERTE-
DØDELIGHED

SYGEHUS-
ERHVERVEDE
INFEKTIONER

OVERLEVELSE
VED UVENTET
HJERTESTOP

OPFYDELSE
AF KVALITETSMÅL
I DE KLINISKE
KVALITETS-
DATABASER

INDLAGTE
PATIENTER I
PSYKIATRIEN, DER
BÆLTEFIKSERES

VENTETID TIL
PLANLAGT
SYGEHUS-
OPERATION OG
TIL PSYKIATRIEN

SOMATISKE/
PSYKIATRISKE
PATIENTER
UDRETT INDEN FOR
30 DAGE

KRÆFTPAKKE-
FORLØB
GENNEMFØRT
INDEN FOR TIDEN

PATIENT-
TILFREDSHED
PATIENTOPLEVET
INDDRAGELSE

MIDDELLEVETID
DAGLIG RYGERE
I BEFOLKNINGEN

LIGGETID PR.
INDLÆGGELSE
PRODUKTIVITET
PÅ SYGEHUSENE

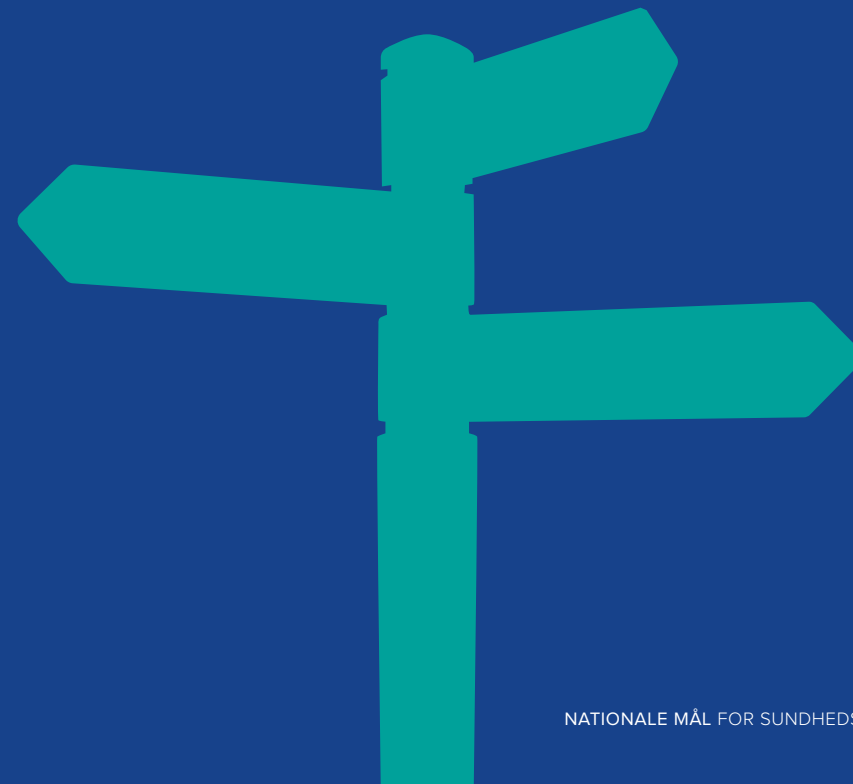
REGIONALE / KOMMUNALE LOKALE DELMÅL

ET DYNAMISK SUNDHEDSVÆSEN – ARBEJDET MED NYE INDIKATORER FORTSÆTTER

Indikatorerne under de nationale mål skal løbende udvikles, så de i højere grad kommer til at afspejle den ønskede retning for sundhedsvæsenet og værdien for den enkelte patient, fx i forhold til hele patientforløbet og i forhold til at styrke sammenhængen mellem specialer, indsatser og sektorer. Nogle af indikatorerne kan have en kortere tidsramme og kan derved justeres løbende i takt med, at der kommer fokus på nye områder og kvaliteten af data bliver bedre. Samtidig er det vigtigt, at det samlede antal indikatorer er overskueligt. Dette er af hensyn til en konsistent og sammenhængende udvikling af sundhedsvæsenet. Vi har i løbet af det sidste år udviklet fire nye indikatorer:

- **Demens:** Indikator for brugen af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens.
- **Ny belægningsindikator:** Indikator for andelen af sengedage, der har været overbelægningsdage.
- **Tilknytning til arbejdsmarkedet:** Indikator for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet efter indlæggelse for et sygdomsforløb.
- **Overlevelse ved uventet hjertestop:** Indikator for andelen af patienter, som overlever mindst 30 dage efter uventet hjertestop.

Frem mod næste år vil vi arbejde med at udvikle indikatorer med fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Det er ambitionen, at der i næste års statusrapport indgår indikatorer, der favner udviklingen i almen praksis. Der arbejdes ligeledes videre med at udvide arbejdsmarkedsindikatoren til også at omfatte ambulante behandlingsforløb. I fællesskab vil vi sammen udvikle konkrete indikatorer, der er målrettet psykiatrien, og som sætter fokus på bedre sammenhæng på tværs af sektorer til gavn for de psykiatriske patienter.



UDVIKLINGEN I MÅL OG INDIKATORER

Vi følger udviklingen i de nationale mål. Det sker via en trafiklys-markering, hvor den enkelte region eller kommune kan se, hvor de bevæger sig hen i forhold til de otte forskellige nationale mål. Farven i trafiklyset giver regioner og kommuner et billede af, hvordan deres indsatser har bidraget til udviklingen af sundhedsvæsenet.

Farverne angiver, hvordan regioner og kommuner har udviklet sig det foregående år, samt hvordan de er placeret ift. gennemsnittet. Det er hensigten, at både regionerne og kommunerne skal kunne følge indikatorerne og lære af bedste praksis.

Ser man på den overordnede udvikling i forhold til sidste år, er det gået fremad hos både regionerne og kommunerne. Bl.a. sker der fremskridt i indsatsen for kronikere og ældre patienter, og patientsikkerheden er blevet bedre. Men der er også plads til forbedringer, eksempelvis ift. sammenhængende patientforløb og anvendelsen af tvang i psykiatrien.



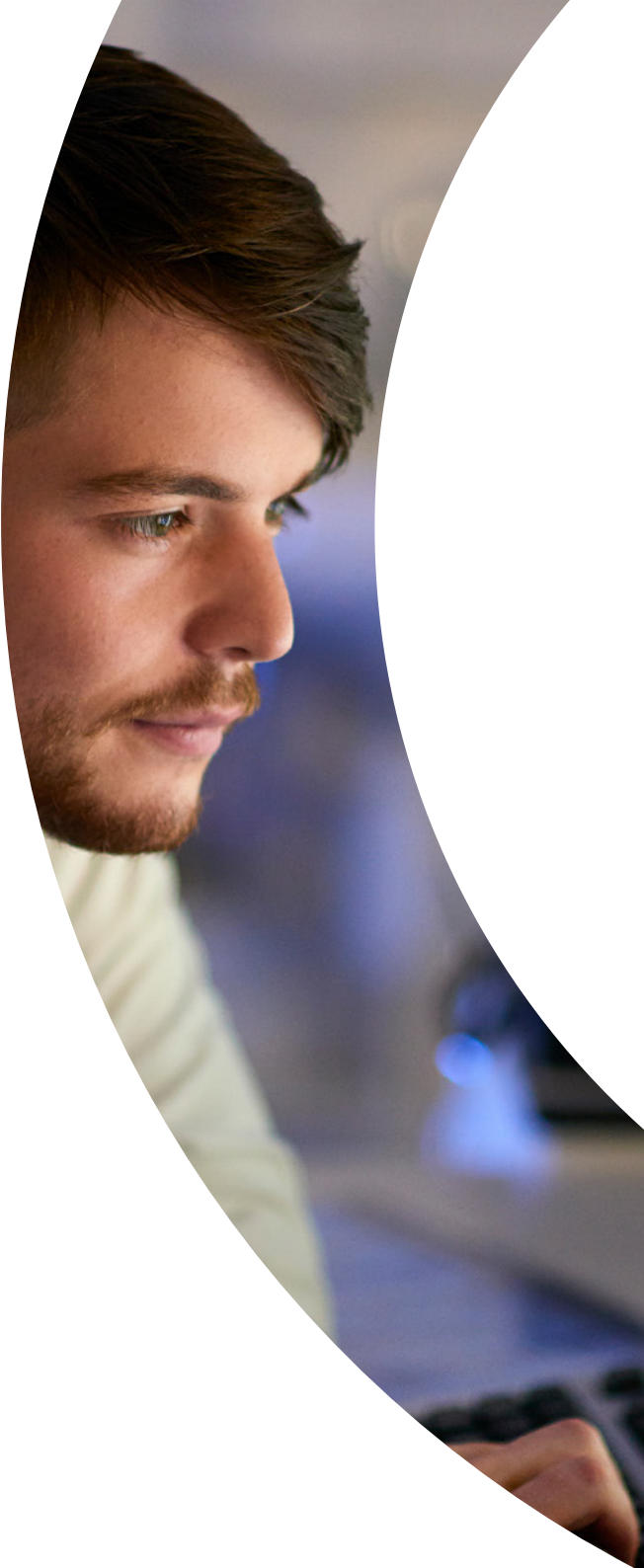
For at understøtte forbedringsarbejdet i regionerne, har Danske Regioner udarbejdet en version af nøgletallene for de nationale mål, som gør det muligt for den enkelte region at følge den løbende udvikling. Denne version findes her.²

På side 13-16 kan man se et nuanceret billede af udviklingen for udvalgte indikatorer for fokusområderne kvalitet, patientsikkerhed og det sammenhængende sundhedsvæsen.

De enkelte markeringer betyder:

- Positiv udvikling og over landsgennemsnit
- Enten positiv udvikling og under landsgennemsnit/ eller negativ udvikling og over landsgennemsnit
- Negativ udvikling og under landsgennemsnit
- ↗ Positiv udvikling fra 2015 til 2016
- Uændret udvikling fra 2015 til 2016
- ↘ Negativ udvikling fra 2015 til 2016

2. <http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/loebende-noegletal-for-de-nationale-maal-for-sundhedsvaesenet>







Nyt patientadministrativt system medfører mangelfulde registreringer i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden har sammen med Region Sjælland investeret i et nyt centralt patientadministrativt system, EPIC/Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen implementeres på alle sygehuse og hospitaler i Østdanmark fra 2016 til slutningen af 2017. Herlev/Gentofte implementerede den nye Sundhedsplatform i maj 2016, og Rigshospitalet/Glostrup implementerede i november 2016. Implementeringen af Sundhedsplatformen har haft konsekvenser for de løbende indberetninger til Landspatientregisteret.





Det betyder, at en række af de nationale opgørelser for 2016 ikke er dækkende for den faktiske aktivitet, og opgørelserne skal dermed læses med forbehold for Region Hovedstaden. Der arbejdes frem mod sommer på et komplet datagrundlag. Når det endelige 2016-datagrundlag for nationale mål foreligger, vil det blive opdateret på Sundheds- og Ældreministeriets hjemmeside og på esundhed.dk.

TABEL 1 Oversigt over farvemærkning af indikatorer, udvikling fra 2015-2016

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 <p>BEDRE SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB</p>	Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, pct. ¹	6,6 →	5,3 ↗	6,9 ↘	3,5 ↗	6,9 ↘	9,7 ↘
	Ventetid til genoptræning, dage ¹	13 ↗	13 ↗	13 →	14 ↗	13 ↗	11 ↗
	Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage ¹	6,0 ↗	2,7 ↗	3,0 ↘	2,3 ↘	13,5 ↗	2,6 ↘
	Ajourførte medicinoplysninger (marts 2016-marts 2017), pct. ³	12 ↗	14 ↗	15 ↗	9 ↘	10 ↘	14 ↘
	Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, pct.	81,4 ↗	77,6 ↘	80,1 ↗	79,7 ↗	83,5 ↗	81,8 ↗
	Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet, pct. ⁴	50,4 ↘	40,7 ↘	46,7 ↘	46,8 ↘	55,2 ↗	51,7 ↗
 <p>STYRKET INDSATS FOR KRONIKERE OG ÆLDRE PATIENTER</p>	Akutte indlæggelser pr. 1.000 KOL-patient, antal ¹	570 ↗	476 ↗	533 ↘	466 ↗	696 ↗	617 ↘
	Akutte indlæggelser pr. 1.000 diabetes type 2-patient, antal ¹	366 ↗	307 ↗	351 ↘	295 ↗	440 ↗	389 ↘
	Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+), antal ¹	61,6 ↗	50,3 ↗	53,6 ↗	59,1 ↗	74,2 ↗	61,8 ↘
	Overbelægning på medicinske afdelinger på de offentlige sygehuse, pct. ⁵	0,27 ↗	0,83 ↘	0,40 ↗	0,11 ↗	0,19 ↘	0,08 ↘
	Andel borgere med demens, antipsykotika, pct.	20 ↘	16 ↘	19 ↘	21 ↗	23 ↘	17 ↗
 <p>FORBEDRET OVERLEVELSE OG PATIENTSIKKERHED</p>	5 års overlevelse efter kræft (2012-2014), pct.	61 ↗	60 ↗	61 ↗	61 ↗	63 ↗	59 ↗
	Hjertedødelighed (2014-2015), dødsfald pr. 100.000 borgere	128 ↘	126 ↗	126 ↘	123 ↗	131 ↘	134 ↘
	Sygehuserhvervede infektioner – bakteriemier antal pr. 10.000 risikodøgn ¹	7,7 ↗	8,6 ↘	6,2 ↗	8,9 →	7,8 ↗	7,0 ↗
	Sygehuserhvervede infektioner – clostridium difficile, antal pr. 100.000 borgere	65,2 ↗	54,1 ↗	56,4 ↘	54,1 ↗	84,6 ↗	61,5 ↘
	Andel af patienter som overlever mindst 30 dage efter hjertestop, pct.* ⁶	28 ↘	26 ↘	30 ↘	27 ↗	–	30 ↘
 <p>BEHANDLING AF HØJ KVALITET</p>	Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser, pct.*	60,2 ↘	59,9 ↗	66,1 ↘	63,0 ↗	54,4 ↘	53,8 ↘
	Indlagte personer i psykiatrien, der bæltefikseres, pct.	6,3 ↘	6,4 ↘	9,0 ↘	6,5 →	5,0 ↘	5,8 →

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen. *Danske Regioner **Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse ***Danmarks Statistik ****Den Nationale Sundhedsprofil.

1. Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.
2. Farvemærkning er alene foretaget på baggrund af placering ift. landsgennemsnittet.
3. Niveaulet ligger relativt lavt og afspejler, at der fortsat er en del steder i almen praksis, hvor der sker begrænset ajourføring.
4. Indikator er opgjort fra 2013-2015
5. Farvemærkning er alene foretaget på baggrund af udvikling fra 2015-2016.
6. Indikatoren har endnu ikke data for Region Hovedstaden, da regionen frem til 2017 brugte en anden opgørelsesmetode.

MÅL	INDIKATORER	HELE LANDET	NORDJYLLAND	MIDTJYLLAND	SYDDANMARK	HOVEDSTADEN	SJÆLLAND
 HURTIG UDREDNING OG BEHANDLING	Gennemsnitlig erfaret ventetid til planlagt sygehusoperation, dage ¹	47 ↗	● 65 ↗	● 35 ↗	● 43 →	● 51 ↗	● 45 ↗
	Gennemsnitlig erfaret ventetid til psykiatrien børn, dage	22 →	● 54 ↘	● 16 ↗	● 20 ↘	● 22 ↗	● 21 ↗
	Gennemsnitlig erfaret ventetid til psykiatrien voksne, dage	21 ↗	● 28 ↗	● 24 ↗	● 20 ↗	● 18 ↗	● 22 ↗
	Somatiske udredningsforløb, hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct.(4. kv. 2016) ¹⁻²	80	● 85	● 89	● 71	● 71	● 89
	Psykiatriske udredningsforløb (børn og unge), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct. (4. kv. 2016) ²	92	● 69	● 96	● 92	● 83	● 96
	Psykiatriske udredningsforløb (voksne), hvor udredningsretten er overholdt, andel af alle udredningsforløb, pct. (4. kv. 2016) ²	90	● 83	● 95	● 87	● 90	● 94
	Pakkeforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider for kræft, pct. ¹	80 ↗	● 77 ↗	● 83 ↗	● 83 ↘	● 78 →	● 75 ↘
 ØGET PATIENT-INDDRAGELSE	Patientoplevet tilfredshed (gennemsnitlig score 1-5)**	4,25 ↗	● 4,32 ↗	● 4,31 ↘	● 4,27 ↗	● 4,19 ↘	● 4,18 ↗
	Patientoplevet inddragelse (gennemsnitlig score 1-5)**	3,76 ↗	● 3,75 ↘	● 3,87 ↗	● 3,73 ↗	● 3,70 →	● 3,66 ↗
 FLERE SUNDE LEVEÅR	Middellevetid, år***	80,8 ↗	● 80,7 ↗	● 81,3 ↗	● 81,0 ↗	● 80,7 ↗	● 80,1 ↗
	Daglige rygere, pct. (2013)****	17,0 ↗	● 17,0 ↗	● 17,0 ↗	● 19,2 ↗	● 15,0 ↗	● 18,1 ↗
 MERE EFFEKTIVT SUNDHEDSVÆSEN	Gns. liggetid pr. indlæggelse, dage ¹	3,4 →	● 3,9 ↗	● 3,2 ↗	● 3,5 ↗	● 3,2 ↗	● 3,0 ↗
	Produktivitet på sygehusene, indeks: hele landet = 100 (2015)	100 ↗	● 94 ↗	● 99 ↗	● 102 ↗	● 101 ↗	● 102 ↗

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen. *Danske Regioner **Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelse ***Danmarks Statistik ****Den Nationale Sundhedsprofil.

1. Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.

2. Farvemarkering er alene foretaget på baggrund af placering ift. landsgennemsnittet.

FOKUSOMRÅDER

Regeringen, KL og Danske Regioner er enige om, at et sikkert og trygt sundhedsvæsen er en grundpille i vores fælles velfærdssamfund. Vi skal hele tiden gøre det bedre og på tværs af landet bygge oven på de resultater, der er skabt.

For Danmark skal fortsat have et sundhedsvæsen, der sætter kvalitet og patientsikkerhed i centrum og med gode arbejdsvilkår for medarbejderne. Samtidig skal vi sikre mest mulig sundhed af høj kvalitet for pengene. Denne målsætning skal afspejle sig i den måde, vi indretter vores sundhedsvæsen på. Det er bl.a. også derfor, at vi skal sikre, at vores sundhedsvæsen hænger sammen, og patienterne ikke oplever at falde mellem to stole.

Foruden arbejdet i regi af bl.a. sundhedsaftalerne har vi sat øget fokus herpå i regeringens udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, Danske Regioners udspil "Sundhed for alle – vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen" samt KL's udspil "Sammen om Sundhed".

Vi har sammen sat en fælles retning for det danske sundhedsvæsen med fokus på kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng, som nu skal følges op med konkrete initiativer til gavn for borgerne – også på den korte bane.

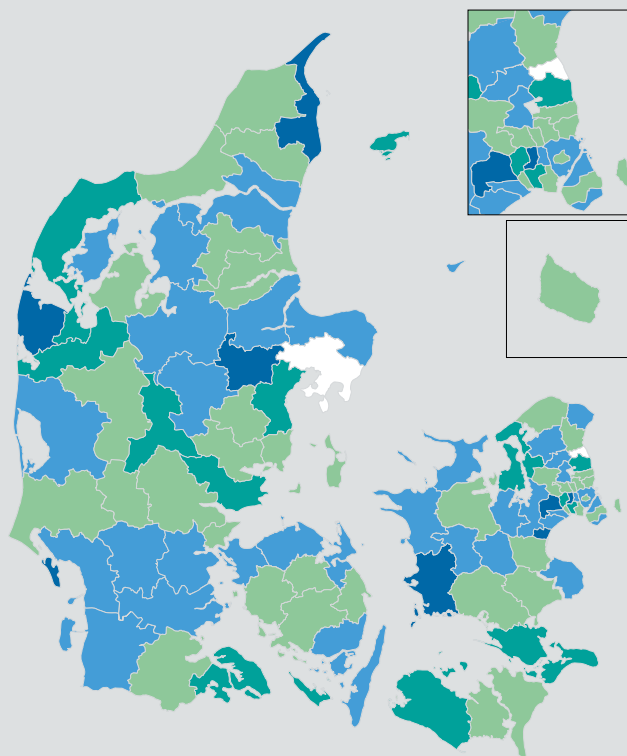
De nationale mål afspejler vores fælles retning for udvikling af sundhedsområdet, og på de næste sider ser vi nærmere på en række udvalgte indikatorer, der afspejler udviklingen af kvaliteten, patientsikkerheden og sammenhængen i vores fælles sundhedsvæsen.



EKSEMPLER PÅ INDIKATORER

FIGUR 1

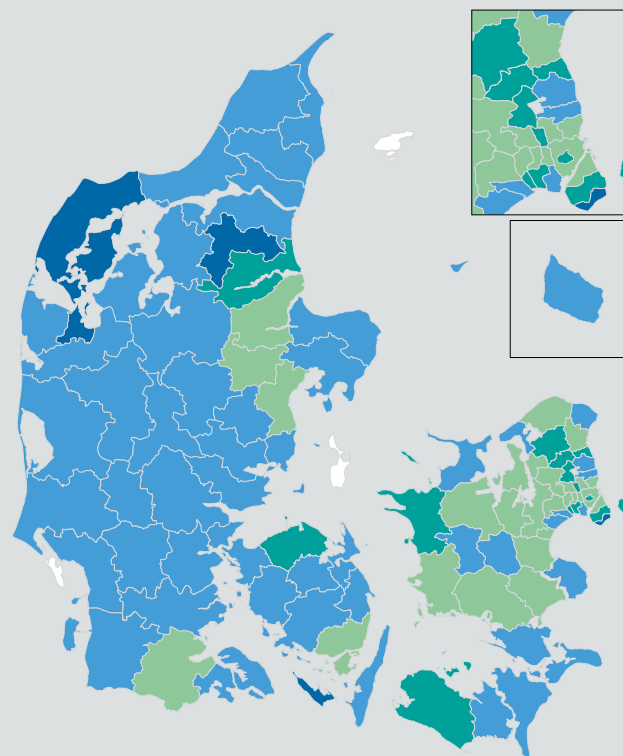
Udviklingen i fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, 2015-2016



- Betydelig positiv udvikling (over 2,5%)
- Positiv udvikling (0,01% til 2,5%)
- Neutral udvikling (0%)
- Negativ udvikling (0,01% til -2,5%)
- Betydelig negativ udvikling (Under 2,5%)

FIGUR 2

Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet set ift. landsgennemsnittet, 2013-2015



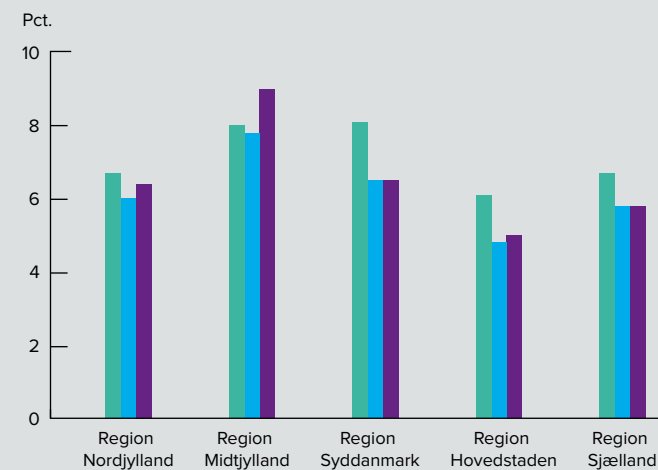
- Over 54%
- 50,1% til 54%
- 50% (landsgennemsnit)
- 36% til 49,9%
- Under 36%

Kilde til figur 1 og 2:
DRG-grupperet Landspatientregister og DREAM

Anm.:
Økommunerne Fanø, Læsø og Samsø er ikke vist.

FIGUR 3

Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres, andel af alle indlagte, pct.

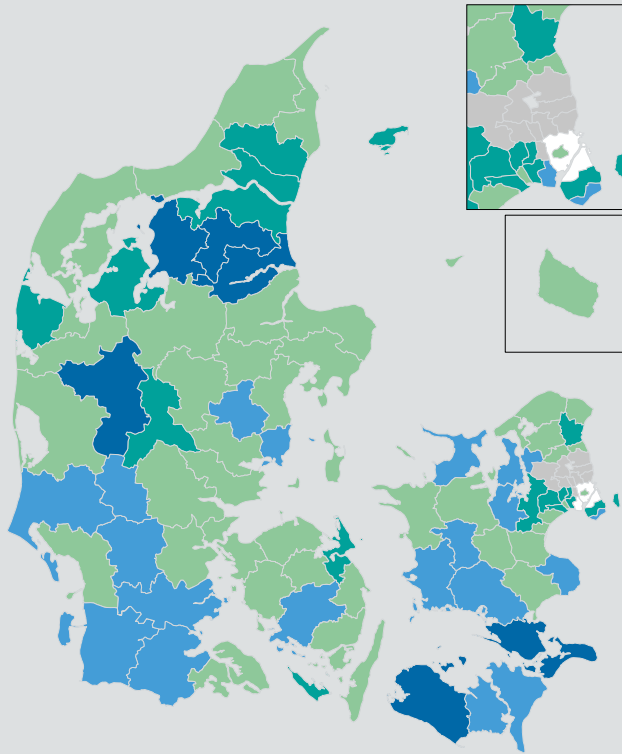


- 2016
- 2015
- 2014

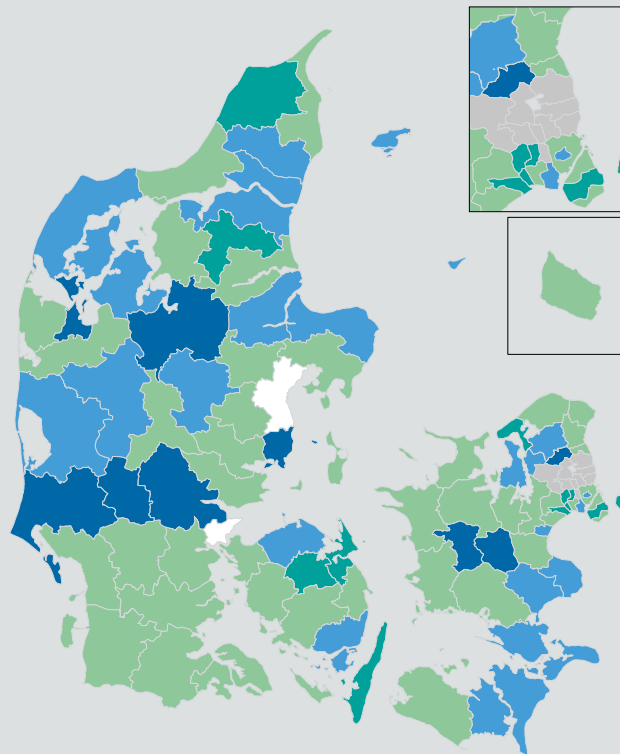
Kilde: Landspatientregisteret og Register over Anvendelse af Tvang i Psykiatrien, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 4

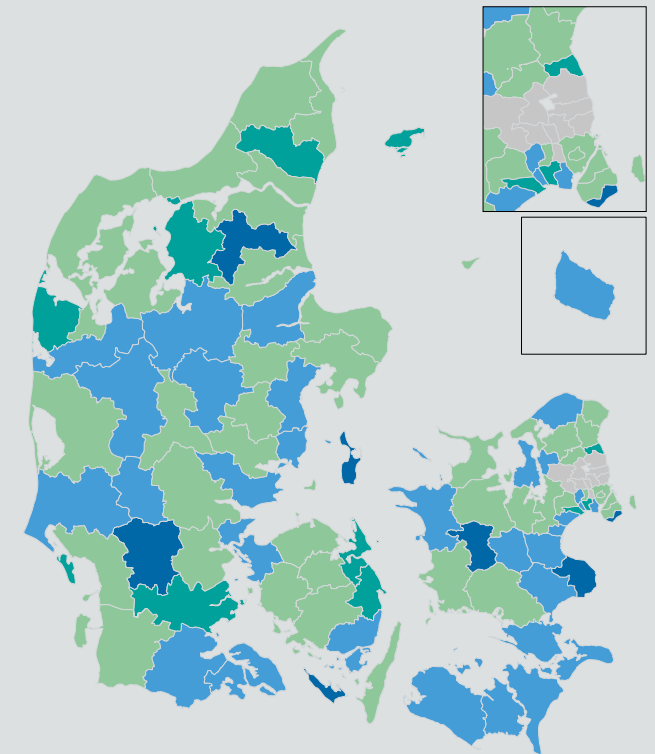
Udvikling i forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år), 2015-2016

**FIGUR 5**

Udvikling i akutte indlæggelser pr. diabetes-patient, 2015-2016

**FIGUR 6**

Udvikling i akutte indlæggelser pr. KOL-patient, 2015-2016



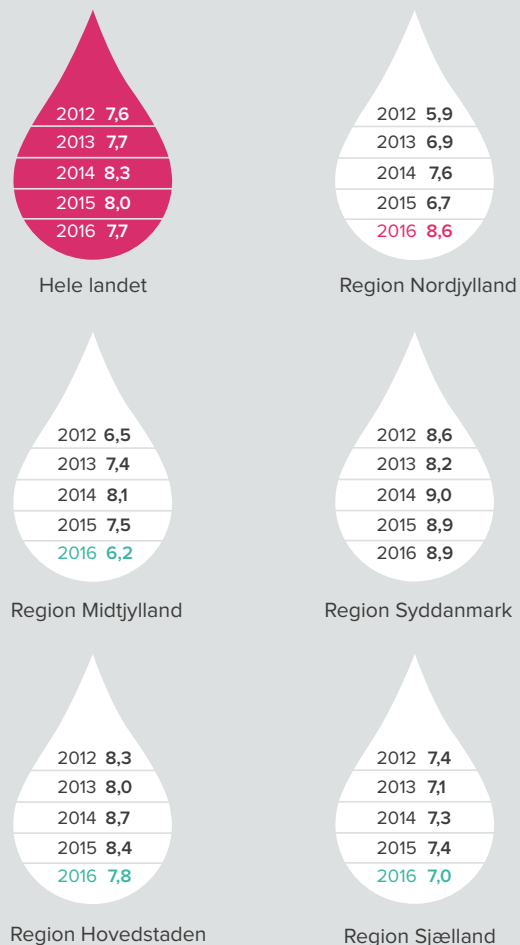
- Betydelig positiv udvikling (Under -10%)
- Positiv udvikling (-10% til -0,01%)
- Neutral udvikling (0%)
- Negativ udvikling (0,01% til 10%)
- Betydelig negativ udvikling (over 10%)
- Ikke offentliggjort, da tallene vurderes at være påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

Kilde til figur 4, 5 og 6:
Landspatientregistret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.:
Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.

FIGUR 7

Sygehusinfektioner (bakteriæmier),
antal pr. 10.000 risikodøgn



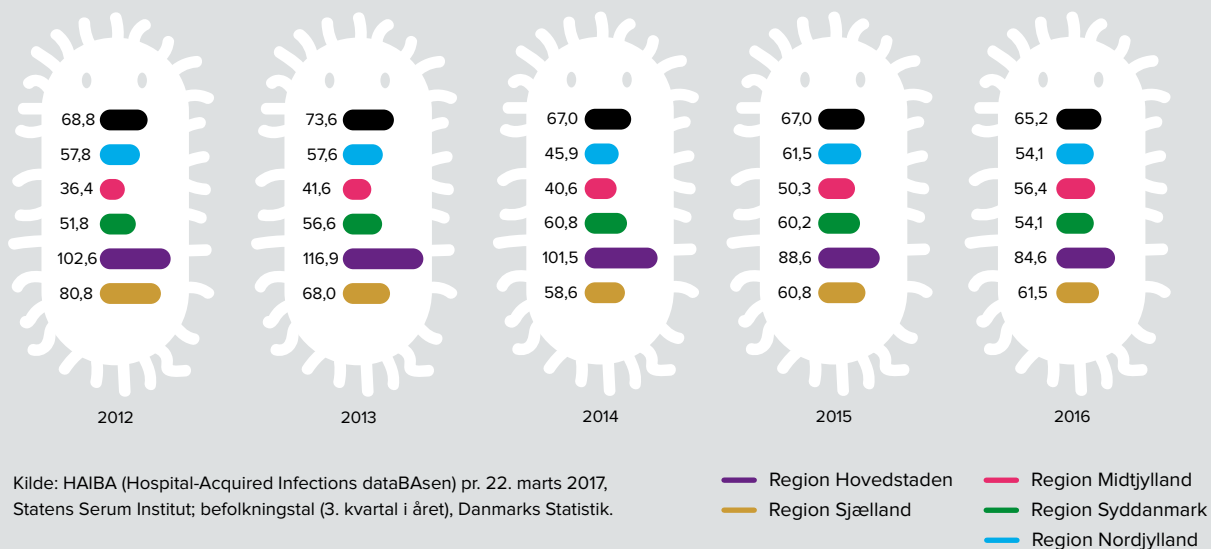
Kilde: HAIBA (Hospital-Acquired Infections dataBAasen) pr. 22. marts 2017, Statens Serum Institut.

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.

Grøn: positiv udvikling, Rød: negativ udvikling

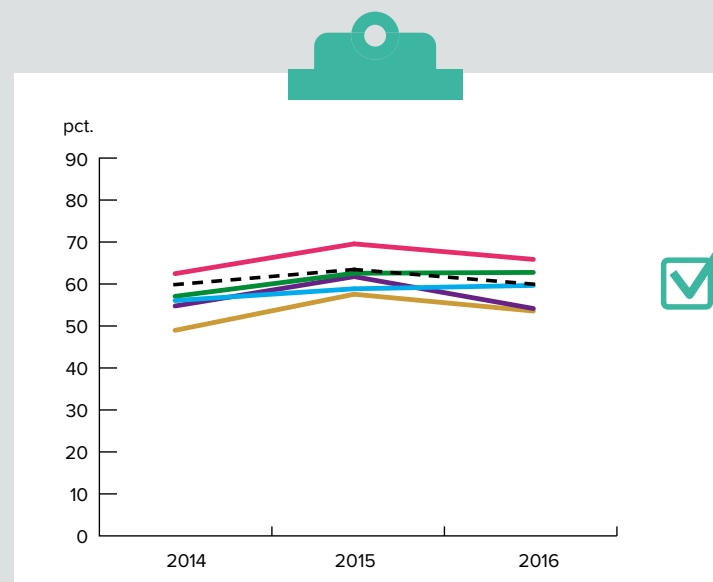
FIGUR 8

Sygehusinfektioner (clostridium difficile),
antal pr. 100.000 borgere



Kilde: HAIBA (Hospital-Acquired Infections dataBAasen) pr. 22. marts 2017, Statens Serum Institut; befolkningstal (3. kvartal i året), Danmarks Statistik.

Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Midtjylland
Region Syddanmark
Region Nordjylland

**FIGUR 9**

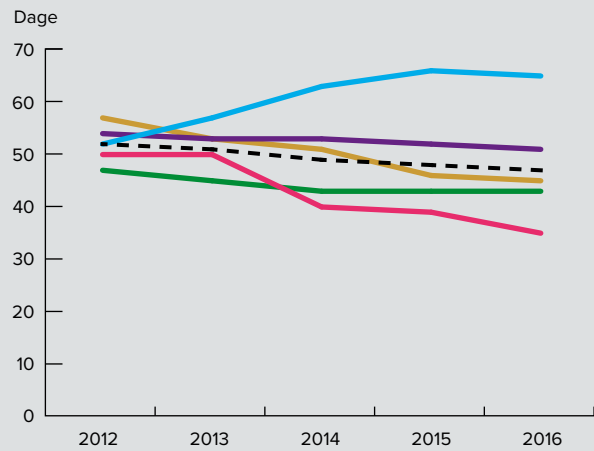
Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser, pct.

Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Midtjylland
Region Syddanmark
Region Nordjylland
Hele landet

Kilde: RKKP og Danske Regioner.

FIGUR 10

Ventetid, sygehusoperation, dage i gennemsnit

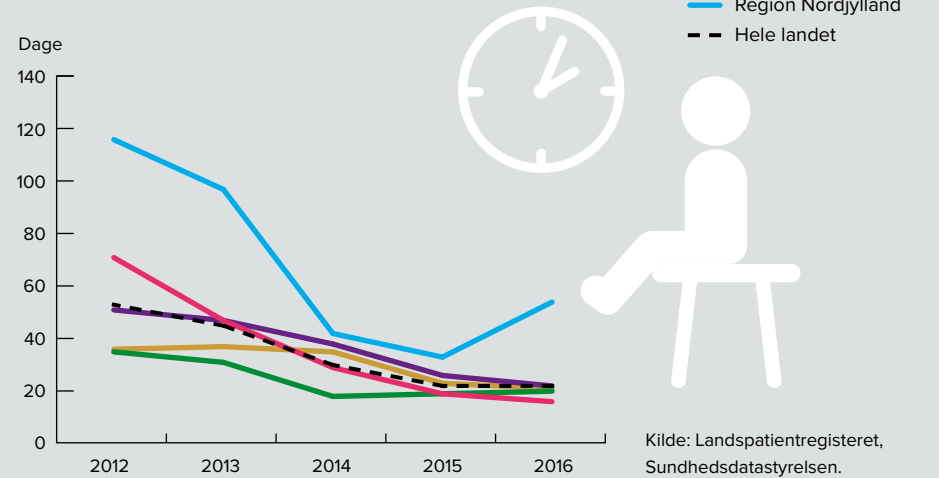


Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Anm.: Implementering af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden fra og med maj 2016 kan have indflydelse på opgørelsen.

FIGUR 11

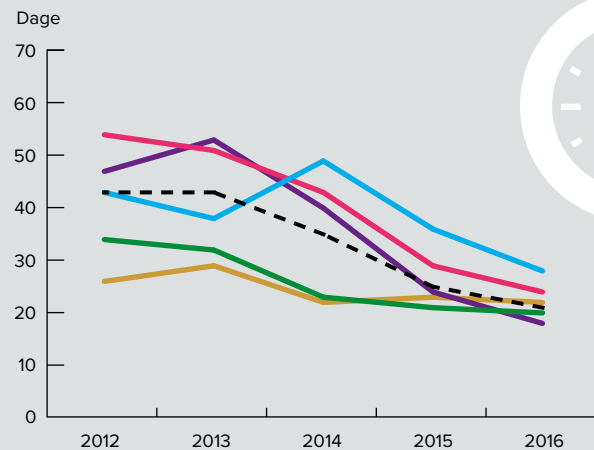
Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, børn og unge (0-18 år), dage i gennemsnit



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 12

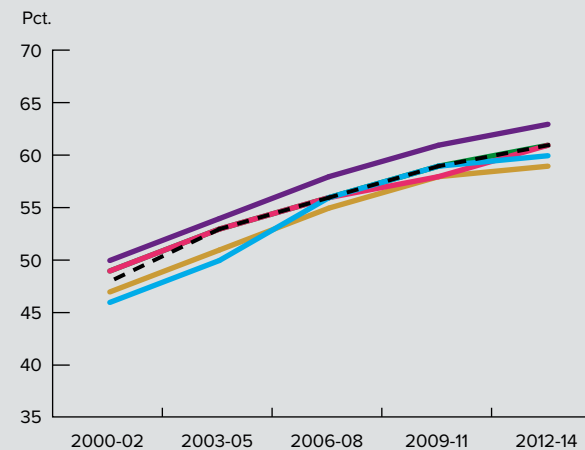
Ventetid i det psykiatriske sygehusvæsen, voksne (19+ år), dage i gennemsnit



Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

FIGUR 13

5-års overlevelse efter kræft, pct., 2000-2014



Kilde: Cancerregisteret, Sundhedsdatastyrelsen pr. 4. oktober 2016.

Anm.: 3-års perioder er årene for diagnose. Tallene er opgjort ekskl. anden hudkræft end modermærkekræft. Forskelle i brug af PSA-test ved prostatakræft i opgørelsesperioden samt indførelse af landsdækkende mammografiscreening for kvinder fra 2008 kan påvirke tallene (såkaldt "lead time" og "length time" bias), hvorfor sammenligninger over tid skal gøres med forbehold. Tallene er aldersstandardiserede.

BRED FORANKRING OG LOKALT EJERSKAB

Den lokale forankring af målene på de enkelte sygehusafdelinger, i de kommunale sundhedsindsatser og i praksissektoren er helt central for at sikre et løft af kvaliteten for patienterne. Her skal de nationale mål omsættes til konkrete lokale delmål og indsatser, så de bliver en meningsfuld og integreret del af sundhedspersonalets arbejde.

På den måde får personalet større frihed til at identificere de indsatser, der kan løfte kvaliteten for netop deres patienter. De nationale mål og aktiv brug af data skaber synlighed og transparens på tværs af regioner og kommuner og danner derigennem basis for benchmarking og gensidig læring, hvilket er til gavn for patienterne. Det kræver politisk fokus og ledelses- og medarbejder forankring.

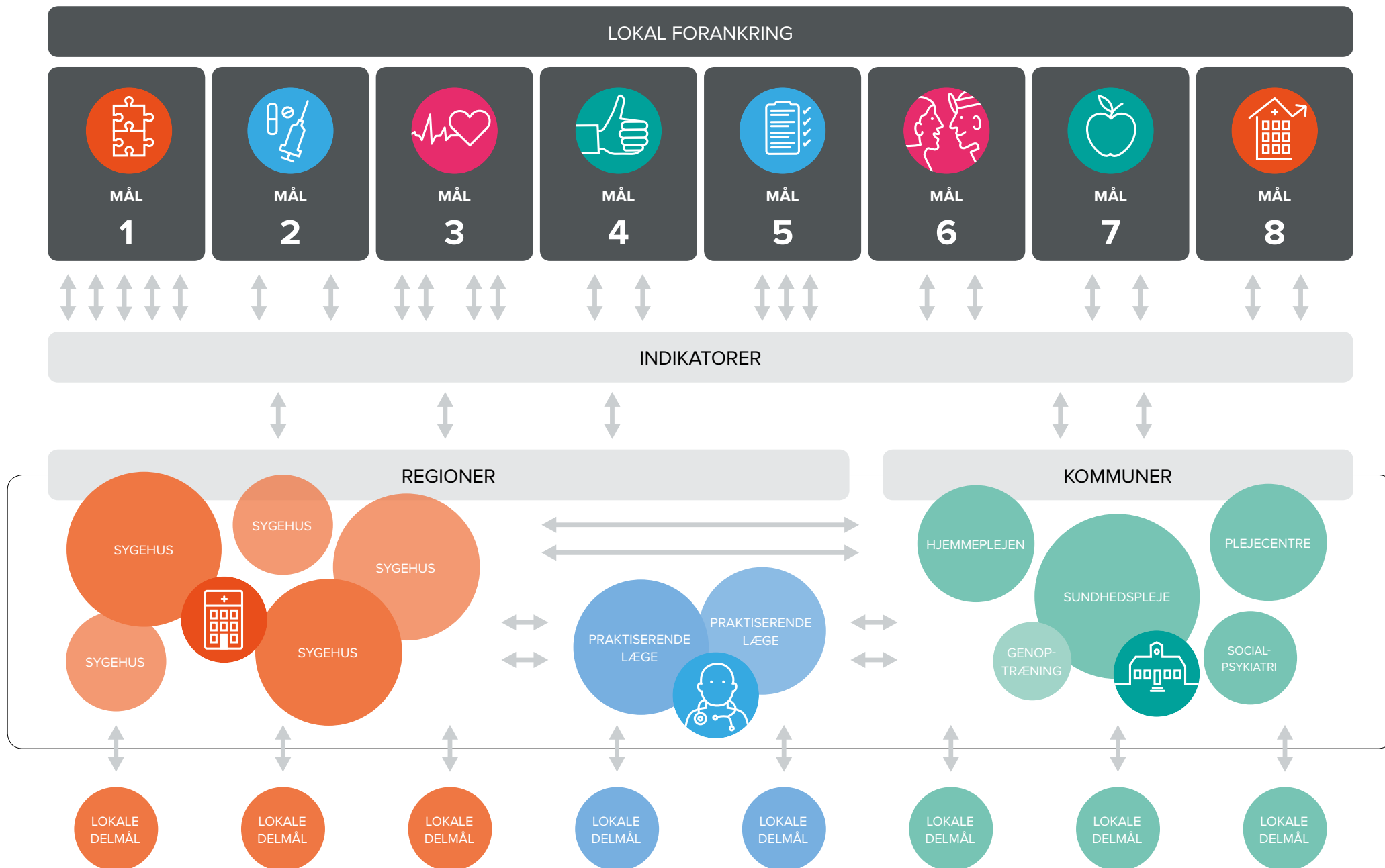


Den lokale forankring er et helt centralt omdrejningspunkt for arbejdet med de nationale mål. Det er derfor afgørende, at der fortsat er et stærkt fokus på at integrere arbejdet med kvalitetsforbedringer i det daglige arbejde på sygehusafdelingerne, i de kommunale sundhedsindsatser m.v.

Kvalitetsprogrammets Dialogpanel³ – bestående af relevante interessenter bl.a. Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, patientforeninger osv. – har bl.a. påpeget, at det er vigtigt, at medarbejderne har kendskab til de nationale mål, så de med afsæt heri kan være med til at definere lokale mål og indsatser, der er med til at løfte kvaliteten i forhold til de lokale udfordringer.

Det næste afsnit giver en række eksempler på, hvordan man lokalt i regioner og kommuner i det forgangne år har arbejdet med de nationale mål og skabt forbedringer af kvaliteten og dermed øge kvaliteten for borgeren.

3. Læs mere om Kvalitetsprogrammets Dialogpanel her:
<http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet/Dialogpanelet-for-kvalitetsprogrammet.aspx>



CASES PÅ LOKAL FORANKRING



Regional forankring

Regionerne anvender de nationale mål både i den enkelte regions kvalitetsarbejde og på tværs af regionerne. Danske Regioner udarbejder løbende nøgletal for udviklingen i de fem regioner, og Danske Regioners bestyrelse drøfter udvikling og resultater hvert kvartal. Læs mere herom på næste side.

I budgetaftalerne for 2017 beskrives i alle fem regioner en bevægelse mod værdibaseret styring, og de nationale mål indgår eksplicit som centralt element heri alle steder.

I hver enkelt region er de otte mål således sat sammen med de strategiske indsatser, der er politisk vedtaget. Målene integreres i styrings-modellernes strukturer for dialog og løbende opfølgning, hvor ambitionen er, at regionsråd og administrative niveauer har adgang til rettidig og beslutningsrelevant information om kvalitets- og serviceniveauer såvel som aktivitet og omkostninger. På de næste sider kan man læse mere om nogle af initiativerne i regionerne.

Kommunal forankring

Kommunerne samarbejder i de fem regioner om at opstille fælleskommunale mål for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Desuden arbejdes der i de enkelte kommuner med mål og indikatorer bl.a. med afsæt i de mål og indikatorer, som er besluttet i regi af sundhedsaftalerne. Disse mål tager afsæt i de nationale mål og indikatorer og har til formål at skabe en fælles retning i samarbejdet med regionen og for et styrket nært sundhedsvæsen. De 98 kommuner arbejder med de nationale mål i forskelligt omfang. På side 28-29 kan man læse mere om nogle af de kommunale initiativer.

REGIONERNE FØLGER UDVIKLINGEN PÅ TVÆRS

Danske Regioners bestyrelse har besluttet at drøfte udvikling og resultater hvert kvartal. Et af formålene med forankringen på politisk niveau er at se på, om der er mulighed for læring mellem regionerne og have fokus på, hvor regionerne kan hjælpe hinanden frem mod bedre resultater eller målopfyldelse, fx ved at have fokus på lægedækning i hele landet.

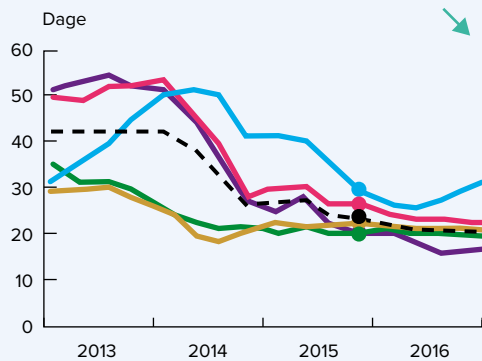
Hver region har indarbejdet indikatorerne for de nationale mål i deres ledelsesinformation, som anvendes til opfølgning, både på politisk og administrativt niveau i regionen og på sygehuse og afdelinger.

FAKTA

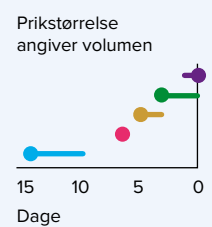
Alle kvalitetsindikatorerne følges tværregionalt efter dette KPI-koncept

Alle regioner arbejder med datadrevet forbedringsarbejde, som betyder at sygehuse og afdelinger har tilgængelig information om udvikling og resultater. En vigtig del af dette er ledelsesinformation, som klinikken kan handle på. Her har særligt overholdelse af patientrettigheder og kræftpakker været i fokus, eksempelvis med monitoring, "early warning" systemer mv.

Ventetid i voksenpsykiatri



Afstand fra bedste

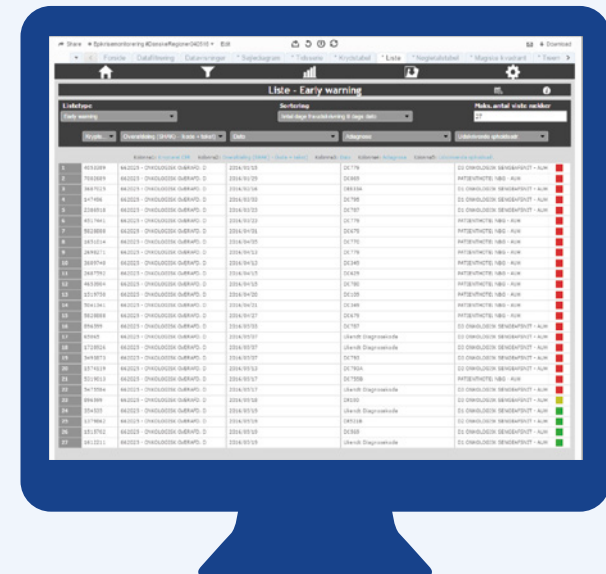


Seneste måling

- Region Hovedstaden 17
- Region Sjælland 20
- Region Midtjylland 21
- Region Syddanmark 23
- Region Nordjylland 30
- Hele landet 21

Grøn: Ønsket retning
 Afstand ml top og bund

Early warning lister giver fx et overblik over patienter, der venter på udredning, hvor rød angiver, at ventetiden er overskredet, gul at patienten har ventet i mere end 15 dage, og grøn at patienten har ventet i mindre end 15 dage.







TIDSTRO FEEDBACK FRA PATIENTER

Standere med spørgsmål til patienter giver personalet løbende feedback fra patienterne og data på aktuelle lokale indsatser.

I Region Hovedstaden indgår de nationale mål i regionens styring og konkrete initiativer er igangsat. Et eksempel på et af regionens indsatsområder er styrket patientinddragelse.

På snart alle hospitaler i Region Hovedstaden bliver patienterne spurgt om deres oplevelser i forbindelse med deres besøg eller indlæggelse. Patienterne skal svare på fem spørgsmål. Målingen er fleksibel, så de enkelte sygehusafsnit selv kan vælge de spørgsmål, som de aktuelt ønsker at have fokus på. Resultaterne bruges direkte i afsnittenes forbedringsarbejde.

Målingerne foregår hele tiden, og afsnittet kan løbende hente data ned. Det giver gode vilkår for en datadrevet udvikling at have viden om patienternes oplevelse af afsnittet lige her og nu.

For at kunne følge patienternes tilbagemeldinger på tværs af afsnit og for hele regionen, er der også spørgsmål til den generelle tilfredshed. De lokale spørgsmål, der vælges i afsnittet, sikrer den nære, kliniske relevans. De generelle spørgsmål viser retning på de store linjer.





TAVLEMØDER GIVER MULIGHED FOR AT KOORDINERE ARBEJDET MED KLINISK KVALITET

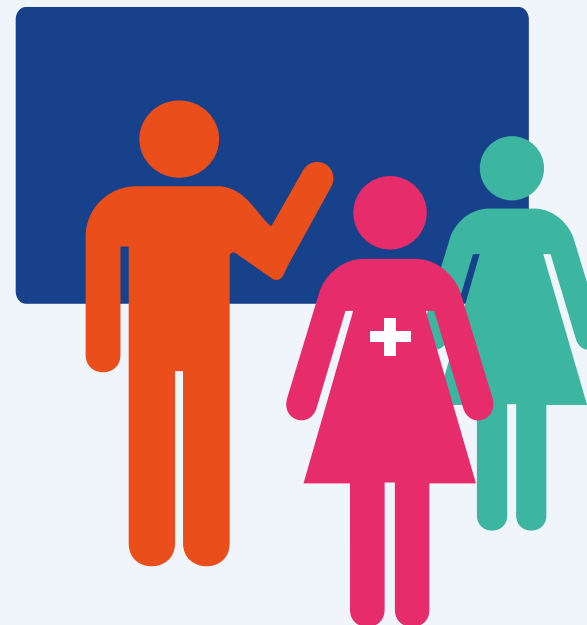
På ugentligt tavlemøde for direktion og afdelingsledelser om klinisk kvalitet får de enkelte afdelinger kendskab til andres indsatser. Det giver mulighed for at koordinere på tværs og gøre brug af hinandens kompetencer.

Sydvestjysk Sygehus afholder tavlemøde om klinisk kvalitet for afdelingsledelserne og direktionen en gang om ugen.

Alle de kliniske kvalitetsdatabaser, sygehuset indberetter til, har sin egen poster på tavlen, som indeholder:

- Resultatet fra seneste årsrapport – vist med rødt og grønt
- Resultatet fra sidste opdatering i ledelsesinformationssystemet – vist i rødt, gult og grønt.

Kvalitets- og Forbedringsafdelingen sørger for generering af data, og den ansvarlige afdelingsleder redegør for egne resultater ved tavlemødet og fortæller om evt. udfordringer. Derved får afdelingerne et bevidst forhold til databaser i eget regi, og de enkelte afdelinger får kendskab til andres udfordringer og indsatser.





DET MOBILE HOSPITAL LABORATORIUM

Det Mobile Laboratorium er et samarbejde mellem Sjællands Universitetshospital, Køge og Køge Kommune, hvor borgere har mulighed for at blive undersøgt i eget hjem. Formålet med projektet er at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser eller genindlæggelser.

Region Sjælland har integreret de nationale mål i ledelsesinformationen, og igangsat initiativer til at opnå bedre resultater fx inden for den styrkede indsats for mennesker med kronisk sygdom og ældre patienter. Et konkret eksempel på et initiativ, der har til formål at nedbringe de forebyggelige indlæggelser, er Det Mobile Laboratorium.

Det Mobile Laboratorium er et projekt mellem Sjællands Universitetshospital, Køge og Køge Kommune. Projektet løber indtil september 2017.

Det Mobile Laboratorium er et udekørende laboratorium, som er bemanded af en bioanalytiker fra Klinisk Biokemisk Afdeling og en akutsygeplejerske ansat af Køge Kommune.

Det Mobile Laboratorium er fuldt udstyret med moderne apparatur til blod- og urinanalyser og kan analysere de hyppigst anvendte analyser. Derudover er der mulighed for at tage hjertediagram, måle iltindhold i blodet og udføre lungefunktionsundersøgelse.

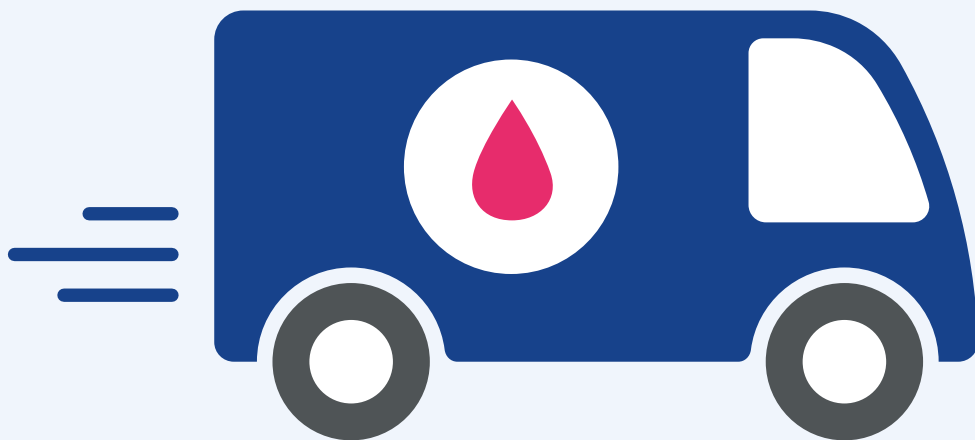
Mens sygeplejersken taler med borgeren tager, bioanalytikerens diverse prøver og analyserer prøverne. Når resultaterne foreligger, som regel efter mindre end 30 minutter, kan den praktiserende læge i fællesskab med akutsygeplejersken beslutte, om patienten skal indlægges eller behandles i eget hjem.

Det første år har laboratoriet besøgt ca. 550 borgere. Samtlige praktiserende læger i Køge Kommune har benyttet ordningen, og af de første 550 tilsete borgere blev ca. 64% behandlet i deres eget hjem, 27% blev indlagt indenfor 24 timer, og 9% blev indlagt indenfor 7 dage.

Det er ambitionen, at ordningen på sigt skal dække flere kommuner.

Læs mere her:

<http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/koesygehus/afdelinger/klinisk-biokemisk-afdeling/afsnit-og-funktioner/Sider/mobil-laboratorium.aspx>





DE NATIONALE MÅL GØRES LOKALE FOR AT MÅLRETTE INDSATSERNE

I Region Midtjylland nedbrydes de otte nationale mål til konkrete, synlige og håndterbare initiativer lokalt for at sikre fælles forståelse af strategier og fremme afdelingernes arbejde med målene.

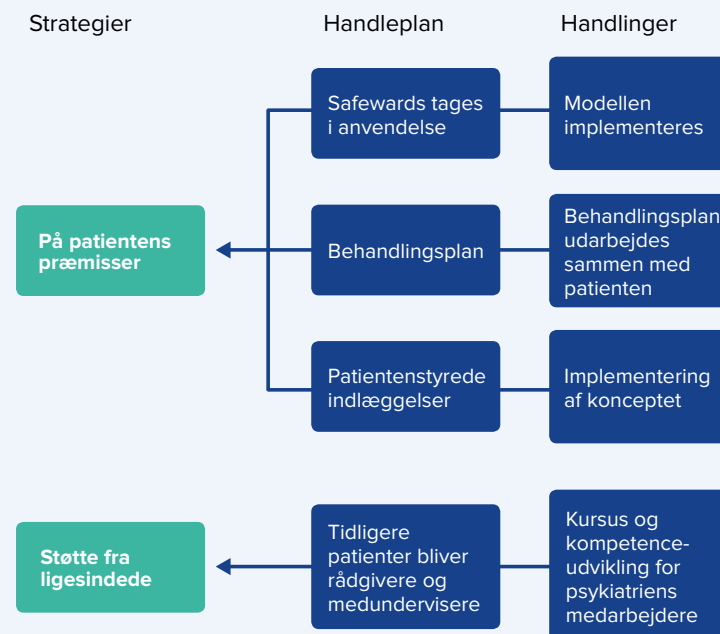
I Region Midtjylland er der opmærksomhed på at sikre, at de nationale mål, som i Region Midtjylland er overført til et regionalt målbillede, ikke blot skal være overordnede målsætninger. Der skal skabes en lokal mening og forståelse af målene, så det er tydeligt for ledelse og medarbejdere, hvordan målene forstås, og hvordan der arbejdes med dem. Det er vigtigt, at denne mening skabes lokalt under hensyn til, hvad der er vigtigt for den konkrete patientgruppe.

Et af værktøjerne til denne operationalisering er driverdiagrammer. I driverdiagrammerne nedbrydes målene først til strategier og derefter til konkrete handlinger. Med nedbrydningen bliver de overordnede målsætninger specificeret til konkrete handlinger, som afdelingen selv eller i samarbejde med administrationerne kan udfolde. Det tydeliggøres også, om handlingen er noget, der allerede gøres, noget der skal sættes i gang eller skal udvikles.

I psykiatrien i Region Midtjylland betyder det fx, at målet om øget patientinddragelse bliver til handlinger.

Driverdiagrammerne giver en fælles forståelse hos både klinik og administration af, hvordan der skal arbejdes med målene, og det bliver dermed klart, hvad der forventes.

MÅL: Øget patientinddragelse, 2017





FORBEDRING I REGION NORDJYLLAND

Forbedring i Region Nordjylland understøtter målopfyldelse ift. de nationale mål og indikatorer på de nordjyske hospitaler

'Forbedring' betegner Region Nordjyllands arbejde med at skabe værdi for patienten gennem systematiske forbedringsindsatser. Forbedrings overordnede målsætning er at skabe værdi for patienterne i form af effektive og sikre patientforløb med respekt for patienternes tid.

For at gennemføre strategiske mål arbejder Region Nordjylland systematisk med forbedringer.

Det har regionen beskrevet i en model, der viser samspillet mellem de strategisk besluttede indsatser og det konkrete forbedringsarbejde i forskellige dele af organisationen

Projektbølgerne kører tre gange om året – et om foråret, et om efteråret og et om vinteren – og hver projektperiode strækker sig over fire måneder. Tre gange om året mødes hospitalsledelsen og udvælger de projekter, som skal med i næste projektbølge.

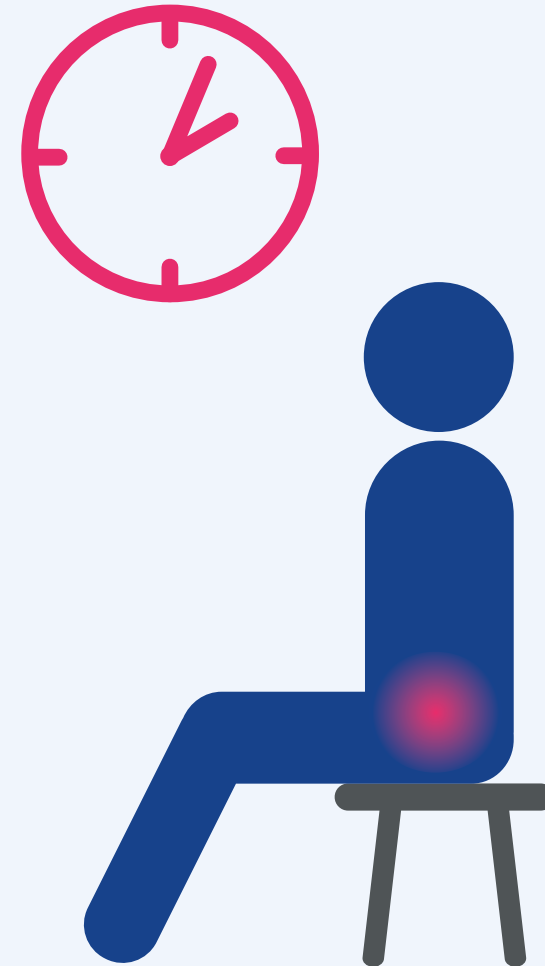
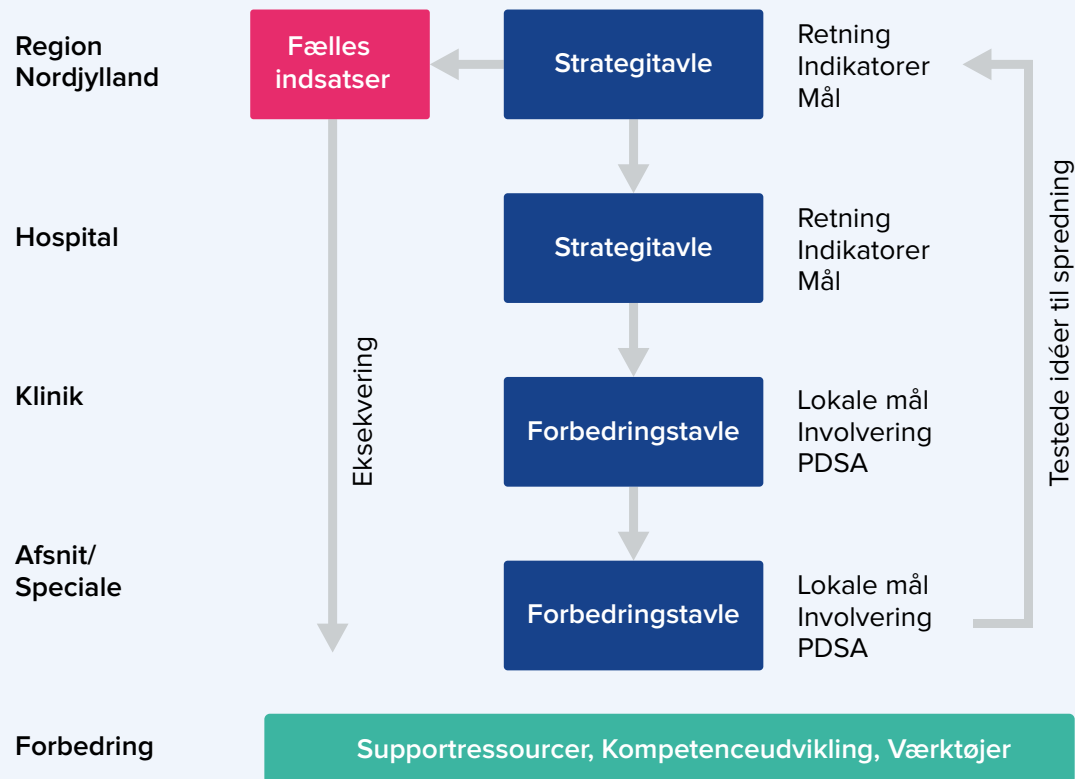
De indsatser, som regionen arbejder målrettet efter, kaldes politiske målsætninger. Indsatserne er forankret i de nationale mål inden for 1) Behandling (ventetider til operation og behandling) 2) Udredning og 3) Kræftpakker.

Læs mere om indsatserne her:

Udredningstid på Børne-ungeambulatoriet, Regionshospital Nordjylland

Fast track for patienter med hoftenære brud

Den Nordjyske Model





HVIDOVRE KOMMUNE SÆTTER FOKUS PÅ SAMMENHÆNGENDE FORLØB

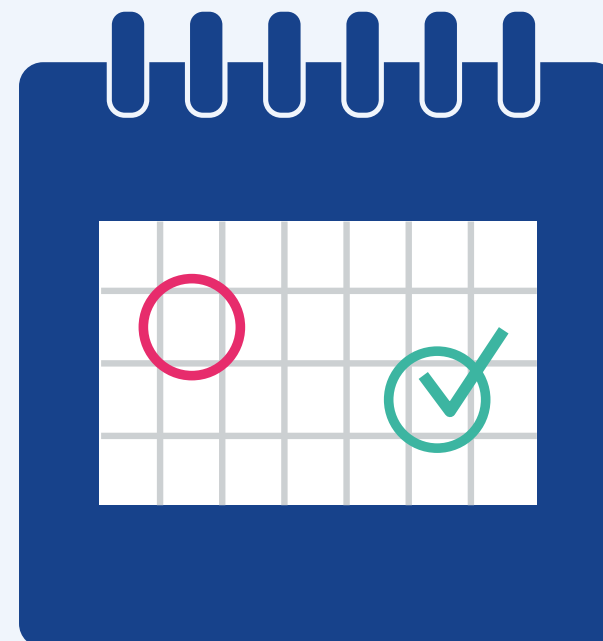
I Hvidovre Kommune har kommunalbestyrelsen som en del af budgetaftalen sat politisk fokus på sammenhængende patientforløb. Konkret har de iværksat initiativer rettet mod at bidrage til nedbringelse af somatiske færdigbehandlingsdage på sygehuse.

Den strategiske indsats omfatter udvidelse af antallet af midlertidige døgnpladser fra 25 pladser til 46 pladser samt udvidelse af kapaciteten i kommunens udskrivningskoordination og øget bevillingskompetence til udskrivningskoordinatorerne.

Den løbende opfølgning har synliggjort, at der er behov for øget fokus på kerneopgaver, koordinering og dialog i udskrivningsaksen. Indsatsen fokuserer på pladsstyring, der giver et samlet overblik over de midlertidige pladser, og borgere der venter på en midlertidig plads – enten fra hospital eller fra eget hjem. Overblikket opdateres dagligt af udskrivningskoordinatorerne i visitationen og af ressourceperson på de midlertidige pladser. Herudover er der forstærket fokus på flow og kapacitetsudnyttelse på de midlertidige pladser.

Det betyder, at der så tidligt som muligt træffes beslutning om varigheden af opholdet, og at der er styrket fokus på at involvere borgere og pårørende i borgerens individuelle plan.

Hvidovre Kommune har efter en målrettet strategisk implementering af de nationale mål, reduceret i antallet af færdigbehandlingsdage i 2017.





SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB MED AFSÆT I DATADREVET LEDELSE

Halsnæs Kommune arbejder målrettet med at skabe sammenhængende patientforløb bl.a. på baggrund af datadrevet ledelse.

Der er nedsat en tværgående arbejdsgruppe med repræsentanter fra relevante fagområder og økonomi, som mødes hver tredje måned og sætter fokus på det nære sundhedsvæsen. På møderne behandles en række temaer, herunder udviklingen af nationale indikatorer som fx færdigbehandlingsdage og genindlæggelser fordelt på aldersgrupper.

På baggrund af ledelsesinformationen tematiseres emner, der har betydning for den forebyggende indsats. Det kan eksempelvis være kompetenceudvikling, ernæringsindsats, borgere i palliative forløb m.m.

Supplerende til den generelle ledelsesinformation gennemføres brugertilfredshedsundersøgelser på en række rehabiliteringstilbud, herunder til KOL, Type2Diabetes, hjerte/kar-sygdomme og kræft. Resultaterne anvendes til at tilpasse indholdet i tilbuddene.



SILKEBORG KOMMUNE HAR FOKUS PÅ TIDLIG OPSPORING

I Silkeborg Kommune er de nationale mål bl.a. omsat ved systematisk at prioritere tidlig opsporing.

I Silkeborg Kommune medvirker hverdagsobservationer til en tidligere iværksættelse af pleje og behandling af borgerne. Kvaliteten af omsorgen øges, hvilket afspejles i bl.a. forebyggelse af svære sygdomsforløb, reduktion i risiko for store funktionsnedsættelser og øget fokus på forebyggelse af både fysisk og mental sundhed.

Den tidlige opsporing er en indsats, der bidrager til at undgå genindlæggelser. Der anvendes forskellige digitale værktøjer, der understøtter målgrupperne.



TABEL 2 Oversigt over kommunernes resultater for udvalgte indikatorer, udvikling 2015-2016

REGION HOVEDSTADEN	AKUTTE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GEN- OPTRÆNING, DAGE	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT.	FASTHOLDELSE AF PSYKISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 KOL-PATIENT	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT	FOREBYGGE- LIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 ÆLDRE	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTI- PSYKOTIKA, PCT.	MIDDEL- LEVETID	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2013)
ALBERTSLUND KOMMUNE	6,7 ↗	21 ↘	2,3 ↗	83,2 ↗	52,6	808 ↘	448 ↗	65,5 ↗	26,5 ↗	80,6 ↗	16,5 ↗
ALLERØD KOMMUNE	7,2 ↘	10 ↗	3,7 ↗	83,9 ↘	54,6	545 ↗	426 ↘	56,0 ↗	25,4 ↗	82,4 ↗	9,7 ↗
BALLERUP KOMMUNE	6,7 ↘	9 ↗	**	82,8 ↗	50,5	**	**	**	21,0 ↗	80,1 ↗	16,7 ↗
BORNHOLM KOMMUNE	6,8 ↘	14 ↗	0,8 ↗	80,1 ↗	46,8	698 ↘	426 ↗	67,2 ↗	34,9 ↗	79,5 ↗	15,8 ↗
BRØNDBY KOMMUNE	6,3 ↗	17 ↗	**	83,7 ↗	54,2	656 ↗	452 ↗	83,9 ↗	23,8 ↗	79,5 ↗	19,4 ↗
DRAGØR KOMMUNE	5,8 ↘	18 ↘	**	81,6 ↘	34,2	636 ↘	380 ↗	72,3 ↘	28,3 ↘	81,8 ↗	12,9 ↗
EGEDAL KOMMUNE	6,6 ↘	*	**	83,9 ↗	53,7	**	**	**	18,4 ↗	82,1 ↗	12,8 ↗
FREDENSBORG KOMMUNE	8,8 ↗	14 →	13,0 ↘	84,9 ↗	51,3	641 ↗	427 ↗	64,1 ↗	29,1 ↗	81,5 ↗	13,8 ↗
FREDERIKSBERG KOMMUNE	7,1 ↘	13 ↗	**	86,2 ↗	58,8	742 ↗	455 ↘	88,0 ↗	24,3 ↘	80,6 ↗	12,4 ↗
FREDERIKSSUND KOMMUNE	10,2 ↘	13 →	2,7 ↗	84,7 ↗	52,5	751 ↘	511 ↘	90,0 ↘	23,0 ↘	79,6 ↗	14,2 ↗
FURESØ KOMMUNE	4,9 ↘	7 ↗	**	84,2 ↘	60,3	**	**	**	17,4 ↗	82,4 ↗	10,6 ↗
GENTOFTE KOMMUNE	4,4 ↘	12 ↘	**	86,3 ↗	51,2	**	**	**	18,2 ↗	82,9 ↗	10,1 ↗
GLADSAXE KOMMUNE	7,2 ↘	20 ↘	**	84,6 ↗	52,1	**	**	**	19,9 ↘	79,8 ↗	16,2 ↗
GLOSTRUP KOMMUNE	6,5 ↗	12 ↘	6,1 ↘	82,6 ↘	50,6	766 ↗	449 ↗	68,7 ↗	30,0 ↘	80,4 ↗	14,5 ↗
GRIBSKOV KOMMUNE	9,0 ↗	12 ↗	13,9 ↘	83,4 ↗	51,5	732 ↘	472 ↗	70,2 ↗	28,6 ↘	80,2 ↘	17,5 ↗
HALSNÆS KOMMUNE	10,7 ↘	13 ↗	15,6 ↘	83,1 ↗	48,4	780 ↗	480 ↗	79,1 ↗	30,8 ↘	78,7 ↘	18,1 ↗
HELINGØR KOMMUNE	9,2 ↗	35 ↘	6,7 ↗	81,8 ↘	47,8	666 ↗	448 ↗	68,0 ↗	24,0 ↗	80,4 ↗	16,6 ↗
HERLEV KOMMUNE	7,9 ↘	30 ↘	**	85,2 ↗	54,7	**	**	**	15,8 ↘	79,8 ↗	16,5 ↗
HILLERØD KOMMUNE	10,2 ↘	15 ↗	13,1 ↘	84,5 ↘	58,2	713 ↗	497 ↘	67,5 ↗	21,0 ↗	81,3 ↗	13,2 ↗
HVIDOVRE KOMMUNE	6,4 ↘	16 ↗	**	83,4 ↗	46,6	699 ↘	492 ↘	89,8 →	22,2 ↘	80,2 ↗	17,0 ↗
HØJE-TAASTRUP KOMMUNE	6,7 ↗	16 ↘	**	82,7 ↘	53,0	766 ↗	451 ↗	66,1 ↗	26,1 ↘	79,9 ↗	18,6 ↗
HØRSHOLM KOMMUNE	7,3 ↘	8 ↗	0,9 ↗	84,9 ↗	58,7	516 ↗	382 ↗	53,9 ↗	27,9 ↘	82,4 ↗	10,4 ↗
ISHØJ KOMMUNE	6,7 ↗	15 ↘	1,1 ↘	80,1 ↘	48,5	762 ↗	471 ↗	81,4 ↗	22,8 ↘	78,7 ↗	18,8 ↗
KØBENHAVN KOMMUNE	6,7 ↘	13 ↗	10,4 ↗	82,2 ↘	51,6	719 ↗	453 ↗	87,9 →	20,4 ↘	78,3 ↗	16,3 ↗
LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE	5,3 ↘	13 ↘	**	86,2 ↗	47,5	**	**	**	19,2 ↘	82,2 ↘	9,5 ↗
RUDERSDAL KOMMUNE	5,1 ↘	14 →	**	85,0 ↗	47,8	**	**	**	19,9 ↗	82,7 ↗	8,5 ↗
RØDOVRE KOMMUNE	6,6 ↘	14 ↗	**	82,0 ↘	53,8	**	**	**	26,9 ↘	79,7 ↗	17,1 ↗
TÅRNBY KOMMUNE	6,1 ↘	18 ↘	25,4 ↗	83,7 ↗	55,4	660 ↗	458 ↗	80,3 ↗	25,3 ↘	79,9 ↗	16,7 ↗
VALLENSBÆK KOMMUNE	6,6 ↘	14 →	12,3 ↗	86,1 ↗	56,3	882 ↘	380 ↗	66,8 ↗	25,4 ↘	81,2 ↗	13,7 ↗

* Data mangler, ** Ikke offentliggjort, da tallet vurderes at være for påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

¹ Farvemærkingen er alene ift. placering ift. landsgennemsnittet

Forsat

REGION MIDTJYLLAND	AKUTTE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GEN- OPTRÆNING, DAGE	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT	FASTHOLDELSE AF PSYKISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 KOL-PATIENT	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT	FOREBYGGE- LIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 ÆLDRE	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTI- PSYKOTIKA, PCT.	MIDDEL- LEVETID	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2013)
FAVRSKOV KOMMUNE	8,6 ↗	9 →	0,6 ↘	78,7 ↘	52,0 ↗	473 ↗	361 ↗	47,5 ↗	22,8 ↗	81,7 ↗	17,8 ↗
HEDENSTED KOMMUNE	6,3 ↗	11 →	0,5 ↗	82,0 ↗	45,1 ↗	531 ↘	296 ↗	59,4 ↗	19,3 ↘	81,2 ↗	17,6 ↗
HERNING KOMMUNE	4,2 ↘	11 →	2,7 ↘	79,6 ↗	41,0 ↗	489 ↗	317 ↘	50,0 ↘	20,0 ↗	81,0 →	16,3 ↗
HOLSTEBRO KOMMUNE	4,8 ↗	17 ↘	0,6 ↘	82,5 ↗	41,4 ↗	585 ↘	363 ↗	63,3 ↗	25,4 ↗	80,9 ↗	18,5 ↗
HORSENS KOMMUNE	8,6 ↘	15 ↘	1,2 ↘	79,2 ↗	44,2 ↗	562 ↗	355 ↗	71,1 ↗	16,4 ↘	80,7 ↗	20,7 ↗
IKAST-BRANDE KOMMUNE	4,0 ↗	14 →	1,1 ↘	78,3 ↗	45,8 ↗	465 ↗	295 ↗	44,7 ↗	18,5 ↗	80,9 ↗	19,5 ↗
LEMVIG KOMMUNE	4,8 ↗	4 ↘	0,6 ↗	76,0 ↘	49,9 ↗	471 ↗	350 ↗	45,8 ↗	26,8 ↗	80,4 ↗	20,7 ↗
NORDDJURS KOMMUNE	9,8 ↘	13 →	0,1 ↗	76,9 ↘	37,1 ↗	460 ↗	365 ↘	47,3 ↗	22,4 ↘	79,4 ↗	19,4 ↗
ODDER KOMMUNE	6,1 ↗	15 ↗	4,6 ↘	80,3 ↗	48,2 ↗	574 ↘	326 ↘	68,6 ↘	17,1 ↘	81,3 ↗	16,8 ↗
RANDERS KOMMUNE	11,3 ↘	16 ↘	0,2 →	78,5 ↘	50,1 ↗	611 ↘	400 ↘	50,3 ↗	17,5 ↘	79,8 ↗	18,9 ↗
RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE	3,8 ↗	13 ↘	3,6 ↘	78,2 ↘	44,2 ↗	451 ↗	326 ↘	47,8 ↗	22,5 ↘	81,0 →	18,2 ↗
SAMSØ KOMMUNE	2,9 ↘	*	0,3 ↗	77,7 ↗	*	401 ↘	346 ↗	41,7 ↗	*	*	22,6 ↗
SILKEBORG KOMMUNE	7,9 ↘	13 →	0,3 ↗	79,4 ↘	38,4 ↗	580 ↘	399 ↘	58,8 ↗	15,6 ↘	81,2 ↗	14,0 ↗
SKANDERBORG KOMMUNE	6,1 ↗	13 →	0,6 ↘	80,7 ↗	43,2 ↗	469 ↗	310 ↗	60,9 ↘	16,4 ↘	81,7 →	16,0 ↗
SKIVE KOMMUNE	8,0 ↘	15 ↘	0,0 ↗	78,9 ↗	45,7 ↗	533 ↗	401 ↘	38,8 ↗	17,9 ↘	80,6 ↗	17,7 ↗
STRUER KOMMUNE	4,5 ↗	14 ↘	3,0 ↘	79,6 ↗	29,2 ↗	482 ↗	356 ↘	50,1 ↗	19,5 ↘	80,7 ↗	17,8 ↗
SYDDJURS KOMMUNE	8,3 ↗	10 ↗	0,6 ↗	78,0 ↘	44,3 ↗	522 ↗	370 ↗	47,6 ↗	17,4 ↗	81,6 ↗	18,3 ↗
VIBORG KOMMUNE	9,3 ↘	14 ↗	0,5 ↘	80,5 ↘	41,6 ↗	633 ↘	425 ↘	39,3 ↗	16,8 ↘	81,2 ↗	17,3 ↗
AARHUS KOMMUNE	5,4 ↘	16 →	8,7 ↘	82,0 ↗	50,6 ↗	517 ↘	322 ↗	59,5 ↗	17,2 ↘	81,1 ↗	14,7 ↗

* Data mangler, ** Ikke offentliggjort, da tallet vurderes at være for påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

¹ Farvemarkeringen er alene ift. placering ift. landsgennemsnittet

Forsat

REGION NORDJYLLAND	AKUTTE GENIND- LÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GEN- OPTRÆNING, DAGE	SOMATISK FÆRDIG- BEHANDLINGS- DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT	FASTHOLDELSE AF PSYKISK SYGE PÅ ARBEJDS- MARKEDET, PCT. ¹	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 KOL-PATIENT	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT	FOREBYGGE- LIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 ÆLDRE	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTI- PSYKOTIKA, PCT.	MIDDEL- LEVETID	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2013)
BRØNDERSLEV KOMMUNE	3,2 ↗	14 →	2,6 ↘	77,0 ↗	43,4	384 ↗	273 ↘	45,2 ↗	11,7 ↗	80,2 ↗	16,8 ↗
FREDERIKSHAVN KOMMUNE	2,6 ↘	10 ↗	0,6 ↗	74,4 ↘	42,1	436 ↗	283 ↗	54,0 ↗	20,7 ↘	79,9 ↗	19,4 ↗
HJØRRING KOMMUNE	2,7 ↘	11 ↘	1,2 ↘	77,9 ↗	43,3	486 ↗	283 ↗	59,8 ↗	15,2 ↗	80,8 ↗	18,2 ↗
JAMMERBUGT KOMMUNE	5,0 ↗	20 ↘	2,6 ↗	77,4 ↗	37,3	469 ↗	311 ↗	61,1 ↗	15,6 ↗	80,5 ↗	18,2 ↗
LÆSØ KOMMUNE	2,5 ↘	6 ↗	0,0 →	90,1 ↗	*	296 ↗	231 ↘	32,2 ↗	*	*	17,9 ↗
MARIAGERFJORD KOMMUNE	5,9 ↗	15 ↗	2,6 ↘	78,9 ↗	55,3	483 ↗	299 ↗	42,5 ↘	15,6 ↘	80,3 ↗	19,0 ↗
MORSØ KOMMUNE	8,5 ↘	15 →	0,5 ↘	79,1 ↘	35,7	614 ↗	456 ↘	70,8 ↗	19,4 ↘	79,8 ↗	20,9 ↗
REBILD KOMMUNE	5,4 ↗	6 ↗	3,5 ↘	78,2 ↗	35,3	568 ↘	262 ↗	42,5 ↘	13,3 ↘	80,7 ↘	13,7 ↗
THISTED KOMMUNE	8,3 ↘	15 ↘	0,0 ↗	82,3 ↗	35,5	664 ↗	454 ↘	82,2 ↗	18,1 ↘	79,7 ↗	17,9 ↗
VESTHIMMERLANDS KOMMUNE	6,1 ↗	9 ↗	0,6 ↗	76,5 ↘	36,8	381 ↗	286 ↗	35,2 ↘	18,4 ↗	80,5 →	18,1 ↗
AALBORG KOMMUNE	5,5 ↗	15 ↗	5,0 ↗	76,8 ↘	44,6	454 ↗	289 ↘	39,3 ↗	15,9 →	80,4 ↗	14,9 ↗

* Data mangler, ** Ikke offentliggjort, da tallet vurderes at være for påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

¹ Farvemarkeringen er alene ift. placering ift. landsgennemsnittet

Forsat

REGION SJÆLLAND	AKUTTE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT	FASTHOLDELSE AF PSYKISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. ¹	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 KOL-PATIENT	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 ÆLDRE	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTI-PSYKOTIKA, PCT.	MIDDEL-LEVETID	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2013)
FAXE KOMMUNE	8,8 ↘	7 ↘	1,3 ↘	80,8 ↗	52,2	567 ↘	389 ↘	61,4 ↗	13,8 ↘	79,7 ↗	17,4 ↗
GREVE KOMMUNE	9,4 ↘	11 →	4,3 ↘	83,3 ↘	46,0	553 ↘	347 ↗	59,9 ↗	14,6 ↘	80,7 ↗	16,4 ↗
GULDBORGSUND KOMMUNE	9,3 ↗	13 ↗	5,4 ↘	79,6 ↗	47,7	657 ↘	428 ↘	59,2 ↘	19,1 ↘	78,5 ↗	18,6 ↗
HOLBÆK KOMMUNE	8,9 ↘	12 ↗	5,0 ↗	82,7 ↗	50,7	616 ↗	403 ↗	69,3 ↗	14,0 ↗	80,1 ↗	18,6 ↗
KALUNDBORG KOMMUNE	8,6 ↘	16 →	1,4 ↘	82,6 ↘	54,3	620 ↘	379 ↗	59,9 ↗	19,5 ↘	79,4 ↗	18,8 ↗
KØGE KOMMUNE	9,5 ↘	9 ↗	6,3 ↗	84,2 ↗	52,1	596 ↘	366 ↗	62,1 ↗	19,0 ↘	80,5 ↗	17,3 ↗
LEJRE KOMMUNE	8,7 ↘	10 ↗	0,8 ↗	83,0 ↘	50,3	550 ↗	369 ↗	61,0 ↘	13,8 ↗	81,5 ↗	17,6 ↗
LOLLAND KOMMUNE	9,8 ↘	13 ↗	1,6 ↘	79,2 ↗	54,6	680 ↘	397 ↗	61,5 ↘	17,7 →	77,3 ↗	23,0 ↗
NÆSTVED KOMMUNE	9,6 ↘	11 ↗	0,9 ↗	82,2 ↗	50,9	681 ↗	430 ↗	66,4 ↘	13,0 ↗	79,7 ↗	16,8 ↗
ODSHERRED KOMMUNE	9,7 ↘	13 ↗	1,6 ↗	82,2 ↘	47,4	593 ↗	362 ↗	69,0 ↘	14,3 ↘	79,3 ↗	20,1 ↗
RINGSTED KOMMUNE	9,1 ↘	10 ↗	0,5 ↗	81,1 ↘	47,7	567 ↘	388 ↘	55,5 ↗	22,2 ↗	79,9 →	17,5 ↗
ROSKILDE KOMMUNE	8,5 ↘	16 ↘	0,6 ↘	83,1 ↘	53,7	623 ↗	383 ↗	61,1 ↗	11,0 ↗	81,0 ↗	15,0 ↗
SLAGELSE KOMMUNE	10,8 ↘	25 ↘	1,3 ↘	79,6 ↘	54,0	654 ↗	395 ↗	65,9 ↘	20,0 ↗	79,1 ↗	20,5 ↗
SOLRØD KOMMUNE	8,7 ↘	7 ↘	2,7 ↘	83,4 ↘	50,9	510 ↘	338 ↘	53,0 ↗	12,9 ↗	81,3 ↗	14,0 ↗
SORØ KOMMUNE	9,6 ↘	10 →	1,6 ↘	80,7 ↘	49,7	688 ↘	398 ↘	61,7 ↘	27,0 ↘	79,1 ↗	16,5 ↗
STEVNS KOMMUNE	9,5 ↘	45 ¹	1,5 ↘	81,8 ↘	46,4	579 ↘	372 ↘	55,6 ↘	14,0 ↗	80,4 ↗	18,8 ↗
VORDINGBORG KOMMUNE	8,6 ↘	9 ↗	4,6 ↘	81,2 ↗	45,8	556 ↘	396 ↘	53,1 ↘	25,1 ↘	78,7 ↗	20,5 ↗

* Data mangler, ** Ikke offentliggjort, da tallet vurderes at være for påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

¹ Farvemarkeringen er alene ift. placering ift. landsgennemsnittet

REGION SYDDANMARK	AKUTTE GENINDLÆGGELSER INDENFOR 30 DAGE, PCT.	VENTETID TIL GENOPTRÆNING, DAGE	SOMATISK FÆRDIG-BEHANDLINGS-DAGE PÅ SYGEHUSENE, DAGE	FASTHOLDELSE AF SOMATISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT	FASTHOLDELSE AF PSYKISK SYGE PÅ ARBEJDS-MARKEDET, PCT. ¹	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 KOL-PATIENT	AKUTTE INDLÆGGELSER PR. 1.000 DIABETES TYPE 2-PATIENT	FOREBYGGE-LIGE INDLÆGGELSER PR. 1.000 ÆLDRE	ANDEL BORGERE MED DEMENS, ANTI-PSYKOTIKA, PCT.	MIDDEL-LEVETID	DAGLIGE RYGERE, PCT. (2013)
ASSENS KOMMUNE	1,4 ↗	10 ↗	8,1 ↘	78,1 ↗	40,7	387 ↗	258 ↗	50,6 ↗	13,5 ↗	80,9 ↗	21,0 ↗
BILLUND KOMMUNE	6,1 ↗	18 ↗	1,1 ↘	78,6 ↗	48,5	504 ↘	313 ↘	74,0 ↘	27,8 ↘	80,6 ↘	17,1 ↗
ESBJERG KOMMUNE	8,7 ↗	14 ↗	4,7 ↘	80,3 ↘	44,6	556 ↗	350 ↗	82,4 ↗	25,9 ↗	80,0 ↗	19,8 ↗
FANØ KOMMUNE	7,8 ↘	29 ¹	1,2 ↗	75,9 ↘	*	512 ↗	289 ↘	79,4 ↘	*	*	19,9 ↗
FREDERICIA KOMMUNE	2,5 ↗	25 ↗	1,0 ↗	79,7 ↗	44,5	512 ↘	333 ↗	68,5 ↗	15,4 ↗	79,9 ↗	21,8 ↗
FAABORG-MIDTFYN KOMMUNE	1,2 ↗	13 ↗	1,7 ↘	79,0 ↗	39,8	369 ↗	246 ↗	45,1 ↘	15,5 ↗	80,7 ↗	19,2 ↗
HADERSLEV KOMMUNE	1,4 ↗	12 ↘	5,6 ↘	79,3 ↘	46,6	474 ↗	292 ↗	49,3 ↘	23,2 ↗	80,7 ↗	18,4 ↗
KERTEMINDE KOMMUNE	1,1 ↗	13 ↗	5,0 ↘	77,8 ↘	47,7	396 ↗	257 ↗	49,0 ↗	16,3 ↗	81,0 ↗	19,8 ↗
KOLDING KOMMUNE	1,4 ↗	29 ↗	0,5 ↗	80,6 ↘	47,1	470 ↗	305 ↗	70,6 ↗	19,9 ↘	80,5 ↗	19,6 ↗
LANGELAND KOMMUNE	1,0 ↗	14 ↗	2,2 ↘	77,6 ↘	44,5	447 ↗	270 ↗	53,7 ↗	17,1 ↗	80,1 ↗	24,8 ↗
MIDDELFART KOMMUNE	2,6 ↗	17 ↗	0,1 ↗	79,3 ↘	44,8	469 ↘	287 ↗	64,4 ↗	12,4 ↗	80,9 ↗	19,8 ↗
NORDFYNS KOMMUNE	1,3 ↗	14 ↗	1,4 ↗	77,1 ↘	54,7	398 ↗	280 ↘	53,4 ↗	16,1 ↗	80,0 ↗	20,2 ↗
NYBORG KOMMUNE	1,2 ↗	10 ↗	5,8 ↘	77,0 ↗	43,8	367 ↗	263 ↗	43,6 ↗	14,2 ↗	80,4 →	21,4 ↗
ODENSE KOMMUNE	1,4 ↗	12 ↗	0,7 ↗	80,7 ↗	46,0	395 ↗	234 ↗	54,4 ↗	15,9 ↗	80,1 ↗	17,5 ↗
SVENDBORG KOMMUNE	1,1 ↗	13 ↗	3,3 ↘	79,2 ↘	50,5	434 ↘	279 ↘	47,5 ↗	24,6 ↘	80,9 ↗	20,8 ↗
SØNDERBORG KOMMUNE	5,9 ↗	10 ↘	1,0 ↘	81,9 ↗	46,7	531 ↗	310 ↗	58,3 ↗	24,5 ↗	80,7 ↗	17,2 ↗
TØNDER KOMMUNE	1,9 ↗	20 ↗	2,7 ↗	75,8 ↘	43,6	446 ↗	275 ↗	49,8 ↘	36,6 ↘	80,7 ↗	20,0 ↗
VARDE KOMMUNE	8,5 ↗	9 ↗	1,0 →	77,8 ↗	43,4	517 ↘	350 ↘	64,8 ↘	28,8 ↗	81,5 ↗	16,1 ↗
VEJEN KOMMUNE	4,3 ↗	11 ↗	0,1 ↗	79,1 ↘	42,1	503 ↘	319 ↗	66,9 ↘	26,6 ↗	80,9 ↗	19,0 ↗
VEJLE KOMMUNE	3,2 ↗	20 ↘	0,6 ↗	81,2 ↗	41,8	511 ↗	348 ↘	61,9 ↗	14,1 ↗	80,7 ↗	19,3 ↗
ÆRØ KOMMUNE	6,4 ↗	7 ↗	0,6 ↗	76,4 ↗	29,8	537 ↘	279 ↗	40,9 ↗	14,5 ↗	*	22,9 ↗
AABENRAA KOMMUNE	1,5 ↗	16 →	6,4 ↘	80,4 ↗	52,7	554 ↘	328 ↗	52,0 ↘	30,4 ↘	80,4 ↗	20,2 ↗
HELE LANDET	6,6 →	13 ↗	6,0 ↗	81,4 ↗	50,4	570 ↗	366 ↗	61,6 ↗	20,0 ↘	80,4 ↗	17,0 ↗

* Data mangler, ** Ikke offentliggjort, da tallet vurderes at være for påvirket af manglende indberetninger pga. Sundhedsplatformen.

¹ Farvemarkeringen er alene ift. placering ift. landsgennemsnittet



NATIONALE MÅL
FOR SUNDHEDSVÆSENET

UDGIVET AF
SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET,
KL OG DANSKE REGIONER

ELEKTRONISK PUBLIKATION
ISBN: 978-87-7601-375-2

DESIGN: BGRAPHIC
FOTO: JOHNER OG ISTOCK

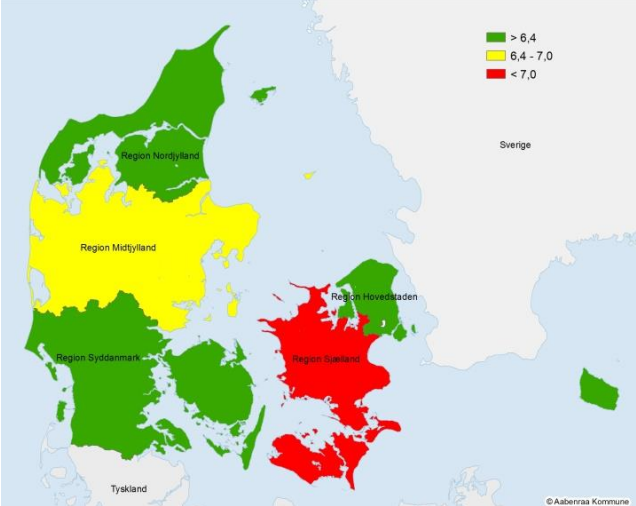
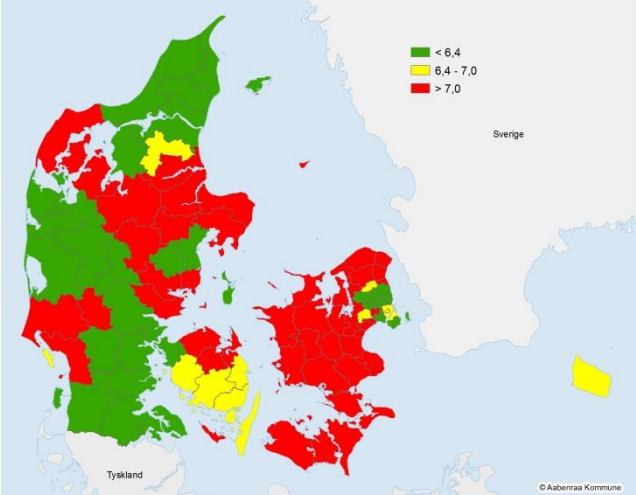


Afrapportering af de 8 nationale mål

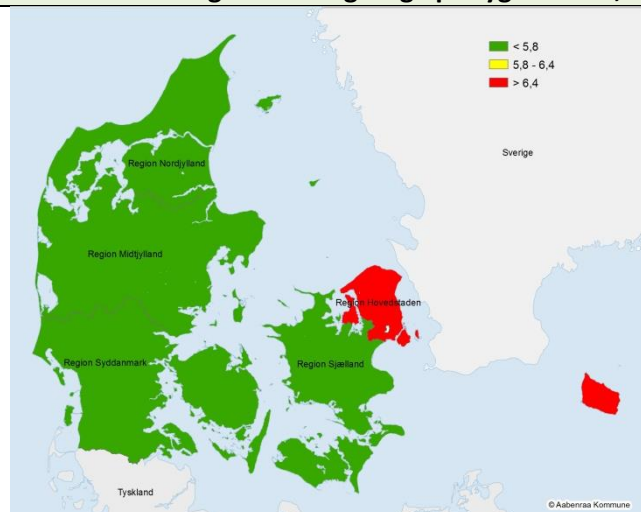
De 8 nationale mål med deres 28 indikatorer er første skridt i omstillingen af sundhedsvæsenet til et større fokus på kvalitet og værdi for borgerne. Indeværende afrapportering af de 8 nationale mål afgrænser sig til de indikatorer følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt, har vurderet, har den mest tværsektorielle karakter eller tidligere er fremgået af kravene om opfølgning i økonomiaftalerne.

I forhold til rapporten "Nationale mål for sundhedsvæsenet" er der i denne afrapportering farvelagt udelukkende ud fra landsgennemsnittet, mens der af teksten fremgår hvorvidt udviklingen har været positiv eller negativ.

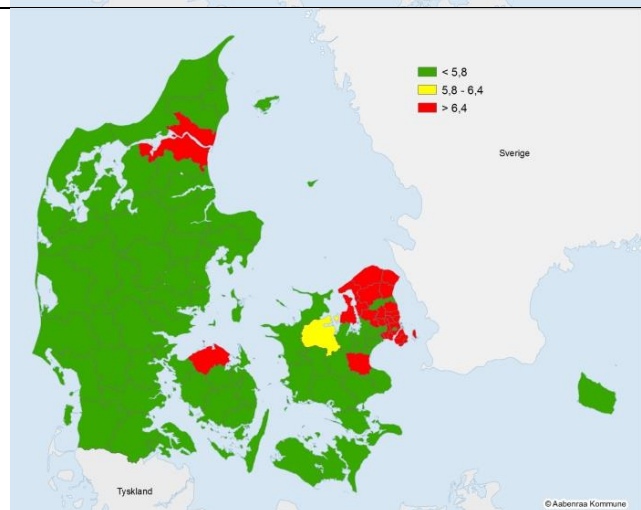
Afrapporteringen afsluttes med en opsummering af potentielle fokusområder med udgangspunkt i de udvalgte indikatorer.

Akutte genindlæggelser inden for 30 dage, somatik	
	Region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet og har haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016.
	<p>Varde, Esbjerg, Billund, Nordfyn, Odense, Kerteminde og Ærø Kommune ligger over landsgennemsnittet, men har alle haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016.</p> <p>Assens, Faaborg-Midtfyn, Nyborg, Svendborg, Langeland og Fanø Kommune ligger alle på landsgennemsnittet (+/- 5 %). Alle kommuner bortset fra Fanø Kommune har haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016. Fanø Kommune har derimod haft en negativ udvikling.</p> <p>De resterende kommuner i Region Syddanmark (Vejle, Kolding, Fredericia, Middelfart, Vejen, Haderslev, Tønder, Aabenraa og Sønderborg) ligger alle under landsgennemsnittet og har alle haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016.</p>

Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene, antal dage pr. 1.000 borgere



Region Syddanmark ligger under landsgennemsnittet, men har haft en negativ udvikling fra 2015 til 2016.



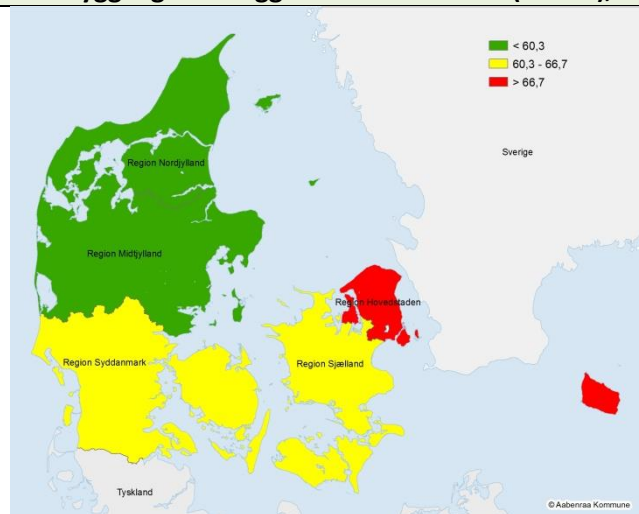
Alle kommuner i Region Syddanmark bortset fra Nordfyns kommune ligger under landsgennemsnittet. Nordfyns Kommune ligger over landsgennemsnittet.

Kommuner med en positiv udvikling fra 2015 til 2016: Fanø, Fredericia, Kolding, Middelfart, Nordfyns, Odense, Tønder, Vejen, Vejle og Ærø.

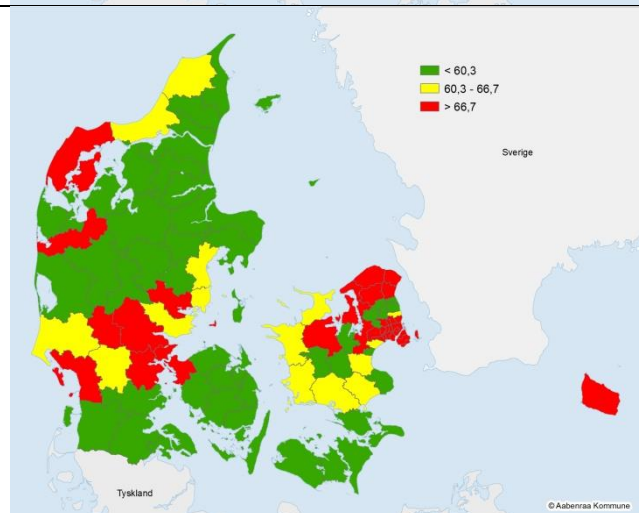
Kommuner med en uændret udvikling fra 2015 til 2016: Varde

Kommuner med en negativ udvikling fra 2015 til 2016: Assens, Billund, Esbjerg, Faaborg-Midtfyn, Haderslev, Kerteminde, Langeland, Nyborg, Svendborg, Sønderborg og Aabenraa.

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år), antal indlæggelser pr. 1.000 ældre



Region Syddanmark ligger på landsgennemsnittet (+/- 5 %), men har haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016.



Esbjerg, Fanø, Billund, Vejle, Kolding, Fredericia og Middelfart Kommune ligger alle over landsgennemsnittet. Esbjerg, Vejle, Kolding, Fredericia og Middelfart Kommune har alle haft en positiv udvikling fra 2015 til 2016. Fanø og Billund Kommune har derimod haft en negativ udvikling.

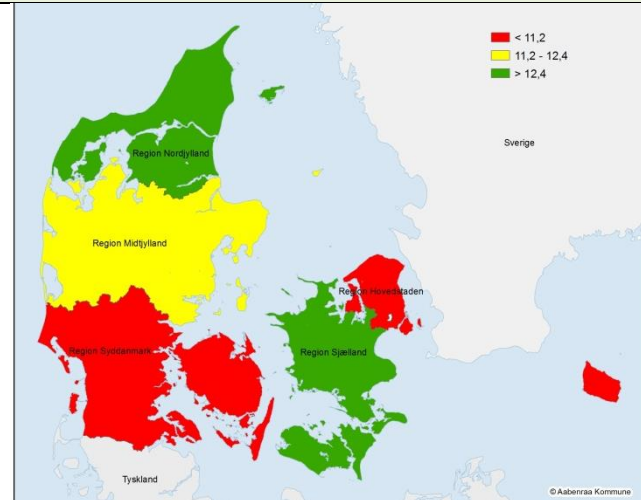
Varde og Vejen Kommune ligger begge på landsgennemsnittet (+/- 5 %) og har begge haft en negativ udvikling fra 2015 til 2016.

De resterende kommuner i Region Syddanmark (Tønder, Aabenraa, Sønderborg, Haderslev, Nordfyns, Assens, Odense, Kerteminde, Nyborg, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Langeland og Ærø) ligger alle under landsgennemsnittet.

Negativ udvikling: Tønder, Aabenraa, Haderslev og Faaborg-Midtfyn Kommune.

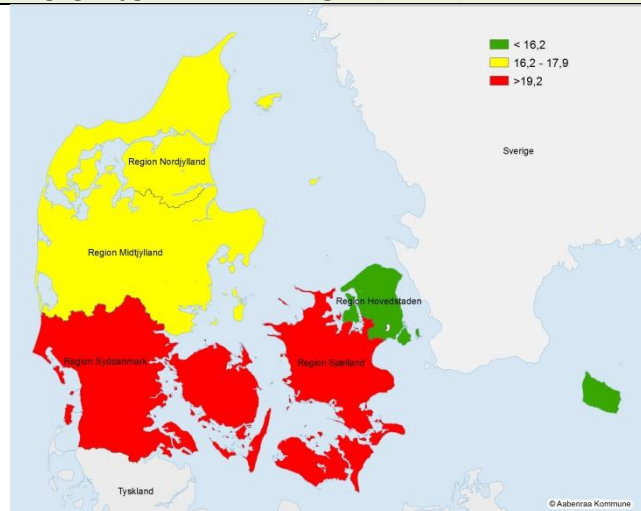
Positiv udvikling: Sønderborg, Nordfyns, Assens, Odense, Kerteminde, Nyborg, Svendborg, Langeland og Ærø Kommune.

Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge), pct.

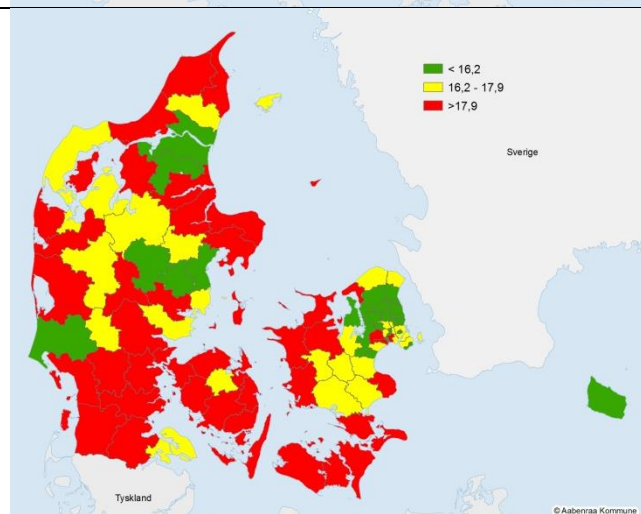


Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet og har haft en negativ udvikling.

Daglige rygere i befolkningen (16+ år), andel af alle borgere (16+ år), pct.



Region Syddanmark ligger over landsgennemsnittet, men har haft en positiv udvikling.



Størstedelen af de syddanske kommuner ligger over landsgennemsnittet for andelen af daglige rygere.

Billund, Odense og Sønderborg Kommune ligger alle tre på landsgennemsnittet (+/- 5 %).

Kun Varde kommune ligger under landsgennemsnittet.

Alle kommuner i regionen har haft en stigning i antallet af daglig rygere fra 2015 til 2016.

Opsummering

Ser man på ovenstående områder, træder to fokusområder for Region Syddanmark frem:

- Ajourføring af FMK hos almen læge og
- Andelen af daglige rygere

På disse to områder forekommer, der på baggrund af tallene at være særlige udfordringer i regionen. Tallenes karakter gør desværre at det ikke er muligt at komme med eventuelle årsagsforklaringer.

På de øvrige områder som genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og færdigbehandlede sengedage der har været en stor del af nationale dagsorden, klarer Regionen og kommunerne sig bedre eller på niveau med landsgennemsnittet.

Beskrivelse af indikatorer – de nationale mål

I dette notat beskrives de indikatorer, der indgår i aftalen mellem regeringen, Danske Regioner og KL om de nationale mål. Der er tale om en overordnet beskrivelse af beregningsgrundlaget, samt metoden valgt til at beregne indikatorerne.

Følgende indikatorer indgår:

- Belægning
- Akutte genindlæggelser inden for 30 dage, somatik
- Ventetid til genoptræning
- Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene
- Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)
- Akutte indlæggelser pr. KOL-patient
- Akutte indlæggelser pr. diabetes-patient
- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre
- 5 års overlevelse efter kræft
- Hjertedødelighed
- Sygehuserhvervede infektioner (bakteriæmi og clostridium difficile)
- Overlevelse ved uventet hjertestop
- Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser
- Indlagte patienter i psykiatrien, der bæltefikseres
- Ventetid til sygehusoperation
- Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen (børn/unge og voksne)
- Overholdelse af udredningsretten for somatiske og psykiatriske patienter
- Kræftforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider
- Patienttilfredshed med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse
- Patientoplevet inddragelse
- Middellevetid
- Daglige rygere i befolkningen
- Liggetid pr. indlæggelse
- Produktivitet på sygehuse
- Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet

Opdateringer:

Indikatorforklaring for 5 års overlevelse efter kræft er opdateret d. 26. september 2016.

Mål: Bedre sammenhængende patientforløb

Belægning (somatik)*

Mål

Beskrivelse

Kilde:

*under udvikling

Akutte somatiske genindlæggelser*

Mål

Antal somatiske genindlæggelser (akut indlæggelse senest 30 dage efter seneste udskrivning) som andel af samlet antal somatiske indlæggelser, pct.

Beskrivelse

En genindlæggelse er defineret ud fra følgende kriterier:

- Indlæggelsen finder sted tidligst fire timer og inden 30 dage efter forrige indlæggelse.
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Der er dermed tale om *uspecifik* genindlæggelse, idet der ikke stilles krav om sammenfald mellem lokalitet (sygehus eller region) eller diagnose for første indlæggelse (primær-indlæggelsen) og genindlæggelse.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på, tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus. En indlæggelse er i denne sammenhæng et forløb af tidssammenhængende indlæggelser på afdelinger inden for et sygehus, hvor der er mindre end fire timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

Tallene er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

* indikatoren kan blive revideret for bl.a. at tilgodese hensyn til løbende udvikling på området.

Ventetid til genoptræning

Mål

Median ventetid til genoptræning, dage.

Beskrivelse

Ventetid til kommunal genoptræning angiver ventetiden til almen genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi.

Ventetiden refererer til perioden mellem registreringen af dato for genoptræningsplan (GOP) og dato for første genoptrænings-ydelse indberettet af kommunerne.

Kilde: Landspatientregisteret og Register over Genoptræning efter Sundhedsloven, Sundhedsdatastyrelsen.

Somatiske færdigbehandlingsdage på sygehusene

Mål

Antal færdigbehandlingsdage på somatiske sygehuse pr. 1.000 borgere.

Beskrivelse

Antallet af dage beregnes som antal kalenderdage mellem to datoer (hvis dato for registrering af færdigbehandling er den samme som udskrivningsdato er antallet 0).

Færdigbehandlede patienter er patienter, som efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling.

Sygehusets administrative opgaver er desuden udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Ajourførte medicinoplysninger (praktiserende læge)

Mål

Antal ajourføringsmarkringer i FMK i almen praksis i forhold til det samlede antal "FMK-konsultationer" i almen praksis, pct.

Beskrivelse

Indikatoren er et udtryk for på den praktiserende lægers brug af ajourføringsknappen i FMK i forhold til antallet af ændringer i en patients medicinering, forstået som en "FMK-konsultation". En "FMK-konsultation" omfatter en eller flere af følgende handlinger af den praktiserende læge i FMK:

- Oprettelse af lægemiddelordination
- Pausering af lægemiddelordination
- Ophævelse af pausering af lægemiddelordination
- Opdatering af lægemiddelordination
- Seponering af lægemiddelordination
- Afseponering af lægemiddelordination

Indikatoren måler dermed på, hvor ofte en "FMK-konsultation", jf. ovenfor, samtidig medfører et tryk på ajourføringsknappen og dermed at der bliver givet besked til næste anvender af en patients medicinoplysninger i FMK, fx den kommunale hjemmepleje, om, at oplysningerne er ajourførte.

Kilde: MedCom.

Mål: Styrket indsats for kronikere og ældre patienter

Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med KOL

Mål

Antal indlæggelser pr. 1.000 borgere (18+ årige) med KOL.

Beskrivelse

En akut indlæggelse er, i modsætning til en planlagt indlæggelse, en øjeblikkelig indlæggelse, som typisk sker via egen læge, vagtlæge/akuttelefonen (1813) eller akutafdelinger. Ved alle indlæggelser på sygehuse registreres, hvorvidt der er tale om en akut eller planlagt indlæggelse.

Tallene er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2016) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR.

Akutte somatiske indlæggelser blandt borgere med diabetes type 2

Mål

Antal indlæggelser pr. 1.000 borgere (18+ årige) med diabetes type 2.

Beskrivelse

En akut indlæggelse er, i modsætning til en planlagt indlæggelse, en øjeblikkelig indlæggelse, som typisk sker via egen læge, vagtlæge/akuttelefonen (1813) eller akutafdelinger. Ved alle indlæggelser på sygehuse registreres, hvorvidt der er tale om en akut eller planlagt indlæggelse.

Tallene er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Landspatientregisteret, de reviderede (marts 2016) algoritmer til brug for dannelsen af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) og CPR.

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre

Mål

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre (65+ år).

Beskrivelse

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget anæmi (blodmangel), sociale og plejemæssige forhold og/eller tryksår.

Disse er defineret ved følgende ICD-10 diagnosekoder:

Dehydrering: DE869

Forstoppelse: DK590

Nedre luftvejssygdom: DJ12, DJ13, DJ14, DJ15, DJ18, DJ20, DJ21, DJ22, DJ40, DJ41, DJ42, DJ43, DJ44, DJ45, DJ46, DJ47

Blærebetændelse: DN30 (undtaget DN303 og DN304)

Gastroenteritis: DA09

Brud: DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92

Ernæringsbetinget anæmi: DD50, DD51, DD52, DD53

Sociale og plejemæssige forhold: DZ59, DZ74, DZ75

Tryksår: DL89

Tallene er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed

5-års overlevelse efter kræft

Mål

Relativ 5-års overlevelse, aldersstandardiseret, pct.

Beskrivelse

Relativ 5-års overlevelse beskriver sandsynligheden for at overleve 5 år efter en kræftdiagnose, når der er korrigeret for andre dødsårsager. Personer med en anden hudkræft end modermærkekræft er på standard vis ekskluderet, da denne kræftform sjældent er dødelig.

Kilde: Cancerregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Hjertedødelighed

Mål

Antal dødsfald som følge af hjertesygdom pr. 100.000 indbyggere, aldersstandardiseret.

Beskrivelse

Indikatoren opgør antal dødsfald, hvor hjertesygdom er vurderet som den tilgrundliggende dødsårsag.

Det er kravet til den læge, der udfylder en dødsattest, at foretage en prioritering af den klinisk set vigtigste eller mest sandsynlige dødsårsag.

I en dødsattest registreres et forløb af lidelser eller hændelser, der fører til døden. Den tilgrundliggende dødsårsag er den lidelse eller hændelse, der starter dette forløb.

For at tage højde for manglende indberetning af dødsattester er der på baggrund af CPR-data for det reelle antal dødsfald i årene foretaget en opskrivning af tallene.

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Sygehus erhvervede infektioner

Mål

Antal bakteriemier pr. 10.000 risikodøgn.

Antal infektioner med clostridium difficile pr. 100.000 borgere.

Beskrivelse

Der er afgrænset til infektioner på offentlige sygehuse.

En sygehus erhvervet bakteriemie er defineret som mindst én positiv blodkultur taget mere end 48 timer efter indlæggelsen, men ikke senere end 48 timer efter udskrivelsen. Kun blodkulturer, der viste en sygdomsfremkaldende mikroorganisme, er inkluderet i denne definition. Antal risikodøgn tælles fra 48 timer efter indlæggelse indtil 48 timer efter udskrivelse, eller indtil der opstår en bakteriemie. Dvs. risikodøgn er et mål for summen af patienternes samlede indlæggelsestid (risikotiden), idet der dog kun medtages den del af et indlæggelsesforløb, hvor en infektion vil blive klassificeret som erhvervet på sygehus.

Sygehus erhvervet infektion med clostridium difficile (CDI) bliver defineret som en patient med CDI, hvor den positive prøve blev taget 48 timer eller derover efter indlæggelse og mindre end 48 timer efter udskrivelse. Desuden inkluderes CDI, hvor den positive prøve blev taget mellem 48 timer og 4 uger efter kontakt til sygehus (ambulant eller indlæggelse). Endelig inkluderes CDI, hvor en positiv prøve blev taget inden for de første 48 timer af en indlæggelse, og hvor patienten har haft én eller flere kontakter til sygehus i en fire ugers periode inden indlæggelsen. Indikatoren er normeret i forhold til antal borgere, da det ikke er muligt at opgøre et samlet mål for risikotiden. Befolkningstal er opgjort pr. 1. juli i året (tabel FOLK1, statistikbanken.dk).

Kilde: HAIBA (Hospital-Acquired Infections database), Statens Serum Institut.

Overlevelse ved uventet hjertestop*

Mål:

Andel patienter som overlever mindst 30 dage efter hjertestop, pct. Standard: ≥ 30 pct.

Beskrivelse

Antal patientforløb, hvor patienten er levende 30 dage efter hjertestop (dato som foreligger ved hjertestopbehandlingens afslutning) ift. antal patientforløb med indikation for genoplivning

Patientforløb med manglende angivelse af CPR-nummer (n=0) og patienter med manglende dato for hjertestopbehandlingens afslutning indgår ikke.

Kilde: RKKP og Danske Regioner.

*under udvikling

Mål: Behandling af høj kvalitet

Opfyldelse af kvalitetsmål i de kliniske kvalitetsdatabaser*

Mål

Andel af indikatorer, der er opfyldt (i henhold til de opsatte standarder) ud af alle indikatorer i de kliniske kvalitetsdatabaser, pct.

Beskrivelse

Andel beregnes som antal indikatorer, hvor standarden er opfyldt ud af antal indikatorer, der har en fastsat standard, der har været gældende i mindst to år.

Alle databaser vægtes ens uanset størrelse. Databasernes individuelle andel summeres og divideres med antallet af databaser.

Kilde: RKKP og Danske regioner.

** indikatoren kan blive revideret*

Indlagte i psykiatrien, der bæltefikseres

Mål

Andelen af personer, der bæltefikseres af antal indlagte, pct.

Beskrivelse

Andel beregnes som antal personer berørt af bæltefiksering af antal berørt af indlæggelse i perioden.

Kilde: Register for Tvang i Psykiatrien (TIP), Sundhedsdatastyrelsen.

Mål: Hurtig udredning og behandling

Ventetid til sygehusoperation

Mål

Gennemsnitlig ventetid til sygehusoperation, dage.

Beskrivelse

Beregningen af indikatoren tager udgangspunkt i sygehusbehandlingens forskellige faser – fra forundersøgelse, over udredning til den endelige behandlingsindsats.

I dette forløb opstår der tidsperioder med ventetid bl.a. styret af sygdommens karakter. Samtidig kan der være perioder, hvor udredning eller behandling afventer patientrelaterede forhold, fx vægttab eller ønske om ferie.

Den til grundliggende ventetidsregistrering sonderer på denne måde mellem to faser i et behandlingsforløb: patienten er ventende, patienten er ikke-ventende. Der kan ske flere skift herimellem under et behandlingsforløb.

I ventetiden indgår kun perioder, hvor patienten er reelt ventende (aktiv ventetid). Det vil sige, at perioder, hvor patienten er ikke-ventende ikke er medregnet som ventetid.

Ventetiden beregnes herefter, som summen af aktive venteperiode. I beregningen indgår offentligt finansierede patienter opereret på danske sygehuse (offentlige og private).

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Ventetider i det psykiatriske sygehusvæsen

Mål

Ventetid til første psykiatriske sygehuskontakt er ventetiden fra henvisning modtaget til første kontakt (besøg eller indlæggelse).

Beskrivelse

Ventetider er beregnet på baggrund af alle elektive afsluttede og uafsluttede indlæggelser på offentlige sygehuse, hvilket vil sige alle indlæggelser, hvor indlæggelsesmåde er planlagt, samt alle ambulante kontakter.

Blandt indlæggelser på private sygehuse og klinikker medtages de elektive kontakter, som enten er markeret som betalt af bopælsregion eller hvor patienten er omfattet af de udvidede frie sygehusvalg.

Kun første kontakt medtages i hvert psykiatrisk forløb. Det vil sige, at blandt kontakter henvist fra andet sygehus, medtages kun de, hvor henvisningen er sket fra somatisk sygehus. På denne måde frasorteres kontakter, hvor henvisningen kommer fra psykiatriske sygehus-afsnit, dvs. kontakter der må antages at ligge midt i et forløb.

Hvis kontakten er ambulant regnes første besøgsdato som første kontakt, og hvis kontakten er stationær regnes indlæggelsesdatoen som første kontakt.

Ventetid i psykiatrien defineres som summen af aktive venteperioder i perioden fra henvisning modtaget til første kontakt (besøg eller indlæggelse).

Børn og unge er afgrænset til 0-18 årige, mens voksne er 19+ årige.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

Overholdelse af udredningsretten for somatiske og psykiatriske patienter*

Mål

Andel patienter udredt inden for 30 dage ud af alle udredte patienter, pct.

Beskrivelse

Udredningsforløbets længde beregnes som antal kalenderdage fra henvisningsdato til forløbets slutning (første registrering af klinisk beslutning) fratrukket perioder, hvor patienten ikke kan udredes pga. patientens ferie, behandling for anden sygdom mv.

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen.

** indikatoren skal ses i lyset af udviklingen af ny monitoreringsmodel*

Kræftforløb gennemført inden for angivne standardforløbstider

Mål

Andel forløb (OF4) gennemført inden for angivne standardforløbstider, uanset behandlingsform og organspecifik kræfttype, årstal, pct.

Beskrivelse

Forløb registreret med 'samlet tid til behandling OF4' uanset kræfttype, behandlingsform og regional tilknytning, hvor der er angivet en standardforløbstid, beregnet med anvendelse af data på regionalt plan.

OF4 'samlet tid til behandling' angiver perioden fra henvisning modtaget til pakkeforløb start til initiale behandling start inkluderende alle relevante behandlingsformer.

Kilde: Landspatientregisteret, monitorering af kræftområdet, årsopgørelse (dynamiske data), Sundhedsdatastyrelsen.

Mål: Øget patientinddragelse

Patienttilfredshed med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse

Mål

Spm. 36 i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser: "Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?", gennemsnitscore.

Beskrivelse

Svarmuligheder:

I meget høj grad (5), I høj grad (4), I nogen grad (3), I ringe grad (2), Slet ikke (1), ved ikke

Pba. svarene bliver der beregnet en gennemsnitscore (1-5).

Resultaterne er for planlagt indlagte.

Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Patientoplevet inddragelse

Mål

Spm. 10 i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser: "Gav personalet dig mulighed for at deltage i beslutninger om din undersøgelse/behandling?", gennemsnitscore.

Beskrivelse

Svarmuligheder:

I meget høj grad (5), I høj grad (4), I nogen grad (3), I ringe grad (2), Slet ikke (1), ved ikke

Pba. svarene bliver der beregnet en gennemsnitscore (1-5).

Resultaterne er for planlagt indlagte.

Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse.

Mål: Flere sunde leveår

Middellevetid

Mål

Gennemsnitligt antal år en nyfødt kan forventes at leve.

Beskrivelse

Middellevetiden for nyfødte (0-årige) er det gennemsnitlige antal år, som nyfødte har udsigt til at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle opgørelsesperiode.

Middellevetiden kan med andre ord opfattes som et indeks for de aktuelle dødeligheder.

Udviklingen i middellevetiden afspejler udviklingen i de underliggende dødsårsager, herunder udviklingen i de sygdomme, der har størst betydning for befolkningens sundhedstilstand.

For en detaljeret beskrivelse af beregningsmetoden bag middellevetiden henvises til Danmarks Statistik.

Det bemærkes, at beregningen af kommunetallene er baseret på en fem-årig periode, mens regionstallene på en to-årig periode.

Kilde: Medicinsk fødsels- og dødsfaldsstatistik (tabel HISB7 og HISBK, statistikbanken.dk), Danmarks Statistik.

Daglige rygere i befolkningen

Mål

Andelen af personer over 16 år, der ryger dagligt, pct.

Beskrivelse

Andelen af personer, der har svaret "ja, hver dag" til spørgsmålet "Ryger du?" i Den Nationale Sundhedsprofil. Den Nationale Sundhedsprofil er en stor landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af danskernes sundhed med besvarelser fra over 160.000 personer. Undersøgelsen er indtil videre gennemført i 2010 og 2013. Undersøgelsen vil fremadrettet blive gennemført hver 4. år.

Kilde: National Sundhedsprofil <http://www.danskernessundhed.dk>, Sundhedsstyrelsen.

Mål: Mere effektivt sundhedsvæsen

Liggetid pr. indlæggelse

Mål

Gennemsnitlig indlæggelsestid på sygehuse, dage.

Beskrivelse

Indlæggelsestid på sygehuse beregnes som det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage for alle somatiske sygehusudskrivinger. En sygehusudskriving er den sidste udskriving i et forløb af tidssammenhængende indlæggelse på samme sygehus, hvor der er mindre end 4 timer mellem afslutningen af en indlæggelse og starten af den næste indlæggelse.

Kilde: DRG-systemet, Sundhedsdatastyrelsen.

Produktivitet på sygehuse

Mål

Produktivitetsniveau, indeks (hele landet=100).

Årlig udvikling i produktivitet, pct.

Beskrivelse

Produktivitetsniveauet opgøres som forholdet mellem den korrigerede produktionsværdi og de korrigerede tilrettede driftsudgifter målt i forhold til landsgennemsnittet.

Et produktivetsniveau på 102 svarer således til en produktivitet, der er 2 pct.point højere end gennemsnittet for hele landet.

Opgørelserne af produktivitet udarbejdes i et samarbejde mellem regionerne, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsdatastyrelsen. Forud for offentliggørelsen foregår der et større valideringsarbejde. Det betyder, at der er ca. et år mellem afslutningen af det pågældende opgørelsesår til offentliggørelse.

Kilde: DRG-systemet. Sundhedsdatastyrelsen.

Fastholdelse af syge på arbejdsmarkedet*

Mål

Beskrivelse

Kilde:

**under udvikling*

Oversigt over monitoreringsopgaver i følgegrupperne

	Status	Type	Indhold	Formål
Følgegruppen for opgaveoverdragelse				
<i>Behandling af patienter med lav-potent kemoterapi i eget hjem</i>	I gang	Monitorering	Antal	Følge aftalens anvendelse
<i>Blodprøvetagning i eget hjem</i>	I gang	Evaluering	Aktivitet og effekter	Følge og vurdere samarbejdsaftalens anvendelse
<i>Opgaver i regi af kommunale akut-funktioner (SST kvalitetsstandarder)</i>	Ikke besluttet	Monitorering	Antal	Følge aftalernes anvendelse
Følgegruppen vedr. genoptræning og rehabilitering				
<i>Ventetidsaftale på genoptræningsområdet</i>	I gang	Evaluering	Opgørelse af ventetid	Vurdere overholdelsen af ventetidsaftalen
Følgegruppen for forebyggelse				
<i>Monitorering af rammeaftale om infektionshygiejne</i>	Godkendt	1) Opfølgning 2) Evaluering	1) Antal og brugeroplevelse 2) Indhold	1) Afrapportering i følgegruppe 2) Afrapportering i DAK og SKU
<i>Monitorering af strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme</i>	Under udarbejdelse			
<i>Monitorering af forløbsprogrammet for mennesker med KOL</i>	Under udarbejdelse	Monitorering	Aktivitet og borgeroplevelse	Følge udvikling
Følgegruppen for behandling og pleje				
<i>Ajourføringsprocenter via FMK-arbejdsgruppen</i>	I gang	Monitorering	Andel	Følge udvikling
<i>Medcomdata på korrespondancer inden for hjemmeplejen i psykiatrien</i>	I gang	Monitorering	Anvendelse	Afrapportering i følgegruppen

Afrapporteringsguide

- til udarbejdelse af monitorerings- eller evalueringsoplæg i forbindelse med tværsektorielle indsatser

Rapporteringstype:

Før nedenstående guide anvendes, bør det overvejes hvilken type afrapportering, der er behov for. Her definerer vi følgende afrapporteringstyper:

Løbende monitorering¹:

Monitorering er en systematisk vedvarende måling, dokumentation, vurdering og justering i en fortløbende proces, som kan ophøre efter en bestemt tid eller ved stabil målopfyldelse. Monitoreringen baseres på dataindsamling som kan forgå periodisk eller løbende. Monitorering kan anvendes til at følge en udvikling og dokumentere forskelle og skabe forbedringer, og kan således bidrage med information til både opdragsgivere og udfører.

Eksempelvis: Monitorering af FMK-ajourføringsprocenter halvårligt.

Enkeltstående evaluering²:

Evaluering er en erfaringsopsamling og vidensopbygning, der kan variere i forskellige grader af dokumentation og evidens. Evaluering anvendes til at tage stilling til, om noget har effekt, om det opfylder et mål, om man har den rette organisering, om man er lykket med implementering eller om en løsning er anvendelig.

Eksempelvis: Evalueringen af Shared Care-plattformen i form af en evalueringsrapport.

Opfølgning og status:

Opfølgning eller status er enkeltstående ønske om tilbagemelding fra relevante interessenter omkring status på og/eller vurdering af en indsats, projekt eller lign. Opfølgningen er beskrivende og kan håndteres enkeltvis eller samlet i forhold til eventuelle justeringer i indsatsen.

Eksempelvis: Status på det lokale samarbejde vedrørende infektionshygiejnisk rådgivning og muligheder for videreudvikling.

DAK anbefaler overordnet, at Følgegrupperne tager udgangspunkt i eksisterende data.

¹ Monitoring is a continuous assessment that aims at providing all stakeholders with early detailed information on the progress or delay of the ongoing assessed activities. It is an oversight of the activity's implementation stage. Its purpose is to determine if the outputs, deliveries and schedules planned have been reached so that action can be taken to correct the deficiencies as quickly as possible. (A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation - Making a Difference)

² An evaluation is a systematic and objective examination concerning the relevance, effectiveness, efficiency and impact of activities in the light of specified objectives. The idea in evaluating projects is to isolate errors not to repeat them and to underline and promote the successful mechanisms for current and future projects. (A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation - Making a Difference)

Guide

Nedenstående hjælpespørgsmål skal ses som en ramme for udarbejdelsen af et oplæg til monitorering eller evaluering, forud for behandling i Følgegruppe og godkendelse i Det Administrative Kontaktforum.

1. Formål:

Hvad skal afrapporteringen bruges til?

Kan være med henblik på læring, debat/opmærksomhed, forbedringer, kontrol, kvalitetsudvikling mfl.

Hvilken afrapporteringstype er der tale om? Monitorering eller evaluering?

2. Modtager:

Hvem er resultaterne af monitoreringen eller evalueringen målrettet?

Hvem tager beslutningen og hvem skal føre den ud i livet? (SKU/DAK, SOF, følgegruppen, fagpersoner)

3. Målsætning:

Skal der opsættes specifikke målsætninger (herunder delmål), som grundlag for vurdering af indsatsen?

Hvad er det faglige grundlag for at opstille den konkrete målsætning?

Hvad er tidsperspektivet for at opnå målsætningen?

4. Målbare indikatorer:

Hvilke indikatorer kan anvendes til sige noget om formålet/de valgte målsætninger?

Hvilken type er der tale om? (struktur, proces, resultat)

Hvad er beregningsgrundlaget? (tæller/nævner)

5. Data (kvantitativ og kvalitativ):

Hvordan tilvejebringes data der kan belyse variablerne?

Kan indikatorerne belyses ud fra eksisterende data?

Med hvilken hyppighed skal data fremskaffes?

Hvad definerer data som skal indgå? (inklusions- og eksklusionskriterier)

6. Baseline:

Hvad er det nuværende niveau? (Udarbejdes kun såfremt, det er en forudsætning for vurderingen)

7. Opgaveplacering og drift:

Hvem har ansvar for at tilvejebringe og behandle data, afrapportere, indstille og beslutte på baggrund af afrapporteringen, samt hvem der i sidste ende har ansvaret for at handle på beslutningerne?

Dataregistreringsansvarlig	Indsamlingsansvarlig	Analyse- /Kommenteringsansvarlig	Indstillings-/beslutningsansvarlig	Handleansvarlig

8. Handling:

Hvad kan monitoreringen eller evalueringen føre til af ændringer?



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af den faglige vurdering beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale. Denne skal efterfølgende godkendes i Det Administrative Kontaktforum, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende.

Trin – 3: Samarbejdsaftale om IV-behandling med antibiotika

Baggrund

Intravenøs (IV) behandling med antibiotika foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er stabile og friske nok til at kunne tage hjem i nogle timer mellem hver behandling. Andre modtager ambulant behandling, hvor de møder ind to-fire gange i døgnet til planlagt infusion. For patienter og pårørende kan det være svært at få en hverdag til at hænge sammen, når man flere gange dagligt skal møde på sygehuset til behandling, og de fleste foretrækker at modtage behandlingen i eget hjem, såfremt den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset.

Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med antibiotika i borgerens nærmiljø. Den skal medvirke til et patientsikkert samarbejde.

Patienten vil ved behandling i eget nærmiljø, ud over en relativ kort indlæggelse, blive sparet for transporttid og vil kunne drage nytte af sit sociale netværk, og erhvervsaktive borgere vil eventuelt bedre være i stand til at passe et arbejde. Endvidere vurderes det eksempelvis at kunne reducere risiko for konfusion og delir hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne bevare sit funktions- og aktivitetsniveau end under indlæggelse.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, der er vurderet lægefagligt egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller tæt på nærmiljøet, eksempelvis i et sundhedshus.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med antibiotika efter udskrivelse, således at de kommunale sygepleje kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling. Endvidere skal samarbejdsaftalen sikre, at det nye samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter i IV-behandling med antibiotika, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile, og som lægefagligt vurderes egnet til at færdiggøre behandlingen i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX.XXXX og Sundhedskordinationsudvalget den XX.XX.XXXX og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

IV-behandling med antibiotika er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal modsat stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning.

Samarbejdsaftalen gælder kun antibiotiske præparater, som kan blandes i lukkede systemer.

Patienter starter behandlingen på sygehuset og skal have modtaget minimum to behandlinger inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale akutfunktion.

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse (nærmere præciseret nedenfor) med det ordinerede antibiotika og remedier til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling.

Den kommunale akutfunktion administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandlingen sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø etc.

Administration af IV-behandling med antibiotika kræver en sygeplejefagligbaggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper.

Det lægefaglige behandlingsansvar:

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansaret indebærer:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og IV-behandling med antibiotika
- At ordinere relevant antibiotika behandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kom-

munen og egen læge.

- At etablere en 24/7 hotline som hjemmesygeplejen kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

I nogen tilfælde vil patienter få ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang eller udlevere mere medicin og remedier, hvis behandlingen forlænges.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når det besluttet, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, som er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks være et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med antibiotika. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med antibiotika.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Når det er aftalt, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med antibiotika i eget hjem eller nærmiljø, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier og medicin til den ordinerede behandling.

IV-kassens indhold varierer iht. de medicinske præparat, men indeholder som udgangspunkt:

- Medicin, administrationsskema, infusionsæt, 10 ml. NaCl skyl, kanyleboks, remedier til anlægelse af IV-adgang mm.

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til det behandlingsansvarlige sygehusafdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
-------------------------	---

Opbevaring af medicin i	Medicinen og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt
-------------------------	--

patientens hjem	for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom engangshandsker, infusionslange, mini-bag, medicinbeholder m.m. kasseres som almindelig dagrenovation uden at skille dropslangen fra mini-bag'en. Kanyler kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til evt. kontrol på sygehuset eller af patienten/pårørende/sygeplejerske til kassation på et apotek.

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale instrukser.

Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyll).

Kompetenceudvikling

Sygehuset er for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af IV-behandling. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere IV-behandling med antibiotika skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Farmakologi, herunder viden om virkning, bivirkning og interaktioner
- Kendskab til og primær behandling af allergiske reaktioner herunder anafylaktisk chock
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit
- Genoplivningskompetencer

Kompetencerne ligger inden for den sygeplejefaglige uddannelse. Der kan dog være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencerne. Denne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til IV-behandling med antibiotika
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Endvidere vil data kunne nuancere og understøtte en national dialog om yderligere tildeling af ressourcer til opgaven.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om IV-behandling med antibiotika aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Hvis Det Administrative Kontaktforum på baggrund af den faglige vurdering beslutter, at opgaven skal overdrages, udarbejder følgegruppen et udkast til en samarbejdsaftale. Denne skal efterfølgende godkendes i Det Administrative Kontaktforum, inden den sendes videre til politisk behandling.

Krav og behov for indholdet i samarbejdsaftalen kan variere fra opgave til opgave, nedenstående er vejledende.

Trin – 3: Samarbejdsaftale om IV-behandling med væske

Baggrund

Intravenøs (IV) behandling med væske foregår som udgangspunkt på sygehuset under indlæggelse. Nogle patienter er stabile og friske nok til at modtage behandlingen i eget hjem, men det kræver i nogle tilfælde assistance fra den kommunale sygepleje. De fleste patienter foretrækker at modtage behandlingen i eget hjem, såfremt den kan foregå på samme faglige niveau som på sygehuset. Ved at modtage behandlingen tæt på sin hverdag, efter en relativ kort indlæggelse, vil patienten kunne drage nytte af sit sociale netværk og erhvervsaktive borgere vil bedre være i stand til at passe et eventuelt arbejde. Endvidere vurderes det eksempelvis at kunne reducere risiko for konfusion og delir hos ældre/svage patienter, som ligeledes bedre vil kunne bevare sit funktions- og aktivitetsniveau end under indlæggelse.

Samarbejdsaftalen vil systematisere samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner om færdiggørelse af IV-behandling med væske tæt på borgerens hverdag.

Formål med samarbejdsaftalen

Formålet med samarbejdsaftalen er at give patienter, der er vurderet lægefagligt egnede, mulighed for at færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller tæt på nærmiljøet, eksempelvis i et sundhedshus.

Samarbejdsaftalen formaliserer samarbejdet om IV-behandling med væske efter udskrivelse, således at de kommunale akutfunktioner kan varetage administration af denne opgave i samarbejde med den behandlingsansvarlige sygehusafdeling i et patientsikkert samarbejde. Endvidere skal samarbejdsaftalen sikre, at det nye samarbejde udvikles i et gensidigt og aftalt tempo.

Målgruppen for samarbejdsaftalen

Patienter i IV-behandling med væske, som har ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, er stabile og som lægefagligt vurderes egnede til at færdiggøre behandlingen i eget hjem.

Patientens hjem skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten og den kommunale sygepleje.

Forankring og ikrafttræden

Samarbejdsaftalen er godkendt af Det Administrative Kontaktforum den XX.XX.XXXX og Sundhedskordinationsudvalget den XX.XX.XXXX og er forankret i Sundhedsaftalen 2015-18. Samarbejdsaftalen træder i kraft den 1. januar 2018.

Grundprincipper for samarbejdet, herunder beskrivelse af det lægefaglige behandlingsansvar

IV-behandling med væske er i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje defineret som en "kan" opgave. Det betyder, at det lokale samarbejde skal udvikles i et gensidigt og aftalt tempo. Sygehusene skal modsat stille kompetencer til rådighed i forbindelse med oplæring og rådgivning.

Patienter starter behandlingen på sygehuset inden udskrivelse og overdragelse af administrationen til den kommunale akutfunktion.

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med ny anlagt velfungerende IV-adgang (under 1 døgn gammel) med slange, og at der medsendes IV-kasse (nærmere præciseret nedenfor) med den ordinerede væske og remedier til de antal dage, hvor det forventes, at patienten skal fortsætte behandling. Væsken leveres færdigblandet.

Den kommunale akutfunktion administrerer, efter vejledning fra den udskrivende sygehusafdeling, den videre behandling. Administration af IV-behandling sker i henhold til den enkelte kommunes regler vedr. arbejdsmiljø m.v.

Administration af IV-behandling med væske kræver en sygeplejefaglig baggrund og må ikke delegeres til andre faggrupper. Der kan på lokalt initiativ tages stilling til videre delegation af dele af arbejdsopgaven til andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

Det lægefaglige behandlingsansvar:

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansaret indebærer:

- At ordinere relevant væskebehandling
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrative form, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At oplyse et telefonnummer, som den kommunale sygepleje kan kontakte ved spørgsmål til sygehusafdelingen.

I nogle tilfælde vil patienter blive ordineret og starte IV-behandling på et andet sygehus end det i deres lokalområde. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe med at genanlægge IV-adgang eller udlevere mere væske og remedier, hvis behandlingen forlænges.

Efter afslutning af IV behandling og ved anden sygdom (ikke relateret til IV-behandlingen) har patientens praktiserende læge ansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Information forud for overdragelse

Når det besluttet, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller tæt på sit nærmiljø, vil personalet på den behandlingsansvarlige sygehusafdeling kontakte visitationen/den kommunale akutfunktion i patientens bopælskommune for at aftale nærmere om varetagelse af opgaven.

Iht. SAM:BO aftalen skal der sendes en plejeforløbsplan indeholdende information om patient og behandlingsforløb med reference til samarbejdsaftalen. Der skal medsendes kontaktoplysninger på den behandlingsansvarlige afdeling, herunder et telefonnummer, der er tilgængeligt døgnet rundt. Ligeledes skal der i den lokale instruks være et link til informationsmateriale målrettet den kommunale akutfunktion, i form af pjecer, der beskriver opgaverne forbundet med IV-behandling med væske. Sygehuset er ansvarlig for, at informationsmaterialet er opdateret.

Sygehuset skal endvidere sikre, at patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen med IV-behandling med væske.

Beskrivelse af remedier og ressourcer

Når det er aftalt, at en patient skal færdiggøre IV-behandling med væske i eget hjem eller nærområde, medsender sygehuset ved udskrivelse en IV-kasse, som indeholder de nødvendige remedier og væske til den ordinerede behandling.

IV-kassens indhold varierer, men indeholder som udgangspunkt:

- væske, administrationsskema, infusionssæt, kanyleboks, remedier til anlæggelse af IV-adgang mm.

Kuradministrationsskema	Efter endt kur sendes skemaet til den behandlingsansvarlige sygehusafdelingssekretariat jf. instruks eller medgives patienten ved næstkommende kontrol.
Opbevaring af medicin i patientens hjem	Væsken og remedier opbevares efter forskrifterne og utilgængeligt for børn.
Kanyleboks	Brugte utensilier såsom engangshandsker, infusionslange, posen med væske m.m. kasseres som almindelig dagrenovation uden at skille droplangen fra væskeposen. Kanyler kasseres i kanyleboksen, som efter endt kur medbringes af patienten til evt. kontrol på sygehuset eller af patienten/pårørende/sygeplejerske til kassation på et apotek.

Indholdet af IV-kassen og information om utensiliernes anvendelse er nærmere beskrevet i lokale

instrukser.

Den kommunale akutfunktion medbringer øvrige nødvendige utensilier, så som engangshandsker (nitril), adrenalin og førstehjælpsremedier (fx øjenskyll).

Kompetenceudvikling

Sygehuset er ansvarlig for hver enkelt patient i kontakt med den kommunale akutfunktion ift. at koordinere administrationen af IV-behandling. Sygehuset står til rådighed ved spørgsmål hele døgnet, også for akut henvendelse. Kontaktinformation formidles i plejeforløbsplanen, som udleveres til den kommunale sygepleje.

For at administrere IV-behandling med væske skal den kommunale sygeplejerske have kompetencer inden for følgende områder:

- Viden om væske og elektrolytterapi
- Viden om hjerte- og lungekredsløbets respons på væsketerapi
- Pleje af IV-adgang
- Observation af indstikssted og forebyggelse af komplikationer, observation af flebit

Kompetencerne ligger inden for den sygeplejefaglige uddannelse. Der kan dog være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencerne. Denne kompetenceudvikling udbydes og koordineres lokalt i regi af de lokale samordningsfora.

Plan for kvalitetssikring og monitorering

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at monitorere og følge op på anvendelsen af samarbejdsaftalen.

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget præsenteres halvårligt for data for aftalens anvendelse. Data opgøres på kommune/sygehusniveau og indeholder opgørelser over:

- Antal borgere henvist til IV-behandling med væske
- Gennemsnitlig behandlingsvarighed
- Ordinerende sygehusafdelinger
- Antal borgere med komplikationer

Kommunerne registrerer ovenstående data manuelt og afrapporterer halvårligt til Følgegruppen for opgaveoverdragelse. Data vil løbende danne baggrund for en vurdering af opgavens omfang, udvikling og det heraf følgende ressourceforbrug i den enkelte kommune. Endvidere vil data kunne nuancere og understøtte en national dialog om yderligere tildeling af ressourcer til opgaven.

Fortolkning af samarbejdsaftalen

Fortolkningsspørgsmål af elementer i samarbejdsaftalen kan bringes til behandling i de lokale samordningsfora.

Regler for opsigelse og genforhandling af samarbejdsaftalen

Samarbejdet om IV-behandling med væske aftales og koordineres lokalt mellem kommuner og sygehusenheder med udgangspunkt i nærværende samarbejdsaftale.

Samarbejdsaftalen kan opsiges med passende varsel efter forudgående drøftelser i Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget.

Samarbejdsaftalen revideres og genforhandles, når der kommer afgørende ændrede vilkår for opgave, eksempelvis nye Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner.



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse.

Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag for drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Information om og eksempler på besvarelse af de enkelte spørgsmål findes i vejledningen.

Område:

Sondeernæring

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen den 14. august 2017

Opdrag:

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger et formaliseret samarbejde mellem sygehus og kommune om sondeernæring i eget hjem. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for afdækning af sondeernærings potentiale for overdragelse

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejerske, Fredericia Kommune
Helene Schaldemose, AC-fuldmægtig, Sydvestjysk Sygehus
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Allan Vittrup Pedersen (medsekretær), Chefkonsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

Suppleret med repræsentanter fra arbejdsgruppen vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler:

Arne Vesth Pedersen, Specialkonsulent, Region Syddanmark
Rigmor Jensen, Leder af sygeplejen, Varde kommune
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Tydeliggørelse af rammerne for samarbejdet om sondeernæring til patienter i eget hjem.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At styrke patienters mulighed for at modtage sondeernæring i eget hjem.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Sondeernæring anvendes til ernæringstruede patienter med normalt fungerende mavetarmkanal, som ikke kan indtage tilstrækkelig næring via alm. kost. Sondeernæringen indeholder tilstrækkelige mængder protein, kulhydrat, fedt, vitaminer, mineraler og sporstoffer, der sikrer sufficient ernæring.

Opstart af sondeernæring sker efter lægeordination, når patienten er fundet ernæringstruet ved ernæringsscreening og kostregistrering. Det kan både ske under indlæggelse, ambulant eller i eget hjem. Der er indikation på sondeernæring, hvis en patient, der er tilbudt almindelig kost og ernæringsdrikke, kun får dækket 50-75 % af sit næringsbehov.

Når patienten er informeret om fordele og mulige bivirkninger ved sondeernæring og har givet sin accept til sodeanlæggelse og opstart af sondeernæring, anlægges sonden, ofte gennem næsen (nasogastrisk ernæringssonde) eller gennem huden direkte ind i mavesækken (PEG-sonde).

Den nasogastriske sonde anvendes til patienter med intakt hosterefleks. Sonde anlægges af sygeplejersker, sosu-assistenten med den fornødne kompetence eller en læge. Efter anlæggelse kontrolleres sondens korrekte placering. Denne kontrol udføres ved kontinuerlig indgift over hele døgnet minimum

tre gange i døgnet.

Anlæggelse af PEG-sonde kræver kortvarig indlæggelse. Sonden anlægges af en læge efter gastroskopi.

Der udarbejdes en plan for sondeernæring i samarbejde med en klinisk diætist.

Patienter, som er i behandling med sondeernæring, monitoreres med blodprøver de første tre dage og herefter 2 gange ugentligt.

Patienter og pårørende kan oplæres i selv at administrere sondeernæringen, men nogle patienter har brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle indlægges på sygehuset.

Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen, hvad enten den udføres på sygehuset eller under delegation i patientens eget hjem. Når lægen har ordineret behandling med sondeernæring, har sygeplejersken eller sosu-assistenten typisk til opgave at håndtere behandlingen og oplære patienten i at administrere den. Sosu-hjælpere kan også indgå i samarbejdet med indgift af sondeernæring ift. PEG sonde.

Ved udskrivelse udleveres de nødvendige remedier og de første poser ernæring til patienten. Den ordinerende læge udfylder en ernæringsrecept, som sendes elektronisk til den kommunalt valgte leverandør. Efterfølgende leverer leverandøren poser med ernæring og væske i faste intervaller.

Efter hygiejnemæssig klargøring tilsluttes ernæringen sonden, og infusionen udføres jf. instruks. Efter endt behandling skylles sonden og lukkes. Herudover skal sonden plejes i faste intervaller.

Nasalsonde og PEG-sonde skiftes i faste intervaller eller ved behov. Den kommunale sygeplejerske skifter typisk nasalsonder. PEG-sonden skiftes ambulantly på sygehuset eller i hjemmet af den kommunale sygeplejerske eller pårørende.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige ernærings- og sygdomsmæssige problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold på aflastningspladser.

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Målgruppen er ernæringstruede patienter, som ikke kan indtage tilstrækkelig næring via alm. kost og drikkeprodukter, og som:

- har et ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, som bedst varetages tæt på patientens hverdag
- ikke selv, eller ved pårørendes hjælp, kan administrere behandlingen, og derfor har brug for understøttelse fra den kommunale sygepleje.
- er stabil og vurderet lægefagligt egnet.

Hjemmet skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten, sygehusafdelingen og den kommunale sygepleje.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Sondeernæring er i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemme-sygepleje* defineret som en opgave, akutfunktioner skal kunne løse, og der skal i regi af sundhedsaftalesamarbejdet indgås aftaler herom.

Administration af sondeernæring i patientens eget hjem er ikke en ukendt opgave for sygeplejerne i de syddanske kommuner. I en rundspørge, ultimo maj 2017, angav 19 ud af 22 kommuner, at de allerede i dag administrerer sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder.

Samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og den kommunale sygepleje om sondeernæring beror primært på individuelle aftale om hver enkelt patient.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Hvis sonden anlægges på sygehuset, er sygehuset ansvarlig for, at patienten sendes hjem med en vel-fungerende sonde, og at der medsendes remedier, hvis ikke den kommunale sygeplejer har disse til rådighed, og ernæringspræparater til de første dage. Sygehuset udfylder og sender/udleverer en ernæringsrecept, som dækker det antal dage, som det forventes, at patienten skal være i behandling.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandling med sondeernæring
- At udskrivelsen sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At ordinere og dokumentere behandling med sondeernæring i FMK
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig afdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7

Kommunale sygeplejersker og sosu-assistenten med de fornødne kompetencer har ansvaret for at administrere behandlingen med sondeernæring i borgerens eget hjem. Den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordnede behandlingsplan og regional instruks samt en kommunal instruks for håndtering af behandling med sondeernæring.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at følge op på opgaveoverdragelsen.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Der er ikke lovmæssigt forbud mod delegation af behandling med sondeernæring. Sundhedsstyrelsen har defineret sondeernæring som en opgave, der skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner.

SIKKERHED

Arbejds miljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere medicinsk affald som følge af behandling med fx sondeernæring. Endvidere er det muligt at oplære social og sundhedsassistenter i at håndtere sondeernæring herunder hygiejne og medicinsk affald. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald ifm. behandling med sondeernæring. Hvis ernærings- og væskeposerne er tomme, kan det kasseres som alm. dagrenovation.

Remedier og tekniske aspekter

En eventuel samarbejdsaftale vil være gældende for borgere, der har brug for hjælp fra den kommunale sygepleje til at administrere sondeernæring i eget hjem. Derfor vil Vejledning nr. 115 af 8. december 2006 om tilskud til lægeordnede ernæringspræparater (sondeernæring m.v) være gældende. Vejledningen fastsætter i afsnit 4, at for patienter, der er i kontakt med hjemmesygeplejen, udleveres de nødvendige remedier vederlagsfrit af hjemmesygeplejen.

Fordeling af udgifter til borgere i behandling med sondeernæring, har i den senere tid været til debat. Arbejdsgruppen mener, at Vejledning nr. 115 af 8. december 2006, afsnit 4 er gældende for samarbejdsaftalens målgruppe. Borgere, som ikke modtager hjælp til administration af sondeernæring i eget hjem, og dermed ikke en del af evt. samarbejdsaftales målgruppe, får dækket deres udgifter til remedier og sondeernæring af sygehuset iht. afgrænsningscirkulæret.

Arbejdsgruppen bemærker, at sygehusafdelinger altid bør prioritere at oplære patienter til selv at kunne administrere behandlingen i eget hjem.

Hygiejne

I henhold til den gældende [vejledning om hjemmesygepleje](#) er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til behandling med sondeernæring, som ikke kan løses af en kommunal sygeplejerske eller social og sundhedsassistent. Der kan være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med sondeernæring. Er dette tilfældet, bør den ordinerende sygehusafdeling og den kommunale sygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Det vurderes patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at tilbyde borgere behandling med sondeernæring i eget hjem.

Den kommunale sygeplejerske eller social og sundhedsassistent skal besidde de nødvendige kompetencer og have grundlæggende viden om sondeernæring og administration heraf. jf. følgende afsnit.

Ved at tilbyde behandlingen i eget hjem er der ligeledes mulighed for at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner.

Ved længerevarende behandling foretrækkes PEG-sonden, hvis det behandlingsmæssigt er muligt.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansvarer indebærer:

- At ordinere og forberede den relevante behandling med sondeernæring
- At foretage en vurdering af om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At den kommunale sygepleje kan kontakte det behandlende afsnit døgnet rundt på et oplyst telefonnummer.
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med behandling med sondeernæring

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og påbegynde sondeernæring på et andet sygehus end det lokale. I de tilfælde, hvor der er tale om kortvarig behandling, er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe, hvis der opstår komplikationer. I de tilfælde, hvor der er tale om livsvarig behandling, skal det vurderes, om det lægefaglige ansvar kan overdrages til det lokale sygehus.

Efter afslutning af sondeernæring og ved anden sygdom (ikke relateret til sondeernæring) har patientens praktiserende læge behandlingsansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal besidde grundlæggende viden om sondeernæring og en række plejemæssige kompetencer for at kunne varetage opgaven. Det drejer sig mere specifikt om følgende kompetencer:

- Pleje af patient med en sonde
- Administration og observation af sondeernæring
- Forebyggelse af komplikationer

Såfremt der indgår andet personale i opgaveløsningen, skal de ligeledes besidde ovenstående kompetencer.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om sondeernæring –

denne oplæring foregår ved intern oplæring i kommunerne.

Videre delegation

Opgaven med at opstarte sondeernæring og skifte sonde må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

Der kan på lokalt initiativ tages stilling om andre dele af arbejdsopgaven kan udføres andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

Det er vigtigt, at ernæringstruede patienter får dækket deres ernæringsbehov, hvis deres sygdoms- og sundhedsmæssige tilstand skal bedres. Muligheden for at modtage sondeernæring i eget hjem er med til at højne patienternes livskvalitet og mulighed for at føre et så normalt liv som muligt.

Patientens økonomi

En samarbejdsaftale om sondeernæring, som administreres af den kommunale sygepleje i borgerens eget hjem, vil ikke medføre ændrede udgifter for borgeren.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Patienter og pårørende kan oplæres i at administrere sondeernæring. Denne praksis vil naturligvis fortsætte, selvom en samarbejdsaftale implementeres. Samarbejdsaftalen bør således gælde for de patienter, som ikke kan oplæres, og som ikke har pårørende, der kan oplæres i behandlingen.

For at vurdere et forventet antal patienter, har Odense og Vejle kommune trukket data på, hvor mange patienter de øjeblikkeligt har i behandling med sondeernæring. Den 23. august 2017 havde Vejle kommune 40 borgere og Odense kommune havde 34 borgere, der modtog hjælp til behandling med sondeernæring i eget hjem.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Vejle og Odense kommune beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjebliksbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	13
Assens	9
Billund	6
Esbjerg	25
Faaborg-Midtfyn	11
Fanø	1
Fredericia	11
Haderslev	12
Kerteminde	5
Kolding	20
Langeland	3
Middelfart	8
Nordfyns	6
Nyborg	7
Odense	44
Svendborg	13
Sønderborg	16
Tønder	8
Varde	11
Vejen	9
Vejle	25
Ærø	1
I alt	266

Udgifter og omkostninger

Der er stor forskel på, hvor længe patienter vil have brug for sondeernæring. En samarbejdsaftale vil ikke medføre nogen ændring i udgiftsfordelingen i forhold til, hvad gældende regler tilsiger.

Nedenfor gives eksempler på de kommunale udgifter til sondeernæring i ét døgn administreret af hhv. en kommunal sygeplejerske og social- og sundhedsassistent.

Administration af sondeernæring i eget hjem ved sygeplejerske:

Den kommunale sygeplejerske skal typisk besøge borgeren 5 gange i døgnet ifm. med sondeernæring. En indgift varer typisk 20 min. Hertil kommer transport i dette tilfælde sat til 5 x 15 min. Samlet 2 time og 55 min pr. døgn a 356 kr. per time. Det giver en kommunale udgift per døgn på:

$$((2,92t * 356 \text{ kr.}) = \underline{1.040 \text{ kr. pr. døgn}}$$

Plus en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, værnemidler mm.

Hertil kommer udgiften til remedier til sondeernæring – præciseret nedenfor.

Administration af sondeernæring i eget hjem ved social og sundhedsassistent:

Den kommunale sygeplejerske skal typisk besøge borgeren 5 gange i døgnet ifm. med sondeernæring. En indgift varer typisk 20 min. Hertil kommer transport i dette tilfælde sat til 5 x 15 min. Samlet 2 time og 55 min pr. døgn a 167 kr. per time. Det giver en kommunale udgift per døgn på:

$((2,92t * 167 \text{ kr.}) = \underline{488 \text{ kr. pr. døgn}}$

Plus en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, værnemidler mm.

Hertil kommer udgifter til remedier til sondeernæring:

- 5 x Janetsprøjte (stk. 14 kr.)	70 kr.
- 3 x 1 flasker til indgift af sondekost, vand og evt. medicin (stk. 17 kr.)*	51 kr.
- 1 x ENDfit connectorsystem (stk. 58 kr.)	58 kr.
<i>Hertil kommer udgift til sonden afhængigt af type</i>	
- Sondeskift PEG-sonde (369 kr. / 3 mdr.)	4,1 kr.
- Nasogastrisk sonde (74 kr / 2 mdr.)	1,2 kr.
Samlet udgift til remedier ved et døgn behandling i hjemmet	<u>194 - 197 kr.</u>

**Der er forskellig praksis for genanvendelse af remedier til sondeernæring. I nogen kommuner genbruges flasker til indgift efter korrekt hygiejnemæssig rengøring.*

Herudover har kommunen udgifter til dropstativ, evt. ernæringspumpe mm.

Sygehuset har udgifter til diagnosticering af patienten, anlæggelse af sonde, rådgivning af den kommunale sygepleje i forbindelse med sondeernæringen mm.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder følgegruppen et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Område:

Sondeernæring

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 14. august 2017

Beskrivelse af opgaven

Sondeernæring anvendes til ernæringstruede patienter med normalt fungerende mavetarmkanal, som ikke kan indtage tilstrækkelig næring via alm. kost. Sondeernæringen indeholder tilstrækkelige mængder protein, kulhydrat, fedt, vitaminer, mineraler og sporstoffer, der sikrer sufficient ernæring.

Opstart af sondeernæring sker efter lægeordination, når patienten er fundet ernæringstruet ved ernæringsscreening og kostregistrering. Det kan både ske under indlæggelse, ambulant eller i eget hjem.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, sammen med en faglig arbejdsgruppe, undersøgt potentialet for et ændret samarbejde mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner. Et samarbejde, hvor behandlingen skal foregå på samme faglige niveau som på sygehuset, men hvor patienten får mulighed for at modtage en del af behandlingen i eget hjem og derved forblive tæt på og drage nytte af sit sociale nærmiljø.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter, som ikke selv eller ved hjælp fra pårørende kan varetage sondeernæring, bedre mulighed for at modtage behandlingen i eget hjem. Endvidere er sondeernæring i kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen defineret som en opgave, der lokalt skal udarbejdes en samarbejdsaftale for.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Det er følgegruppens vurdering, at de kommunale sygeplejer de senere år har oparbejdet et solidt videns- og erfaringsgrundlag for administration af sondeernæring i borgeres eget hjem. Således angiver 19 ud af 22 kommuner i en rundspørge fra maj 2017, at de varetager administration af sondeernæring, herunder anlæggelse og pleje af sonder. Erfaringerne er beskrevet i trin 1.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "[Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen](#)". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden for tidlig opsporing, be-

handling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. Sondeernæring er angivet som en opgave, der fra den 1. januar 2018 skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner, og som der i regi af Sundhedsaftalen skal indgås en samarbejdsaftale om.

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Det er vigtigt, at ernæringstruede patienter får dækket deres ernæringsbehov, hvis deres sygdoms- og sundhedsmæssige tilstand skal bedres. Muligheden for at modtage sondeernæring i eget hjem er med til at højne patienternes livskvalitet og mulighed for at føre et så normalt liv som muligt.

Følgegruppen vurderer, at kommunale sygeplejersker besidder de nødvendige kompetencer til at varetage administrationen af sondeernæring i eget hjem. Såfremt der indgår andre personalegrupper i opgaveløsningen, skal de ligeledes besidde de i trin 1 beskrevne kompetencer. Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om sondeernæring. En plan for samarbejdet om kompetenceudvikling bør fremgå af en eventuel samarbejdsaftale. Antallet af patienter og opgavens omfang taget i betragtning vurderes det, at kompetenceudviklingen med fordel kan koordineres og udbydes i regi af de lokale samordningsfora.

Jf. Vejledning nr. 115 af 8. december 2006 vil sondeernæring, som administreres af den kommunale sygepleje, ikke medføre ændrede udgifter for borgeren..

Forventet antal patienter pr. år

Patienter og pårørende kan oplæres i at administrere sondeernæring. Denne praksis vil naturligvis fortsætte, selvom en samarbejdsaftale implementeres. Samarbejdsaftalen bør således gælde for de patienter, som ikke kan oplæres, og som ikke har pårørende, der kan oplæres i behandlingen.

For at vurdere et forventet antal patienter, har Odense og Vejle kommune trukket data på, hvor mange patienter de øjeblikkeligt har i behandling med sondeernæring. Den 23. august 2017 havde Vejle kommune 40 borgere og Odense kommune havde 34 borgere, der modtog hjælp til behandling med sondeernæring i eget hjem.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Vejle og Odense kommune beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjeblikbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	13
Assens	9
Billund	6
Esbjerg	25
Faaborg-Midtfyn	11
Fanø	1
Fredericia	11
Haderslev	12

Kerteminde	5
Kolding	20
Langeland	3
Middelfart	8
Nordfyns	6
Nyborg	7
Odense	44
Svendborg	13
Sønderborg	16
Tønder	8
Varde	11
Vejen	9
Vejle	25
Ærø	1
I alt	266

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Der er stor forskel på, hvor længe patienter vil have brug for sondeernæring. En samarbejdsaftale vil ikke medføre nogen ændring i udgiftsfordelingen i forhold til, hvad gældende regler tilsiger.

Der er også forskel på de kommunale udgifter til sondeernæring alt efter hvordan behandlingen organiseres. Ét døgn's behandling administreret af hhv. en kommunal sygeplejerske koster ca. 1.250 kr. og ved administration af en social- og sundhedsassistent koster ét døgn's behandling ca. 700 kr. Plus en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven mm. Herudover har kommunen udgifter til dropstativ, evt. ernæringspumpe mm.

Sygehuset har udgifter til diagnosticering af patienten, evt. anlæggelse af sonde, rådgivning af den kommunale sygepleje i forbindelse med sondeernæringen mm.

Plan for monitorering og evaluering

Følgegruppen foreslår, at en samarbejdsaftale om sondeernæring monitoreres årligt i ift.:

- hvor mange patienter, hver kommune hjælper med at administrere behandlingen i eget hjem
- Hvor mange behandlinger, de får i gennemsnit

To år efter implementering foreslås det, at der udføres en evaluering, som også sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det betyder at ovenstående suppleres med en undersøgelse af:

- Hvordan samarbejdet om kompetenceudvikling fungerer
- Registrerede utilsigtede hændelser og andre uhensigtsmæssige forhold
- Undersøgelse af patienter og pårørendes oplevelser med aftalen.
- Mv.

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	Nej
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	Ja
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja

**Hvis "Ja" til jura eller "Nej" til kompetencer eller sikkerhed uddybes problemstillingen i det følgende afsnit*

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

I kvalitetstandarderne for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er sondeernæring defineret som en opgave, der lokalt skal udarbejdes en samarbejdsaftale for.

Følgegruppen bemærker, at der i den regionale instruks for sondeernæring bør være fokus på, at ved længerevarende forløb bør PEG-sonden foretrækkes over nasogastriske ernæringssonde, hvis det behandlingsmæssigt er muligt.

Følgegruppen bemærker, at fordeling af udgifter til borgere i behandling med sondeernæring den seneste tid har været til debat. Følgegruppen mener i tråd med den tværsektorielle arbejdsgruppe for behandlingsredskaber og hjælpemidler, at Vejledning nr. 115 af 8. december 2006 (afsnit 4) er gældende for samarbejdsaftalens målgruppe. Sygehusafdelinger bør dog altid prioritere at oplære patienter til selv at kunne administrere behandlingen i eget hjem.

Følgegruppen bemærker, at kommunerne på nuværende tidspunkt organiserer administrationen af sondeernæring forskelligt ift. hvilken faggruppe, der varetager indsatsen. I nogle kommuner er opgaven forbeholdt sygeplejersker, i andre løses hele eller dele af opgaven af social- og sundhedsassistenter. Følgegruppen påpeger, at opgaven med at opstarte sondeernæring og skifte sonde ikke må delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske, men at der på lokalt initiativ kan tages stilling til, andre dele af arbejdsopgaven kan udføres af andre faggrupper, så længe det sikres, at de nødvendige kompetencer er til stede.

Følgegruppen vurderer, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencer ift. administration af sondeernæring både for sygeplejersker og evt. social- og sundhedsassistenter. Denne kompetenceudvikling kan foregå ved lokal intern oplæring i kommunerne.

Følgegruppen bemærker, at kommunerne løbende skal tilpasse kapaciteten og ressourcerne i de kommunale akutfunktioner, men understreger, at det er vigtigt, at samarbejdet udvikles i et gensidigt og aftalt tempo igennem en løbende dialog mellem kommune og sygehus.

Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum at gå videre med at udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale om sondeernæring.



Model til vurdering af opgaveoverdragelse

Et styrket tværsektorielt samarbejde mellem den primære og sekundære sundhedssektor, herunder delegation af sundhedsopgaver, er nødvendigt for at sikre fortsat udvikling og effektivitet i det danske sundhedsvæsen, såvel ud fra hensynet til patientens forløb som til at varetage opgaverne på laveste effektive omkostningsniveau. Det er som en del af Sundhedsaftalen 2015-18 aftalt, at der i regi af Det Administrative Kontaktforum skal udarbejdes en model for aftalt og planlagt opgaveoverdragelse.

Modellen skal sikre en planlagt og aftalt opgaveoverdragelse igennem tre trin:

1. Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse
2. Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag for drøftelse i Det Administrative Kontaktforum
3. Udarbejdelse af samarbejdsaftale

Information om og eksempler på besvarelse af de enkelte spørgsmål findes i vejledningen.

Område:

Parenteral ernæring

Dato:

Udfyldt af arbejdsgruppen den 14. august 2017

Opdrag:

Det Administrative Kontaktforum og Sundhedskoordinationsudvalget har hhv. den 27. januar og den 28. februar 2017 godkendt, at Følgegruppen for opgaveoverdragelse undersøger potentialet for et formaliseret samarbejde mellem sygehus og kommune om parenteral ernæring i eget hjem. Arbejdet er forankret i implementeringen af Sundhedsstyrelsens "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen".

Trin 1: Faglig vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse

Den faglige vurdering skal udfyldes af en arbejdsgruppe bestående relevante fagpersoner fra sygehuse, kommuner og almen praksis. Arbejdsgruppen koordineres og sekretariatsbetjenes af følgegruppen for opgaveoverdragelse.

Udfyldt af (arbejdsgruppe, navn, titel):

Arbejdsgruppe for afdækning af parenteral ernærings potentiale for overdragelse

Biddy Madsen, Udviklingssygeplejerske, Odense Kommune
Kirsten Bisgaard, Oversygeplejerske, Sygehus Lillebælt
Niels Dieter Röck, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital
Karin Christensen, Leder, Vejle Kommune
Ditte Churruca, Praktiserende læge, Sønderborg
Michael Aundal, Sundhedsfaglig udviklingskonsulent, Aabenraa Kommune
Anna Marie Skovgård, Udviklingssygeplejersker, Fredericia Kommune
Helene Schaldemose, AC-fuldmægtig, Sydvestjysk Sygehus
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Allan Vittrup Pedersen (medsekretær), Chefkonsulent, Odense Kommune
Anders Fournaise (medsekretær), Konsulent, Region Syddanmark

Suppleret med repræsentanter fra arbejdsgruppen vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler:
Joan Granerud, Centerchef, Sygehus Sønderjylland
Arne Vesth Pedersen, Specialkonsulent, Region Syddanmark
Rigmor Jensen, Leder af sygeplejen, Varde kommune

BESKRIVELSE

Titel for opgaveoverdragelse

Formalisering af samarbejdet om parenteral ernæring til patienter i eget hjem.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At styrke patienters mulighed for at modtage parenteral ernæring i eget hjem.

Beskrivelse af opgaven som den løses i dag

Nogle patienter kan ikke ind- eller optage tilstrækkelig næring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring. Disse patienter får derfor tilbud om parenteral ernæring enten i en kortere periode eller livslangt. Parenteral ernæring er flydende føde, der igennem et centralt venekateter (CVK) løber direkte ind i en stor blodåre og derved helt uden om mave og tarme.

CVK'et anlægges under indlæggelse, og patienten får de første infusioner i forlængelse heraf. Herefter oplæres de fleste patienter i selv at administrere behandlingen, evt. med støtte fra pårørende. Et mindre antal patienter har dog brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle i ambulans behandling på sygehuset.

Det er den behandlende sygehusafdeling, som har det lægefaglige ansvar for behandlingen, hvad enten den udføres på sygehuset eller under delegation patientens i eget hjem. Når lægen har ordineret behandling med parenteral ernæring, har sygeplejersken typisk til opgave at håndtere behandlingen og oplære patienten i at administrere den.

Ved udskrivelse udleveres de nødvendige remedier og de første poser ernæring til patienten. Efterfølgende leverer sygehusapoteket poser med ernæring og væske i faste intervaller.

Der er tale om en heterogen patientgruppe med forskellige ernærings- og sygdomsmæssige problemstillinger. Alderen kan variere, og der kan være tale om borgere i eget hjem såvel som borgere, der bor på plejehjem eller har ophold på aflastningspladser.

Beskrivelse af målgruppen for behandlingen efter overdragelse

Målgruppen er patienter med tarminsufficiens eller tarmsvigt, som ikke kan ind- eller optage tilstrækkelig næring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring, og som:

- har et ikke-indlæggelseskrævende behov for behandling, der bedst varetages tæt på patientens hverdag
- ikke selv, eller ved pårørendes hjælp, kan administrere behandlingen, og derfor har brug for understøttelse fra den kommunale sygepleje.
- er stabil og vurderet lægefagligt egnet.

Hjemmet skal ligeledes være egnet. Denne vurdering beror på en samtale med patienten, sygehusafdelingen og den kommunale sygepleje.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Parenteral ernæring er i Sundhedsstyrelsens *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygepleje* defineret som en opgave, akutfunktioner skal kunne løse, og der skal i regi af sundhedsaftalesamarbejdet indgås aftaler herom.

Administration af parenteral ernæring i borgerens eget hjem er ikke en ukendt opgave for de kommunale sygeplejer i de syddanske kommuner. I en rundspørge, ultimo maj 2017, angav 17 ud af 22 kommuner, at de allerede i dag administrerer parenteral ernæring. Endvidere konkluderede Det Administrative Kontaktforum på deres møde den 25. september 2014, at heparinisering (gennemskylning) af CVK kan løses i de kommunale sygeplejer.

Samarbejdet mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og den kommunale sygepleje om parenteral ernæring beror primært på individuelle aftale om hver enkelt patient, men enkelte kommuner har lavet samarbejdsaftaler, som formaliserer samarbejdet. Blandt andet har Odense Kommune og Odense Universitetshospital primo 2017 indgået en samarbejdsaftale om parenteral ernæring.

Hvordan skal opgaven løses fremadrettet

Sygehuset er ansvarlig for, at patienten sendes hjem med et velfungerende CVK, og at der medsendes remedier og ernæringspræparater til det antal dage, som det forventes, at patienten skal være i behandling. Typisk medsendes ernæringspræparater til 14 dage, hvorefter sygehusapoteket i faste intervaller leverer ernæringspræparater på patientens bopælsadresse.

Derudover er sygehuset ansvarlig for:

- At patienten er informeret mundtlig og skriftligt om udskrivelsen og behandling med parenteral ernæring
- At udskrivelse sker i overensstemmelse med SAM:BO aftalen
- At ordinere og dokumentere behandling med parenteral ernæring i FMK
- At medsende oplysninger om behandlingsansvarlig afdeling
- At medsende eller henvise til de instrukser, der skal anvendes ifm. behandlingen
- At det er muligt at komme i kontakt med den ordinerende sygehusafdeling 24/7

Sygeplejersker i kommunen har ansvaret for at administrere behandlingen med parenteral ernæring i borgerens eget hjem eller på en kommunal sundhedsklinik. Den kommunale sygepleje administrerer behandlingen ud fra den lægeordnede behandlingsplan og den regionale instruks samt en kommunal instruks for håndtering af behandling med parenteral ernæring.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har ansvar for løbende at følge op på samarbejdet om parenteral ernæring.

JURA

Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?

Der er ikke lovmæssigt forbud mod delegation af behandling med parenteral ernæring. Sundhedsstyrelsen har defineret parenteral ernæring som en opgave, der skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner.

SIKKERHED

Arbejds miljø

Sygeplejersker er uddannet i hygiejne og i at håndtere medicinsk affald som følge af behandling med fx parenteral ernæring. Der vurderes ikke at være problemer i forhold til bortskaffelse af det medicinske affald (dropslange og medicinrester) ifm. behandling med parenteral ernæring. Hvis ernærings- og væskeposerne er tomme, og dropslangen er taget ud, kan det kasseres som alm. dagrenovation. Til den skarpe studs anvendes en gul beholder til medicinsk affald.

Remedier og tekniske aspekter

Jf. "Casekatalog – Behandlingsredskaber og hjælpemidler i Region Syddanmark – Regionens og kommunernes vejledning om ansvarsfordeling leverer regionen:

- Ernærings- og tilsætningspræparater
- Evt. tyndevæsker
- Infusionspumpe (inkl. infusions sæt) såfremt den er lægefagligt ordineret
- Dropstativ
- Remedier til CVK-pleje

Stamafdelingen har ansvaret for, at patienten har det fornødne i hjemmet. Parenteral ernæring samt

tilsætninger leveres fra sygehusapoteket eller fra leverandør/producent. Øvrige remedier kan leveres fra afdelingen, sygehusapoteket eller ekstern leverandør i henhold til sygehusets instrukser.

Kommunen leverer værnemidler.

Hygiejne

I henhold til den gældende [vejledning om hjemmesygepleje](#) er der ingen særlige hygiejniske problemstillinger i forhold til behandling med parenteral ernæring, som ikke kan løses af en kommunal sygeplejerske. Der kan være hygiejnemæssige forhold i borgerens hjem, som vanskeliggør behandling med parenteral ernæring. Er dette tilfældet, bør den ordinerende sygehusafdeling og den kommunale hjemmesygepleje gå i dialog herom.

Patientsikkerhed

Med rette organisering vurderes det patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at tilbyde borgere behandling med parenteral ernæring i eget hjem.

Den kommunale sygepleje skal have de nødvendige kompetencer og grundlæggende viden om parenteral ernæring og administration heraf, jf. følgende afsnit.

Ved at tilbyde behandlingen i eget hjem er der ligeledes mulighed for at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner.

ANSVAR OG KOMPETENCER

Det lægefaglige behandlingsansvar

Det er den ordinerende/udskrivende sygehusafdeling, der har det lægefaglige behandlingsansvar.

Ansaret indebærer:

- At ordinere og forberede den relevante behandling med parenteral ernæring
- At foretage en vurdering af, om patienten kan behandles i hjemmet
- At udarbejde en plan for behandlingen, herunder behandlingsophør/ændring til anden administrationsform, evt. blodprøvetagning, evt. ambulante kontroller mv.
- At de aktuelle ordinationer og evt. ændringer opdateres og sendes i korrespondance til kommunen og egen læge.
- At den kommunale sygepleje kan kontakte det behandlende afsnit døgnet rundt på et oplyst telefonnummer.
- At håndtere eventuelle komplikationer forbundet med anvendelsen af parenteral ernæring

I nogle tilfælde vil patienter få ordineret og påbegynde parenteral ernæring på et andet sygehus end det lokale. I de tilfælde er det en del af det lægefaglige behandlingsansvar at sikre, at sygehuset i lokalområdet kan hjælpe, hvis der opstår komplikationer, eller hvis der er behov for at få udleveret flere

remedier eller parenteral ernæring.

Efter afslutning af parenteral ernæring og ved anden sygdom (ikke relateret til parenteral ernæring) har patientens praktiserende læge behandlingsansvaret.

Det lægefaglige behandlingsansvar er præciseret i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen samt i Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om sundhedsprofessionelles benyttelse af medhjælp.

Medhjælpens kompetencer og evt. behov for kompetenceudvikling

Den kommunale sygeplejerske skal besidde grundlæggende viden om parenteral ernæring og en række plejemæssige kompetencer for at kunne varetage opgaven. Det drejer sig mere specifikt om følgende kompetencer:

- Pleje og heparinisering (gennemskylning) af CVK
- Observation af CVK og forebyggelse af komplikationer

Ift. heparinisering af CVK konkluderede Det Administrative Kontaktforum på mødet den 25. september 2014, at denne opgave allerede løses i regi af den kommunale sygepleje.

Et godt eksempel er Medicinsk Tarm-mave Afdeling S på OUH, som har lavet et kompendium, som indeholder den nødvendige viden, som hjemmesygeplejen skal besidde, og som kan fungere som udgangspunkt for evt. kompetenceudvikling. Afdeling S tilbyder to gange årligt en uddannelsesdag for kommunale sygeplejersker, som varetager opgaven i borgerens hjem.

Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om parenteral ernæring. En plan for samarbejdet om kompetenceudvikling bør fremgå af en eventuel samarbejdsaftale.

Antallet af patienter og opgavens omfang taget i betragtning vurderes det, at kompetenceudviklingen med fordel kan koordineres og udbydes i regi af de lokale samordningsfora.

Videre delegation

Opgaven må ikke delegeres til andre end den kommunale sygeplejerske.

BORGERENS/PATIENTENS PERSPEKTIV

Det samlede behandlings- og rehabiliteringsforløb

Patienters liv forandrer sig, når mave og tarme ikke fungerer. Muligheden for at modtage parenteral ernæring i eget hjem er med til at højne patienternes livskvalitet og mulighed for at føre et så normalt liv som muligt, herunder passe et arbejde.

Patientens økonomi

Behandling med parenteral ernæring i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten.

ten, da sygehuset leverer de nødvendige remedier, parenteral ernæring m.m. i forhold til behandlingens hyppighed og varighed.

SUNDHEDSSAMARBEJDE OG ØKONOMISKE ASPEKTER

Forventet antal patienter pr. år

Som tidligere nævnt kan mange patienter oplæres i selv at administrere deres parenterale ernæring, evt. ved hjælp fra pårørende. Denne praksis vil naturligvis fortsætte, selvom en samarbejdsaftale implementeres. Samarbejdsaftalen gælder således for de patienter, som ikke kan oplæres, og som ikke har pårørende, der kan oplæres i behandlingen.

Medicinsk Mave-tarm-afdeling S på Odense Universitetshospital har erfaring med at oplære patienter og pårørende i at administrere deres behandling. Afdelingen har den 17. august 2017 90 patienter, der skal have parenteral ernæring efter udskrivelse. 45 af de patienter har brug for hjælp fra den kommunale sygepleje til at administrere behandlingen.

For at vurdere et forventet antal patienter, har Odense og Vejle kommune trukket data på, hvor mange patienter de øjeblikkeligt har i behandling med parenteral ernæring. Vejle kommune havde den 15. august 2017 7 borgere og Odense kommune havde den 16. august 2017 9 borgere, der modtog hjælp til behandling med parenteral ernæring i eget hjem.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Vejle og Odense kommune beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjebliksbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	3
Assens	2
Billund	1
Esbjerg	6
Faaborg-Midtfyn	3
Fanø	0
Fredericia	3
Haderslev	3
Kerteminde	1
Kolding	5
Langeland	1
Middelfart	2
Nordfyns	2
Nyborg	2
Odense	11
Svendborg	3
Sønderborg	4
Tønder	2
Varde	3
Vejle	2

Vejle	6
Ærø	0
I alt	65

Udgifter og omkostninger

Der er tale om en relativt lille patientgruppe, men der er stor forskel på, hvor længe patienter vil have brug for parenteral ernæring. For nogen er der tale om livsvarigbehandling. Sygehuset afholder udgiften til remedier og ernæringspræparater jf. det foregående afsnit om remedier og tekniske aspekter.

Det bemærkes, at der ikke lægges op til nogen ændret udgiftsfordeling i forhold til det samarbejde, som allerede i dag finder sted i forhold til parenteral ernæring.

Der er stor forskel på, hvordan behandling med parenteral ernæring afvikles både ift. opsætning, igangsætning, indløbstid mm. Nedenstående er et eksempel på udgifter og omkostninger for sygehuse og kommuner ved én behandling/dag.

Færdiggørelse af behandling i eget hjem:

Den kommunale sygeplejerske skal typisk besøge borgeren to gange ifm. én behandling - en gang ved opstart og en gang ved afslutning af behandlingen, begge opgaver varer typisk 30 min. Hertil kommer transport i dette tilfælde sat til to x 15 min. Samlet 1 time og 30 min pr. behandling a 356 kr. per time. Det giver en kommunale udgift per behandling på:

$$1,5t * 356 \text{ kr.} = \underline{534 \text{ kr. pr. behandling/dag}}$$

Dertil kommer en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, værnemidler mm.

Hertil kommer sygehusets udgifter til remedier og ernæringspræparater:

- Ernæringspræparater*	180 kr.
- Tilsætningspræparater*	71 kr.
- Overføringskanyle	6 kr.
- Tyndevæsker* (NaCL 1000 ml)	8 kr.
- Dropsæt	11 kr.
- Remedier til CVK-pleje (klorhexidinswaps og CVK plaster)	2 kr.
Samlet udgift for sygehuset ved en behandling i hjemmet	<u>278 kr.</u>

*Priserne på ernæringspræparater, tilsætningsstoffer og tyndevæsker afhænger af præparattype. Ovenstående er et gennemsnit af priser på forskellige typer af præparater.

Herudover har sygehuset udgifter til evt. diagnosticering af patienten, anlæggelse af CVK og opstart af behandlingen på sygehuset, infusionspumpe (hvis lægeordinæret), dropstativ, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Trin – 2: Fælles forståelses-/beslutningsgrundlag

På baggrund af den faglige vurdering af potentialet for opgaveoverdragelse udfylder følgegruppen et beslutningsgrundlag, som præsenteres for Det Administrative Kontaktforum med henblik på beslutning om overdragelse og videre udarbejdelse af en samarbejdsaftale (trin 3).

Område:

Parenteral ernæring

Dato

Udfyldt af arbejdsgruppen den 14. august 2017

Beskrivelse af opgaven

Nogle patienter kan ikke ind- eller optage tilstrækkelig næring via alm. kost, drikkeprodukter og/eller sondeernæring. Disse patienter får derfor tilbud om parenteral ernæring enten i en kortere periode eller livslangt. Parenteral ernæring er flydende føde, der igennem et centralt venekateter (CVK) løber direkte ind i en stor blodåre og derved helt uden om mave og tarme.

CVK'et anlægges under indlæggelse, og patienten får de første infusioner i forlængelse heraf. Herefter oplæres de fleste patienter i selv at administrere behandlingen, evt. med støtte fra pårørende. Et mindre antal patienter har dog brug for hjælp fra kommunen for at undgå at skulle i ambulans behandling på sygehuset.

Følgegruppen for opgaveoverdragelse har, sammen med en faglig arbejdsgruppe, undersøgt potentialet for et formaliseret samarbejde mellem Region Syddanmarks sygehusenheder og de 22 syddanske kommuner. Et samarbejde, hvor behandlingen skal foregå på samme faglige niveau som på sygehuset, men hvor patienten får mulighed for at modtage en del af behandlingen i eget hjem og derved forblive tæt på og drage nytte af sit sociale nærmiljø.

Hvad er formålet med at overdrage opgaven?

At give patienter, som ikke selv eller ved hjælp fra pårørende, kan varetage parenteral ernæring, bedre mulighed for at modtage behandlingen i eget hjem. Endvidere er parenteral ernæring i kvalitetsstandarderne for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen defineret som en opgave, der lokalt skal udarbejdes en samarbejdsaftale for.

Videns- og erfaringsgrundlag for overdragelse af opgaven

Følgegruppen vurderer, at de kommunale sygeplejer i løbet af de seneste år har oparbejdet et solidt videns- og erfaringsgrundlag for administration af parenteral ernæring i borgeres eget hjem. Erfaringerne er beskrevet i trin 1.

I april 2017 har Sundhedsstyrelsen udgivet "[Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen](#)". Kvalitetsstandarder beskriver en række opgaver inden for tidlig opsporing, behandling og pleje, som fremadrettet skal kunne håndteres af de kommunale akutfunktioner. Parenteral ernæring er angivet som en opgave, der fra den 1. januar 2018 skal kunne løses i regi af de kommunale akutfunktioner, og som der i regi af Sundhedsaftalen skal indgås en samarbejdsaftale om.

Beskrivelse af væsentlige konsekvenser ved overdragelse fra borgerens/patientens perspektiv

Patienters liv forandrer sig, når mave og tarme ikke fungerer. Muligheden for at modtage parenteral ernæring i eget hjem er med til at højne patienternes livskvalitet og mulighed for at føre et så normalt liv som muligt, herunder passe et arbejde.

Følgegruppen vurderer, at de kommunale hjemmesygeplejer besidder de nødvendige kompetencer til at varetage administrationen af parenteral ernæring i eget hjem. Der kan være behov for oplæring og vedligeholdelse af kompetencer og viden om parenteral ernæring. En plan for samarbejdet om kompetenceudvikling bør fremgå af en eventuel samarbejdsaftale. Antallet af patienter og opgavens omfang taget i betragtning vurderes det, at kompetenceudviklingen med fordel kan koordineres og udbydes i regi af de lokale samordningsfora.

Behandling med parenteral ernæring i eget hjem vil i udgangspunktet være udgiftsneutralt for patienten, da sygehuset leverer de nødvendige remedier, parenterale ernæring mm. iht. behandlingens hyppighed og varighed.

Forventet antal patienter pr. år

Mange patienter kan oplæres i selv at administrere deres parenterale ernæring, evt. ved hjælp fra pårørende. Denne praksis vil naturligvis fortsætte, selvom en samarbejdsaftale implementeres. Samarbejdsaftalen gælder således for de patienter, som ikke kan oplæres, og som ikke har pårørende, der kan oplæres i behandlingen.

Medicinsk Mave-tarm-afdeling S på Odense Universitetshospital har erfaring med at oplære patienter og pårørende i at administrere deres behandling. Afdelingen har den 17. august 2017 90 patienter, der skal have parenteral ernæring efter udskrivelse. 45 af de patienter har brug for hjælp fra den kommunale sygepleje til at administrere behandlingen.

For at vurdere et forventet antal patienter, har Odense og Vejle kommune trukket data på, hvor mange patienter de øjeblikkeligt har i behandling med parenteral ernæring. Vejle kommune havde den 15. august 2017 7 borgere og Odense kommune havde den 16. august 2017 9 borgere, der modtog hjælp til behandling med parenteral ernæring i eget hjem.

I nedenstående tabel er der på baggrund af data fra Vejle og Odense kommune beregnet en faktor, som er ekstrapoleret til de øvrige 21 kommuner på baggrund af det samlede befolkningstal – der er altså ikke taget højde for fx antallet af borgere med kronisk sygdom eller andelen af ældre. Det skal i øvrigt bemærkes, at data baserer sig på et øjeblikbillede og derfor ikke medregner variationer i antallet af borgere i behandling over en længere periode.

Kommune	Forventet antal patienter i kontinuerlig behandling
Aabenraa	3
Assens	2
Billund	1
Esbjerg	6
Faaborg-Midtfyn	3
Fanø	0
Fredericia	3
Haderslev	3
Kerteminde	1
Kolding	5
Langeland	1
Middelfart	2
Nordfyns	2
Nyborg	2
Odense	11
Svendborg	3
Sønderborg	4
Tønder	2
Varde	3
Vejen	2
Vejle	6
Ærø	0
I alt	65

Beskrivelse af økonomiske aspekter ved overdragelse

Der er tale om en relativt lille patientgruppe, men der er stor forskel på, hvor længe patienter har brug for parenteral ernæring. For nogen er der tale om livsvarig behandling.

Der er også stor forskel på, hvordan behandling med parenteral ernæring afvikles både ift. opsætning, igangsætning, indløbstid mm. Ser vi på udgifter og omkostninger for én behandling/døgn for sygehuse og kommuner, nærmere beskrevet i trin 1, vurderes en gennemsnitsbehandling at ville koste en kommune ca. 534 kr. Dertil kommer en engangsydelse på 1 time a 356 kr. pr forløb til visitering, modtagelse af opgaven, mm. Et sygehus vurderes at ville have gennemsnitlig udgift til remedier og medicin på ca. 278 kr. pr. behandling/døgn. Hertil kommer udgiften til diagnosticering, anlæggelse af CVK og opstart af behandlingen på sygehuset, infusionspumpe (hvis lægeordineret), dropstativ, rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje i forbindelse med behandlingen mm.

Følgegruppen bemærker, at der er tale om en relativt lille patientgruppe, men at de kan have brug for hjælp fra den kommunale sygepleje i mange år. Ift. fordeling af udgifter ifm. parenteral ernæring, skal det dog bemærkes, at der ikke lægges op til en ændret fordeling af udgifterne vedr. behandlingen af den enkelte patient ift. det samarbejde om parenteral ernæring, som allerede finder sted i dag.

Plan for monitorering og evaluering

Følgegruppen foreslår, at en samarbejdsaftale om parenteral ernæring monitoreres årligt i ift.:

- hvor mange patienter, hver kommune hjælper med at administrere behandlingen i eget hjem
- Hvor mange behandlinger, de får i gennemsnit

To år efter implementering foreslås det, at der gennemføres en evaluering, som også sætter fokus på det tværsektorielle samarbejde. Det betyder at ovenstående suppleres med en undersøgelse af:

- Hvordan samarbejdet om kompetenceudvikling fungerer
- Registrerede utilsigtede hændelser og andre uhensigtsmæssige forhold
- Undersøgelse af patienter og pårørendes oplevelser med aftalen.
- Mv.

OMRÅDE	SPØRGSMÅL	Ja/Nej*
JURA	Er der lovmæssige forbud mod delegation af opgaven?	Nej
KOMPETENCER	Er de nødvendige kompetencer til stede?	Ja
SIKKERHED	Er det arbejdsmiljømæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja
	Er patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt at overdrage opgaven?	Ja

**Hvis "Ja" til jura eller "Nej" til kompetencer eller sikkerhed uddybes problemstillingen i det følgende afsnit*

Eventuelle faglige bemærkninger, problemstillinger og spørgsmål

I kvalitetstandarderne for de kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen er parenteral ernæring defineret som en opgave, der lokalt skal udarbejdes en samarbejdsaftale for.

Følgegruppen bemærker, at der er tale om en relativt lille patientgruppe, men at de kan have brug for hjælp fra den kommunale sygepleje i mange år. Ift. til fordeling af udgifter ifm. parenteral ernæring, skal det dog bemærkes, at der ikke lægges op til en ændret fordeling af udgifterne vedr. behandlingen af den enkelte patient ift. det samarbejde om parenteral ernæring, som allerede finder sted i dag.

Følgegruppen bemærker, at jf. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder skal de kommunale akutfunktioner være døgnbemandet, ligesom kommunerne løbende skal tilpasse kapaciteten og ressourcerne i de kommunale akutfunktioner. Det er dog vigtigt, at samarbejdet udvikles i et gensidigt og aftalt tempo igennem en løbende dialog mellem kommune og sygehus.

Følgegruppen vurderer, at der kan være behov for en kort oplæring og vedligeholdelse af kompetencer ift. administration af parenteral ernæring. Kompetenceudviklingen kan med fordel foregå i regi af de lokale samordningsfora og bør indgå i en evt. samarbejdsaftale.

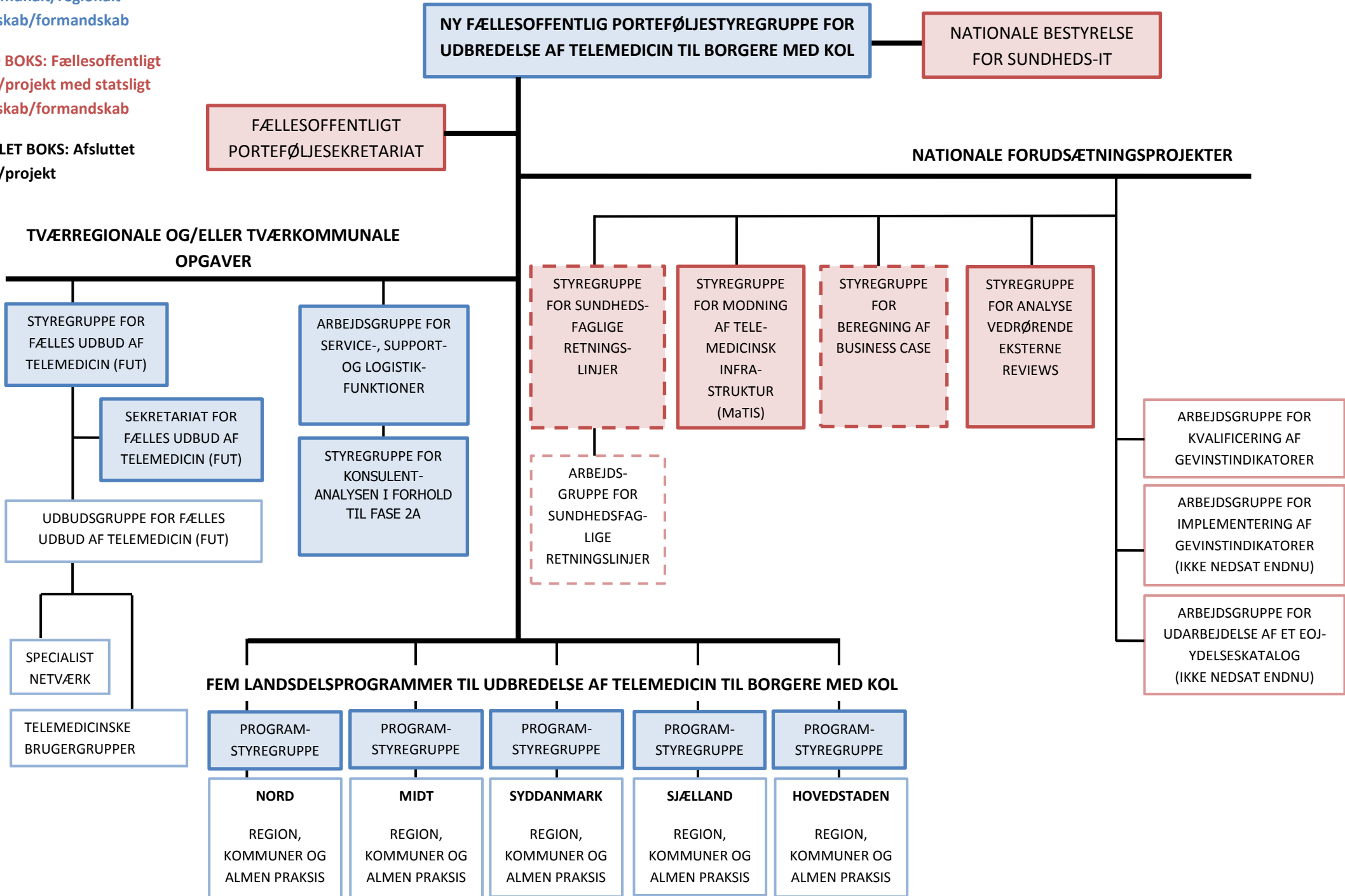
Følgegruppens vurdering og indstilling

Følgegruppen anbefaler Det Administrative Kontaktforum at gå videre med at udarbejde et udkast til en samarbejdsaftale om parenteral ernæring.

BLÅ BOKS: Fora/projekt med kommunalt/regionalt ejerskab/formandskab

RØD BOKS: Fællesoffentligt fora/projekt med statsligt ejerskab/formandskab

STIPLET BOKS: Afsluttet fora/projekt





Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for opgaveoverdragelse					
Samtalestøtte til stressramte og langtidssygemeldte borgere	Arbejdsgruppen mødes første gang d. 23. maj 2017. Det forventes, at gruppen skal mødes i alt tre gange.	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet primo 2018. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet primo 2018.		Primo 2018	
Indsatser i de kommunale akutfunktioner (Kvalitetsstandarder for	- Intravenøs væskebehandling - Intravenøs og subcutan medicinadministration	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/6 2017	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 31/10 2017	Ultimo 2017	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen – krav og anbefalinger)		M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet d. 22/9 2017. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet d. 31/10 2017.			
	- Sondeernæring - Parenteral ernæring	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 22/9 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017. M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU på mødet d. 19/12 2017.	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU på mødet d. 19/12 2017	Primo 2018	
	- Akutte bed-side blod- prøver - Prøvetagning til mikrobiologiske undersøgelser	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK primo	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU primo 2018	Første kvartal 2018	



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
		2018 M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU primo			
	<ul style="list-style-type: none"> - Anlæggelse og pasning af dræn - Kateteranlæggelse 	M1: Modellens Trin 1 og 2 behandles i DAK på mødet d. 23/11 2017 M2: Modellens Trin 3 (samarbejdsaftale) behandles i DAK primo 2018 M3: Samarbejdsaftalen behandles i SKU primo	Samarbejdsaftalerne forventes præsenteret for SKU primo 2018	Første kvartal 2018	
Samarbejdsaftale for blodprøvetagning i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af Sundhedskoordinationsudv alget d. 21/6 2016, Sundhedssamordningsudva lget d. 13/9 2016, Forretningsudvalget d. 14/9 2016 og Regionsrådet d. 23/9 2016.			Region Syddanmarks sygehus og de 22 syddanske kommuner er orienteret om samarbejdsaftalens ikrafttræden d. 1/1 2017 og mulighed for at indgå den nye aftale om blodprøvetagning i eget hjem. Endvidere er sygehuse og kommuner instrueret i, at de skal	Det er aftalt at samarbejdsaftalen skal evalueres to år efter implementering, dvs. september 2018.



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
				opsige de eksistere	
Modellen for planlagt og aftalt overdragelse	Model for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse blev godkendt på DAK mødet d. 23/11 2016. Modellens anvendelse blev aftalt på baggrund af en temadrøftelse på DAK's møde d. 27/1 2017.		DAK godkendte på deres møde d. 27/1 2017 modellens anvendelse. SKU godkendte på deres møde d. 28/2 2017 modellen for planlagt og aftalt opgaveoverdragelse.		
Samarbejdsaftale for patienter i behandling med lavpotent kemoterapi i eget hjem	Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK den 22. juni 2017.			Samarbejdsaftalen blev optil DAK's møde den 22. juni 2017 revideret og inkludere nu både Cytosar og Vidaza. Denne information er kommunikeret til de syddanske kommuner og Hæmatologisk afdeling X på OUH	Anvendelsen af samarbejdsaftalen monitoreres halvårligt. I perioden d. 1/1– 30/6 2017 har 6 patienter modtaget behandling med cytosar i eget hjem. Antallet er fortsat lavere end forventet. Næste gang DAK og SKU vil modtage en opdatering på samarbejdsaftalens anvendelse er på det første møde i det nye år. Her vil opgørelsen vedrøre anvendelsen af den reviderede samarbejdsaftale.

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle11	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for behandling og pleje					
Prioriterede indsættelser					
Videreudvikling af SAM:BO i.f.t. socialpsykiatri	DAK besluttede på møde den 15. juni 2016 at nedsætte en arbejdsgruppe, som videreudvikler SAM:BO i forhold til socialpsykiatrien. DAK godkendte den 22. juni 2017 det forelagte hørsningsudkast til tre nye SAM:BO forløb, der omhandler kommunikation og samarbejde mellem både det somatiske og det psykiatriske sygehus og socialpsykiatrien i kommunerne. Forløbene er sendt i høring i perioden 1. juli 2017 til 28. august 2017, med henblik på forelæggelse i Følgegruppen for behandling og pleje på møde 12. oktober samt endelig godkendelse i Det Administrative Kontaktforum den 23. november 2017. Forslag til implementeringsplan, beskrivelse af nøgleord samt den tilrettede samlede SAM:BO-aftale vil ved samme lejlighed blive fremsendt til godkendelse i DAK. Det samlede materiale forelægges SKU til godkendelse den 19. december 2017.	12-10-17: Endeligt materiale til godkendelse i Følgegruppen.	23-11-17: Endeligt materiale til godkendelse i DAK. 19-12-17: Endeligt materiale til godkendelse i SKU.		
Samarbejdsaftale om FMK	DAK har på møde den 27. januar 2017 godkendt, at der ikke på nuværende tidspunkt udarbejdes en Samarbejdsaftale vedr. FMK.				DAK besluttede på møde den 27. januar 2017, at monitorering af ajourføringsprocenter for FMK samt evt. audit overgår til Følgegruppen for økonomi, effekt og kvalitet.
Tværsætoriel FMK arbejdsgruppe	Det Administrative Kontaktforum har på møde den 29. januar 2016 godkendt kommissorium for den tværsætorielle FMK-gruppe under Følgegruppen for behandling og pleje. Arbejdsgruppen afrapporterer løbende til følgegruppen. Arbejdsgruppen er en proaktiv arbejdsgruppe, der har fokus på tværsætorielle problemstillinger i forbindelse med implementeringen af FMK. Der har været afholdt FMK-netværksmøde den 29. marts 2017. Arbejdsgruppen oplyste til følgegruppen den 17. august 2017, at der arbejdes videre med dannelse af netværksgrupper, som knyttes til de 5 sygehuseheder.	Der indhentes halvårlig status i april og okt.			
Særlige opgaver					
Samarbejdsaftalen om patienter med uhelbredelig livstruende sygdom og forventet kort levetid i Region Syddanmark	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har revideret aftalen. Samarbejdsaftalen er godkendt af DAK og trådte i kraft d. 1. juni 2016. Implementeringen forløber planmæssigt. Sundhedsstyrelsen arbejder med at revidere deres anbefalinger for den palliative indsats. Arbejdet forventes færdigt i efteråret 2017. Herefter vurderer Kontaktgruppen (bestående af regionale SOF sekretærer), om der er behov for opdatering af samarbejdsaftalen. Følgegruppen informeres herom - evt. med forslag til kommissorium for en arbejdsgruppe. Er der ikke behov for at opdatere samarbejdsaftalen, foreslås det, at behovet igen vurderes i juni 2019, hvor samarbejdsaftalen er tre år gammel.	Der gives helårlig status til Følgegruppen for Behandling og pleje (møjl.).			DAK besluttede den 22. juni 2017 (pkt. 23 vedr. udmøntning af Kræftplan IV), at Følgegruppen ser på behovet for tværsætoriel opfølgning i Syddanmark i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en palliativ indsats, når den foreligger i revideret udgave.
Implementering af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og hjemmepleje	DAK godkendte den 19. marts 2015, at implementeringen af elektronisk kommunikation mellem psykiatri og kommuner omkring borgere, der modtager eller har behov for hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje, blev påbegyndt med udgangspunkt i MedCom-standarderne indlæggelsesrapport, plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. Implementeringen er påbegyndt den 1. december 2015, og der er udpeget nøglepersoner for kommunerne. Implementeringen er igangsat og sker lokalt via nøglepersoner i kommune og på sygehus/afdelinger.	Der gives en halvårlig status på implementering/data på rapporttyper. 12-10-17: Status på følgegruppemøde.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle/1	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Revision af forløbene for SAM:BO (Somatik og psykiatri)	DAK godkendte de reviderede SAM:BO forløb på møde den 30. marts 2017.	12-10-17: Forslag til implementeringsplan, beskrivelse af nøgleord samt en gennemskrivning af den samlede SAM:BO-aftale forelægges Følgegruppen sammen med sag vedr. videreudvikling af SAM:BO. 11-12-17: Den tværsektorielle SAM:BO arbejdsgruppe afleverer sin første status til Følgegruppen for Behandling og pleje.	23-11-17: Forslag til implementeringsplan, beskrivelse af nøgleord samt en gennemskrivning af den samlede SAM:BO-aftale forelægges DAK sammen med sag vedr. videreudvikling af SAM:BO.	Arbejdsgruppen arbejder videre med udvikling af undervisningsmateriale til nøglepersoner. Nøglepersoner uddannes august 2017, og vil herefter skulle undervise i egen organisation. Forløbene forventes implementeret i 3. kvartal 2017.	
Handlingsplanen for den ældre medicinske patient 2016-19 samt tillæg til Sundhedsaftalen herom	På møde den 23. november 2016 behandlede DAK den nye nationale handlingsplan for 2016-2019. Her var der et særligt fokus på de indsatsområder, som skal koordineres i Sundhedsaftale-regi. DAK besluttede den 23. november 2016, at Følgegruppen for behandling og pleje fremadrettet er ansvarlig for at udarbejde et ramme- og retningspapir for den syddanske indsats for den ældre medicinske patient i perioden 2016-2019 samt, at DAK i forbindelse med den årlige afrapportering, orienteres om initiativernes samlede fremdrift og effekt. Der pågår i øjeblikket processer i både region og kommuner vedr. udmøntning af særligt indsatsområde 2 (akutfunktioner) og 5 (udgående funktioner og rådgivningsinitiativer). DAK besluttede den 22. juni 2017, at udarbejdelse af et ramme- og retningspapir skal afvente denne proces.	Udarbejdelse af ramme- og retningspapir afventer. Fremadrettet vil Følgegruppen for behandling og pleje samle en årlig status på initiativernes fremdrift i DAK.			
Audit/evaluering af SAM:BO	Der er pr. 1. juni 2017 trådt en ændring af sundhedsloven i kraft, som gør det muligt for autoriserede sundhedspersoner at trække og anvende data til brug for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af sundhedsvæsenet. Der er dog fortsat usikkerhed om, hvordan lovændringen skal tolkes, og hvilken betydning det har for gennemførelse af audit vedr. SAM:BO. Det forventes, at der forelægges en sag til Følgegruppen for behandling og pleje til møde den 12. oktober 2017.	12-10-17: Revurdering af sagen vedr. audit/evaluering af SAM:BO jf. lovændring.			
Casekataloget vedr. behandlingsredskaber og hjælpemidler	Afgrænsningscirkulæret tolkes via casekataloget jf. forskellige remedier herunder om det er et behandlingsredskab eller et hjælpemiddel. Behandlingsredskaber er et regionalt ansvar, mens hjælpemidler er et kommunalt ansvar. Der er nedsat en arbejdsgruppe, som har til opgave løbende at revidere og vedligeholde casekataloget. Arbejdsgruppen skal i deres afrapportering til Følgegruppen beskrive, hvad der substantielt er blevet drøftet på møderne. Herunder omfang og indhold af cases. Ankestyrelsen har besluttet, at regionen skal betale borgernes andel. Arbejdsgruppen bedes undersøge, om denne praksis er implementeret og give Følgegruppen en tilbagemelding herom.	Status gives helårligt i august. 12-10-17: Arbejdsgruppen vedr. casekataloget orienterer om ny praksis jf. betaling.			
Revision af samarbejdsaftalen på demensområdet	Den nationale handlingsplan for demens lægger i initiativ 6 op til, at der skal ske en evaluering af de eksisterende regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for demens. På baggrund af evalueringerne udarbejder Sundhedsstyrelsen faglige anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. Anbefalinger til organisering, herunder rolle og ansvarsfordeling, skal ligeledes indgå i arbejdet. Sundhedsstyrelsens arbejde igangsættes i løbet af 2017 med henblik på færdiggørelse i 2018. Herefter påbegyndes arbejdet med revision af samarbejdsaftalen på demensområdet i den tværsektorielle arbejdsgruppe.	Løbende afrapportering fra den tværsektorielle arbejdsgruppe vedr. demens under Følgegruppen for behandling og pleje - adhoc. Primo 2018: Afrapportering fra arbejdet under Sundhedsstyrelsen og drøftelse vedr. videre proces.			

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle11	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Undersøgelse af underrepræsentation af indvandrere på demenshederne	Der har været nedsat en arbejdsgruppe, der har udarbejdet anbefalinger til opsporing af målgruppen og informationsmateriale. Anbefalinger forelægges Følgegruppen den 12. oktober 2017.	12-10-17: Drøftelse af anbefalinger vedr. underrepræsentation af indvandrere på demenshederne.			
Oplæg til kompetenceudvikling vedr. demens	Der har været udviklet og afprøvet et kompetenceudviklingsforløb, som viste sig ikke at være hensigtsmæssigt. Opgaven vedr. kompetenceudvikling er derfor skrevet ud af arbejdsgruppens kommissorium. Der vil fremadrettet være opmærksomhed på kompetenceudvikling i forbindelse med Den nationale demenshandlingsplan, initiativ 22.	12-10-17: Drøftelse vedr. udarbejdelse af oplæg til kompetenceudvikling. Som et led i opfølgning på handlingsplanen modtager følgegruppen en status vedr. kompetenceudvikling primo 2018.			
Revision af Demenssyd.dk	Hjemmesiden er nedlagt primo 2016.				
Implementering af aftale for mennesker med et misbrug og en psykiatrisk lidelse	Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje på baggrund af beslutning på DAK-møde den 11. november 2015. På mødet blev der truffet beslutning om, at opgaven overgik til Følgegruppen for Genoptræning og rehabilitering.				
Aftaler					
Regional vejledning om utilsigtede hændelser i sektorovergange	Der er udarbejdet et kommissorium for en arbejdsgruppe, som skal udarbejde tværsektoriel retningslinje. Der er truffet DAK-formandsbeslutning om, at arbejdet kan igangsættes. Følgegruppen for Behandling og pleje har på møde den 15. maj 2017 behandlet revideret vejledning vedr. UTH, som sendes i administrativ høring hen over sommeren. Endelig version af vejledningen og bearbejdede høringsvar forventes at blive lagt op til godkendelse i DAK på mødet i september 2017.	12-10-17: Revideret vejledning og høringsvar forelægges Følgegruppen for behandling og pleje til endelig godkendelse.	23-11-17: Revideret vejledning og høringsvar forelægges til godkendelse i DAK.		
Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem	Samarbejdsaftale om peritonealdialyse i eget hjem er udarbejdet i 2012. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17.	1. kvartal 2018: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje og herefter på førstkomende møde i DAK.		2. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale om borgere, der skal overvåges i eget hjem pga. respiratorisk udstyr.	Aftalen er godkendt i SKU 25-10-16, og blev godkendt af regionsrådet 28-11-16.	Der skal leveres en årlig status fra Erfa-gruppen til Følgegruppen (dec.)		Aftalen indeholder ændrede retningslinjer for fordelingsnøglen mellem region og kommuner. Der nedsættes en Erfa-gruppe med repræsentation fra kommunerne.	
Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp	Samarbejdsaftale om ledsagelse og praktisk hjælp ved sygehusbehandling er udarbejdet i 2014. Der tilrettelægges en revision af aftalen. Igangsættelse af arbejdet er godkendt på møde i DAK 27-01-17. Den reviderede samarbejdsaftale skal klart beskrive finansieringsansvaret ved ledsagelse og praktisk hjælp for henh. region og kommune i henhold til Sundhedsloven og Serviceloven.	1. kvartal 2018: Forslag til revideret samarbejdsaftale skal være klar til forelæggelse på møde i Følgegruppen for Behandling og Pleje og herefter på førstkomende møde i DAK.		2. kvartal 2018	
Samarbejdsaftale for det psykiatriske område	DAK godkendte den 22. juni 2017, at det skal forelægges til beslutning i DAK at nedlægge samarbejdsaftalen på det psykiatriske område, når dette er muligt. Det skal desuden sikres, at tillægsaftaler til samarbejdsaftalen kan stå alene, inden man kan udfase den overordnede samarbejdsaftale. Der nedsættes en lille tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal danne overblik over, hvor store konsekvensrettelser det vil medføre for de enkelte tillægsaftaler. Der gives en status på arbejdet til Følgegruppen herom i oktober 2017.	12-10-17: Oplæg til opfølgning vedr. tillægsaftaler til samarbejdsaftale for det psykiatriske område forelægges Følgegruppen for behandling og pleje.	Snarest muligt sag vedr. udfasing af aftale.		

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæl	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Samarbejdsaftale for udviklingshæmmede med psykiske lidelser (oligofreni)	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der planlægges aktuelt en temadag inden sommerferien 2017, som der er lagt op til i aftalen.	Der afreporteres helårligt på arbejdet (april).			
Samarbejdsaftale på det retspsykiatriske område	Implementeringsarbejdet er i gang via SOF'erne. Der skal udarbejdes en plan for indhentning af status via psykiatri SOF'erne.	Der afreporteres helårligt på arbejdet (nov.).			
Aftale om sårbare gravide	I Sundhedsaftalen 2015-2018 står der beskrevet under afsnittet om aftaler om specifikke målgrupper (afsnit 8.1), at der med inddragelse af socialfaglige kompetencer skal indgås en specifik samarbejdsaftale om gravide med særlige behov. DAK har godkendt kommissorium for arbejdet på møde 21-09-16. Høringsudkast til en samarbejdsaftale er forelagt Følgegruppen på møde den 15. maj 2017 og DAK på møde den 22. juni 2017. Endelig samarbejdsaftale forelægges Følgegruppen på møde den 12. oktober og efterfølgende DAK på møde den 23. november 2017.	12-10-17: Endelig aftale vedr. sårbare gravide inkl. høringssvar behandles i Følgegruppen for behandling og pleje.	23-11-17: Endelig aftale inkl. høringssvar til godkendelse.		
Samarbejdsaftale om gravide med et risiko-forbrug af rusmidler og alkohol i regi af familieambulatoriet	Aftalen skal redigeres. Kommissorium er udarbejdet og godkendt af formandskabet for Følgegruppen for behandling og pleje. DAK har på møde 27-01-17 godkendt, at arbejdet igangsættes.	12-10-17: Der forelægges en status på arbejdet/udkast til aftale for Følgegruppen for behandling og pleje.	23-11-17: Godkendelse af endelig aftale i DAK.		
Ammepolitikken	Politikken videreføres uændret i sundhedsaftaleperioden.				
Øvrige opgaver					
Implementering af nye sygehus-hjemmepleje-standarde	Der er nedsat en arbejdsgruppe, der understøtter implementeringen af de nye sygehus-hjemmepleje-standarde, som trådte i kraft den 11. maj 2016. Alle kommuner i Region Syddanmark kan nu modtage hjemmepleje-sygehus standarder version 1.0.3. Arbejdsgruppen er derfor nedlagt. Monitorering i regi af Følgegruppen videreføres ikke. Hvis SOF'erne oplever udfordringer på området, kan dette rejses overfor Følgegruppen.				
Patientoplevelt kvalitet - pilotprojekt	Der er igangsat et pilot-projekt vedr. patientoplevelt kvalitet. Opgaven er udgået af Følgegruppens opgaveportefølje jf. beslutning på DAK på møde den 29. november 2016. Opgaven er flyttet til Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt.				

[1] Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt
Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer
Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK
Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen
Blå = Afventer igangsættelse

Indsats, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018
Porteføljestyrværktøj

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for forebyggelse					

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppen: Nye rammer for kronisk sygdom (Prioriteret indsatsområde)</p>	<p>Arbejdet med udvikling af nye rammer for kronisk sygdom og udviklingen af de seks nye forløbsprogrammer, forløber planmæssigt.</p>	<p>KOL:</p> <p>Diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - D. 31/1 2017 første workshop afholdt - D. 17/3 anden workshop afholdt - D. 9/6 Følgegruppen for forebyggelse præsenteres for første udkast - D 24/8: Følgegruppen for forebyggelse behandler udkast til høringsversion (grafisk sat op) - Okt-Nov: Forløbsprogrammet sendes i høring - D 4/12: Følgegruppen for forebyggelse behandler det endelige forløbsprogram <p>Kommende forløbsprogrammer</p> <p>Den 24/8: Følgegruppen for forebyggelse behandler forslag til emne og tidsplan for næste forløbsprogram</p>	<p>KOL</p> <ul style="list-style-type: none"> - D. 28/2 2017: SKU godkendte forløbsprogrammet samt kommunikationspakke <p>Diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - D. 22/9 2017: DAK præsenteres for og drøfter høringsversion til forløbsprogrammet for mennesker med diabetes. - Primo 2018: DAK og SKU behandler det endelige forløbsprogram mhp. godkendelse. <p>Kommende forløbsprogrammer</p> <ul style="list-style-type: none"> - 22/9: DAK behandler forslag til emne og tidsplan for næste forløbsprogram 	<p>KOL</p> <ul style="list-style-type: none"> - D. 3/3 2017: SOF og PSOF er blevet informeret om at påbegynde implementeringen af forløbsprogrammet iht. implementeringsplanen. - D. 10/3: Fælleskommunalt Sundhedssekretariat har sendt implementeringsmateriale til de 22 kommuner målrettet de kommunale Social og Sundhedsudvalg samt de kommunalt lægelige udvalg. - Region Syddanmark har informeret de praktiserende læger om forløbsprogrammet i Praksisnyt <p>Diabetes</p> <p>Forløbsprogrammet for mennesker med diabetes forventes klar til implementering primo 2018</p>	<p>KOL:</p> <p>Monitorering:</p> <p>Efter drøftelse i DAK d. 30/3 2017 har Følgegruppen for Forebyggelse bedt arbejdsgruppen om at komme med et nyt forslag til monitorering af KOL indsatserne. Monitoreringen kommer til at ligge indenfor rammerne af eksisterende data samt de nationale mål og med få vigtige indikatorer.</p> <p>24. August 2017: Følgegruppen for Forebyggelse modtager et nyt oplæg til monitorering</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppe: Drift af sundhedsprofil-undersøgelsen</p>	<p>Spørgeskemaet er udsendt til 57.000 borgere i Region Syddanmark, og undersøgelsen er lukket primo maj. Med en svarprocent på 68,1 opnåede Region Syddanmark landets højeste. Ca. 75 % af besvarelserne er sket via internettet.</p> <p>I den kommende tid er fokus på databearbejdning og rapportskrivning.</p> <p>På arbejdsgruppens sidste møde d. 30.5.17. blev indsamlingsperioden herunder kommunikationsindsats evalueret og forslag til layout, standardopslag og krydstabeller til den endelige rapport blev drøftet. Region Syddanmark videregiver dette til Statens Institut for Folkesundhed som er udbyder af rapporten.</p>	<p>Marts 2018: Den nationale offentliggørelse afholdes i København d. 6. marts 2018. Herefter vil der blive afholdt en regional konference.</p>	<p>Resultatet af undersøgelsen offentliggøres i marts 2018.</p>	<p>Ej relevant</p>	<p>Primo 2018 Resultaterne offentliggøres d. 6. marts 2018, hvorefter der vil blive afholdt en regional konference.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Arbejdsgruppe: Monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse</p>	<p>På møde i Følgegruppen for Forebyggelse d 3/4 2017 blev det besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal varetage monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse. Det udarbejdede kommissorium er godkendt, og arbejdsgruppen nedsat.</p> <p>Arbejdsgruppen består af to regionale og to kommunale repræsentanter.</p> <p>Arbejdsgruppen skal bl.a. arbejde med monitorering af:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark • Rameaftale om infektionshygiejne • Nye forløbsprogrammer, bl.a. diabetes 	<p>Sommer 2017: Arbejdsgruppe nedsættes.</p> <p>28/8 2017: Følgegruppen for forebyggelse holder opstartsmøde med arbejdsgruppen.</p> <p>Ultimo 2017: Første oplæg til monitorering fra arbejdsgruppe til følgegruppen for forebyggelse</p>			

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
<p>Styre- og projektgruppe for projekt "Livsstilsguide i praksis" Jf. Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse</p>	<p>Projektet forløber planmæssigt, jf. tidsplanen.</p> <p>Feb.-marts 2017: Fire decentrale lederorienteringsmøder er afholdt. Møderne var målrettet kursisternes nærmeste leder, og understøttede den lokale implementering af de sundhedspædagogiske værktøjer. Samlet har 43 ledere deltaget i møderne.</p> <p>Feb.-maj 2017: 5 kursusforløb af hver 3 dages varighed er afholdt. Samlet har ca. 100 kursister gennemført kursus i foråret 2017.</p> <p>Maj-december 2017: Der sættes fokus på evaluering og fremadrettet forankring. Der er planlagt projektgruppemøde den 22. maj og styregruppemøde den 30. august.</p>	<p>Den oprindelige proces- og milepælsplan følges med få undtagelser, herunder tilføjelse af planlægning og afholdelse af lederorienteringsmøder.</p>		<p>PSOF bliver løbende orienteret om fremdriften i projekt "Livsstilsguide i praksis".</p>	<p>En evaluering af 1. runde kursusforløb er foretaget og hovedbudskaberne er indarbejdet i en midtvejsrapport af 23. sept. 2016 og fremsendt til orientering i følgegruppen på møde den 3. oktober 2016.</p> <p>Evaluering af 2. runde kursusforløb forventes at ligge klar ultimo oktober 2017.</p> <p>Det sundhedspædagogiske koncept og projektets foreløbige resultater præsenteres på Nordisk Folkesundhedskonference i august 2017.</p> <p>Der etableres et e-læringsmodul målrettet professionelle. Arbejdet er i gang. Modulet forventes tilgængeligt ultimo 2017/primus 2018. Derudover planlægges besøg på uddannelsesinstitutioner med henblik på at informere undervisere om det sundhedspædagogiske koncept samt udlevere materiale. Endvidere er tre artikler om projektet under udarbejdelse.</p> <p>Der planlægges et seminar med afholdelse ultimo 2017/primus 2018.</p>

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Syddansk børne- og ungesundhedsprofil	Arbejdsgruppen har kortlagt brugen af skolesundhed.dk i Region Syddanmark, og har på baggrund heraf udarbejdet et notat med fordele og ulemper ved en fælles regional børne- og ungesundhedsprofil. Følgegruppen for Forebyggelse behandler arbejdsgruppens notat d. 24/8. Afrapportering forelægges DAK d. 23/11 2017.	August 2017: Notat til Følgegruppen for Forebyggelse foreligger.	23. november 2017: Notat præsenteres for DAK, hvor der skal tages stilling til, om der skal laves en syddansk børne- og ungesundhedsprofil	Ej relevant	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Aftale om kompetenceudvikling og videndeling	Der foreligger et udkast til rammepapir for aftalen. Rammepapiret blev be- handlet i DAK d 22/6, hvor kommunerne valgte ikke at godkende aftalen, be- grundet i, at man ønsker at drøfte sagen i regi af Sammen om Velfærd en gang til. Dog blev det godkendt, at kompetenceudvikling i for- hold til forløbsprogrammet for mennesker med KOL gennemføres efter den i rammeaftalen beskrevne model, hvor SOF-SVS tildeles opgaven med at være "lead"	Ej relevant	Efterår 2017. Rammepapiret for aftalen drøf- tes i regi af Sammen om Vel- færd, hvor bl.a. rette snitflader drøftes. Følgegruppen for Forebyggelse afventer denne diskussion in- den det videre arbejde med rammeaftalen fortsættes		Følgegruppen har udarbejdet en oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling. Oversigten tilrettes endeligt, når rammeaftalen for kompetenceudvikling og videndeling er godkendt i DAK.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Kommissorium til Ny aftale på børne- og ungeområdet	På baggrund af afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge, har DAK d. 27/1 2017 bemærket, at der skal arbejdes videre med en ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2. Følgegruppesekretariatet har udarbejdet et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, som er godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget d. 15/8 2017. Udpegning af medlemmer til arbejdsgruppen er sat i gang, og der er deadline for udpegning d 4/9 2017.	<p>22/6 2017: Kommissoriet behandlet i Det Administrative Kontaktforum.</p> <p>15/9 2017: Kommissorium godkendt i Sundhedskoordinationsudvalget</p> <p>Efterår 2017: Arbejdsgruppen nedsættes og Følgegruppe for Forebyggelse mødes med arbejdsgruppen</p> <p>Forår 2018: Høringsudkast klar</p>	<p>22/6 2017: Behandlet på DAK.</p> <p>15/8 2017: Godkendt af SKU</p>	Forventes at kunne implementeres ultimo 2018	<p>Igangsættelse af arbejdet kræver en relativt stor arbejdsgruppe og evt. en mindre skrivegruppe.</p> <p>Følgegruppen for forebyggelse mødes med arbejdsgruppen, når denne er nedsat.</p>
Arbejdsgruppe: Implementering af nationale kliniske retningslinier for knæartrose	En implementeringsgruppe har udarbejdet materiale til almen praksis, som skal understøtte implementeringen. I materialet indgår bl.a. en beskrivelse af indholdet i den undervisning og træning, borgerne kan tilbydes.	<p>30. marts 2017</p> <p>Materialet godkendes i Det Administrative Kontaktforum. Arbejdsgruppens opgave er dermed færdiggjort.</p>		1. kvartal 2017 Materialet er udsendt til (P)SOF'erne	

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Arbejdsgruppe: Monitorering af "Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark" .	Arbejdsgruppen nedlægges, da monitoreringsopgaver fremadrettet skal varetages af arbejdsgruppen "monitorering af opgaver i regi af Følgegruppen for Forebyggelse"				
Aftale om Regionens rådgivning til kommunerne om forebyggelse	Følgegruppen følger fremadrettet efterspørgsel og behov for rådgivning og drøfter prioritering og planlægning af rådgivningsaktiviteterne. Følgegruppen modtager en årlig status fra regionen i 3. kvartal.	Ej relevant		Ej relevant	Følgegruppen udarbejder oversigt over rådgivning om forebyggelse, infektionshygiejnisk rådgivning, samt kompetenceudvikling, når sidstnævnte aftale foreligger.
Arbejdsgruppe: Regional tværsektoriel aftale om infektionshygiejnisk rådgivning	Regional rammeaftale blev godkendt i SKU d. 20. december 2016. Arbejdsgruppen har indsendt en afsluttende evaluering af processen. Følgegruppen for Forebyggelse monitorerer aftalen fremadrettet.	Ej relevant	20. december 2016: Aftalen godkendes i SKU	Primo 2017: Rammeaftalen forventes at blive formidlet til SOF'erne.	Da det er en "kan"-aftale, forventes det ikke, at alle kommuner indgår aftale med en lokal infektionshygiejnisk enhed. Effekten er derfor også afhængig af, hvor mange kommuner og lokale infektionshygiejniske enheder, der indgår aftaler, og hvornår. Primo 2018: Første status på implementering til DAK.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Afdækning af kommunale erfaringer med indsatser for mental sundhed blandt børn og unge.	Opgaven er afsluttet. Følgegruppen har gennemført en afdækning af initiativer til fremme af mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Afdækningen er godkendt i DAK d 27. jan 2017 og i SKU d 28. feb. 2017. Følgegruppen for Forebyggelse udarbejder et kommissorium til ny aftale på børne- og ungeområdet, jf. Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2	Ej relevant – opgaven er afsluttet		Selve afdækningen implementeres ikke.	Afdækningen peger på et behov for styrket samarbejde, koordination og sammenhængskraft i børne- og ungearbejdet mellem kommunalt og regionalt regi. Afdækningens fund er i tråd med resultaterne af en afdækning af behov for kompetenceudvikling og videndeling. Afdækningen giver anledning til at styrke det planlagte hhv. igangværende arbejde med 1. Ny aftale for børn og unge (Sundhedsaftalen pkt. 8.2.2.) 2. Aftale om kompetenceudvikling og videndeling (Sundhedsaftalen pkt. 6.1.6.)
Kortlægning af mental sundhed (Prioriteret indsatsområde)	Opgaven er afsluttet. Arbejdsgruppen har afleveret kortlægning inkl. anbefalinger, samt procesevaluering.	Ej relevant – opgaven er afsluttet	Følgegruppens anbefalinger på baggrund af kortlægningen behandles på møde i SKU 16.august 2016	Selve kortlægningen implementeres ikke.	Følgegruppen anbefaler på baggrund af kortlægningen, at der gennemføres en erfaringsopsamling på området i RegionSyd.
Udarbejdelse af rammepapir for regional rådgivning om forebyggelse til kommuner		Godkendt i DAK d. 15. juni 2015. Dermed er opgaven afsluttet			DAK besluttede samtidig at igangsætte udarbejdelsen af 'Aftale om kompetenceudvikling og videndeling', som beskrevet i Sundhedsaftalen.

Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Konferencen Lige Sund? Strategi for forebyggelse af livsstilssygdomme hos mennesker med en sindslidelse	Konferencen er afholdt og arbejdsgruppen har afleveret afsluttende afrapportering.				

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/ Projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt					
Levering af behovsbestemt tværsektoriel ledelsesinformation.	DAK besluttede på mødet den 27. jan. at der ikke skal arbejdes videre med udviklingen af ledelsesinformation.				
Yderligere vurdering af KORA-rapporten om genoptræningsind- satsen	Følgegruppen for økonomi, kvalitet og effekt har afslutte de af DAK ønskede trin i analysen.		Analysen af et forskningsdesign forventes overdraget til følgegruppen for genoptræning or rehabilitering		
SPOT-projektet	Opgaven afventer en formel igangsætning/udbredelse				



Overordnet afklaring af monitoreringsopgaver	Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt har arbejdet med afklaring af rolle i forhold til monitoreringsopgaver og en afrapporteringsguide.		DAK bliver på møde forelagt såvel en monitoreringsoversigt som en afrapporteringsguide.		
Præsentation af resultater på de 8 nationale mål	Følgegruppen for Økonomi, Kvalitet og Effekt præsenterer data vedrørende udvalgte elementer af de 8 nationale mål.		Forelægges DAK med henblik på videresendelse til SKU		

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for genoptræning og rehabilitering					
Understøttelse af arbejdet med rehabilitering på specialiseret niveau, herunder udarbejdelse af hjælpemateriale: - om krav til indholdet i samarbejdsaftaler om lægefaglig konsulentbistand og forskningsmæssig forankring; - krav til leverandører af rehabilitering på specialiseret niveau - indholdet i samt	Udarbejdelse af hjælpemateriale er i gang og materialet blev forelagt på følgegruppens møde den 7. oktober 2016			December 2016.	

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
formidlingen af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau.					
Opfølgning på indgåede aftaler med leverandører til rehabilitering på specialiseret niveau	Følgegruppen for Genoptræning og Rehabilitering drøfter en potentiel model for opfølgning den 10. oktober 2017		Materialet forventes forelagt for DAK på første møde i 2018.		
Understøttelse af arbejdet med genoptræningsplaner til psykiatriske patienter, herunder udarbejdelse af nærmere beskrivelse af målgruppen, hvor sondringen mellem behandling og genoptræning afklares.	Udarbejdelse af tværsektorielt materiale til understøttelse af indsatsen blev igangsat i september 2016.		Materialet godkendt i DAK den 30. marts 2017	Andet kvartal 2017.	
Evalueringsramme godkendt i DAK den 30. marts 2017. Endelige resultater fra kortlægningen forventes, at kunne forelægges DAK	Udarbejdelse af forslag til ramme for evaluering, herunder fastlæggelse af det præcise formål og tidshorisont, er igangsat i september 2016		Evalueringsramme godkendt i DAK den 30. marts 2017. Endelige resultater fra kortlægningen forventes, at kunne forelægges DAK		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
			den 23. november 2017.		
Implementering af G-GOP (ny teknisk standard for genoptræningsplaner).	Regionen og 20 af de 22 kommuner var klar til ibrugtagning af G-GOP den 2. maj 2016.				Den videre implementeringsproces varetages lokalt.
Fortsat implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet.	<p>Oprindelige tanker om kommunikation mellem de relevante parter via fælles it-plattform pauseres i et år, ligesom arbejdet med en fælles plan for den enkelte borger.</p> <p>I stedet fokuseres der i resten af projektet levetid, (som udløber i april 2017) på at understøtte systematisk udbredelse af behovsvurdering og tilhørende korrespondance-meddelelse, bl.a. ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sikre ledelsesmæssig forankring og fremdrift; - følge den lokale implementeringsindsats og bidrage til sammenhæng på tværs; 	Afsluttende rapportering fra projektet forventes at foreligge ved udgangen af marts 2017	DAK godkendte den 22. juni slutrapport med tilhørende bilag fra arbejdsgruppen vedr. implementering af forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation på kræftområdet, idet det fortsatte implementeringsarbejde herefter foregår i regi af de lokale samordningsfora	Klar til implementering	



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	- afholde to identiske kursusdage for nøglepersonale om anvendelsen af behovsvurdering og korrespondanceformatet				
Samarbejdsaftale for borgere med psykisk lidelse og samtidigt stof- eller alkoholmisbrug	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udarbejdelse af flere koordinerede indsatsplaner samt øget inddragelse af kommunerne og almen praksis. Arbejdsgruppen gennemfører tracerforløb primo 2017. Indsatsen forventes at afsluttes med en konference medio 2018, hvortil der er nedsat en arbejdsgruppe.		Ikke fastlagt på nuværende tidspunkt.		
Samarbejdsaftale om traumatiserede flygtninge og krigsveteraner	Den fortsatte indsats retter sig primært mod udbredelse af kendskabet til samarbejdsaftalen og afklaring vedr. indholdet i en koordinatorfunktion. Denne del af indsatsen forventes afsluttet i foråret	Opfølgning i forhold til samarbejdsaftalen forventes forelagt for følgegruppen møde den 9. maj 2017.	DAK godkendt den 22. juni at 1) følgegruppen udsender afrapporteringen til de lokale samordningsfora med henblik på drøftelse af den videre indsats samt 2) følgegruppen nedsætter en		



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
	2017.		arbejdsgruppe med henblik på, at der medio 2018 kan foreligge et forslag til en revision af samarbejdsaftalen.		

Grøn = indsatsen forløber planmæssigt

Gul = indsatsen kræver opmærksomhed i følgegruppen/afventer afklaringer

Rød = indsatsen kræver handling i følgegruppen – evt. også i DAK

Grå = indsatsen er afsluttet i følgegruppen

Indsatser, som kræver handling fra SKU/DAK, vil blive sat på dagsordenen i separate sagsfremstillinger.



Sundhedsaftalen 2015-2018

Porteføljestyringsværktøj

Indsats/opgave/projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin					
Understøttelse af de øvrige følgegruppers arbejde	Der er på nuværende tidspunkt ikke identificeret et behov for it-understøttelse.	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper	Afventer de øvrige følgegrupper
Tværasektoriel anvendelse af video DAK besluttede på mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: tværasektoriel anvendelse af video	Der er planlagt møde i følgegruppen 15/9, hvor udkast til handleplan for tværasektoriel anvendelse af video drøftes.		23. nov. 2017		
Videndeling DAK besluttede på	Der er planlagt møde i følgegruppen 15/9, hvor udkast til handleplan for		23. november		

¹ Udfyldes kun for de særligt prioriterede indsatsområder



Indsats/opgave/ projekt	Status på indsatsen	Milepæle ¹	Forventes at være klar til fremlæggelse for SKU/DAK	Forventes at være klar til implementering i (P)SOF'erne	Øvrige bemærkninger/ Evt. hvornår de første resultater af indsatsen kan ses
mødet d. 22/6, at der skal udarbejdes en handleplan for indsatsområdet: organisatorisk implementering og videndeling. Indsatsen deles i et spor for implementering, som varetages af SOF'erne og et spor for videndeling, som varetages af Følgegruppen for Velfærdsteknologi og Telemedicin.	videndeling drøftes.				