

DANSKE  
REGIONER



Det hele

sundheds-

væsen

- regionernes vision  
for et helt og  
sammenhængende  
sundhedsvæsen

# Indhold

|   |    |
|---|----|
| Forord  | 3  |
| Resumé  | 4  |
| Kvalitet i hele sundhedsvæsenet                                       | 6  |
| De konkrete initiativer   | 10 |
| Nyt og stærkere samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis | 10 |
| Sammenhængende behandlingstilbud tæt på patienterne                   | 13 |
| Bedre anvendelse af data og forskningsbaseret viden                   | 16 |
| Danskernes kontakt til sundhedsvæsenet i tal                          | 18 |

## Det hele sundhedsvæsen

Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen

Danske Regioner 2012

Layout: UHI, Danske Regioner  
Tryk: Danske Regioner

ISBN Tryk: 978-87-7723-769-0  
ISBN Elektronisk :978-87-7723-762-1

# Forord

Dette oplæg giver regionernes bud på, hvordan vi kan indfri visionen om et helt og sammenhængende sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen hvor ressourcerne anvendes effektivt, så vi får mest mulig sundhed for pengene. Et sundhedsvæsen, hvor mennesket er i centrum, og hvor der er fri og lige adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet. Det gælder både tilbuddene på sygehusene og de tilbud, der ligger udenfor sygehusenes matrikler i den enkeltes nære omgivelser eller eget hjem.

Kravene til sundhedsvæsenet ændrer sig hele tiden. I de kommende år vil der være en fortsat stigning i antallet af ældre og kronikere, som har behov for behandling. Den faglige udvikling gør det samtidig muligt at behandle både mere og flere. Også befolkningens krav og forventninger til sundhedsvæsenet ændrer sig. I dag ønsker de fleste mennesker, med en kronisk eller længerevarende sygdom, at kunne fortsætte deres liv så normalt som muligt – tæt på de pårørende og i deres eget hjem - fremfor at være indlagt på et sygehus. Endelig betyder den økonomiske situation, at vi ikke kan møde fremtidens udfordringer ved bare at blive ved med at skrue op for behandlingsaktiviteten på sygehusene. Det rækker ressourcerne ikke til.

Derfor er der behov for nye løsninger. Nye løsninger tættere på patienterne og uden for sygehusets matrikel. Nye løsninger, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene og forebygger eller griber tidligt ind fremfor at behandle. Og ikke mindst løsninger, som med udgangspunkt i patienternes behov sikrer, at der er sammenhæng i sundhedsvæsenets tilbud, og at patienterne møder den samme høje kvalitet i hele sundhedsvæsenet.

Et helt og sammenhængende sundhedsvæsen kræver en fokuseret indsats for:

- et nyt og stærkt samarbejde mellem regioner og kommuner herunder helt nye modeller for samarbejdet,
- sammenhængende behandlingstilbud tæt på patienterne ved at videreudvikle sundhedshuse m.v.,
- bedre og mere systematisk anvendelse af data og forskningsbaseret viden, så der skabes høj kvalitet i hele sundhedsvæsenet.

Regionerne kan ikke indfri visionen alene. Vi håber derfor, at alle sundhedsvæsenets aktører vil løfte deres del af ansvaret og indgå i et forpligtigende samarbejde om at udvikle fremtidens sundhedstilbud tæt på patienterne.

Bent Hansen, formand for Danske Regioner

# Resumé

Der skal tænkes nyt for at sikre et helt og sammenhængende sundhedsvæsen, som både er fagligt og økonomisk bæredygtigt. I oplægget kommer regionerne med en række konkrete forslag til, hvad det er, der skal til.

Samlet set vil forslagene give en ny og sammenhængende infrastruktur for det hele sundhedsvæsen organisatorisk, fysisk og videnskabsmæssigt.

De konkrete forslag er opsummeret nedenfor.

## Ny organisering

- Regioner og kommuner skal afprøve nye samarbejdsmodeller med fælles ledelse og drift. Modellerne skal sikre integrerede tilbud til udvalgte patientgrupper med særlige behov.
- Almen praksis skal fortsat udgøre grundstenen i de nære sundhedstilbud. Og der er brug for at styrke almen praksis som indgang til sundhedsvæsenet.
- De økonomiske incitamentter skal ændres så de understøtter helhed og sammenhæng.

## Nye tilbud og fysiske enheder

- Netværket af tilbud, som er tæt på og nemt tilgængelige for patienterne skal udbygges med sundhedshuse m.v. Det skal sikre sammenhæng og faglig tyngde i behandlingen af patienterne – også i deres nære miljø.
- De store potentialer ved telemedicin skal udnyttes langt bedre og den faglige og økonomiske bæredygtighed skal sikres gennem implementering i stor skala.
- Patienterne skal i langt højere grad indgå som en del af teamet i deres egen behandling.

## Delt viden

- Der er brug for, at alle sundhedsvæsenets aktører arbejder ud fra de samme overordnede værdier og målsætninger for at løfte kvaliteten i hele sundhedsvæsenet.
- Forpligtigende aftaler om fælles retningslinjer og standarder skal løfte kvaliteten i hele patientforløbet.
- På forebyggelsesområdet skal borgerne sikres et minimum af forebyggelsestilbud og tilbuddene skal leve op til aftalte kvalitetskrav.
- I forhold til genoptræning og rehabilitering er der brug for, at den faglige viden, som findes på sygehusene, bringes langt bedre i spil i forhold til indsatsen i kommuner og almen praksis bl.a. ved at sygehusenes eksperter kan definere patientens behov i én samlet rehabiliteringsplan.
- Hos alle sundhedsvæsenets aktører skal der opbygges kapacitet i form af kompetencer og værktøjer til systematisk at arbejde med kvalitetsforbedringer på baggrund af data.

# Kvalitet i hele sundhedsvæsenet

## Nyt landkort og nye udfordringer

Strukturreformen betød en omfattende omstrukturering og en ny opgavefordeling i det danske sundhedsvæsen. Fem nye regioner med ansvar for praksissektoren og sygehusene så dagens lys og de nye større kommuner fik også ansvar for en række sundhedstilbud (se boks 1).

### BOKS 1

### Ansvarsfordelingen i det danske sundhedsvæsen

Diagnosticering og behandling er regionernes ansvar. Ansvar for, at patienter bliver genoptrænet, rehabiliteret og at yderligere sygdom forebygges deler regionerne med kommunerne.

Det regionale sundhedsvæsen omfatter følgende tilbud<sup>1</sup>:

- sygehuse med mulighed for akut og elektiv behandling, indlæggelse og ambulante besøg ved både somatisk og psykisk sygdom,
- ambulante klinikker og sundhedshuse m.v.
- behandling i eget hjem ved udgående teams og via telemedicin,
- ambulancer, akutbiler, akuthelikoptere,
- patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering,
- lægevagten,
- praktiserende læger, både de almene læger og speciallægerne,
- fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter, tandlæger og psykologer,
- rådgivning til borgere via telefon og internet,
- rådgivning til primærsektor i faglige spørgsmål.

De kommunale sundhedstilbud omfatter:

- borgerrettet forebyggelse og dele af den patientrettede forebyggelse, genoptræning og rehabilitering,
- sundhedsplejen og skolesundhedstjenesten,
- hjemmesygeplejen,
- børnetandpleje og omsorgstandpleje,
- alkohol- og misbrugsbehandling,
- socialpsykiatri.

1 Se også *Regionernes nære sundhedstilbud*, Danske Regioner 2012

Det nye landkort for det danske sundhedsvæsen har skabt nye snitflader og gråzoner mellem regioner og kommuner, som udfordrer målet om at sikre helhed og sammenhæng i patientforløbene.

Der er desværre mange eksempler på patienter, der oplever dårlig kvalitet, fordi samarbejdet ikke fungerer godt nok. For mange kronikere og ældre, sårbare medicinske patienter oplever at blive indlagt akut på sygehuset på grund af en forværring af deres tilstand, som kunne være opdaget og afhjulpet af hjem-

mesygeplejen eller i almen praksis. Nogle oplever at blive udskrevet fra sygehuset uden, at hjemsendelsen er tilstrækkeligt planlagt eller, at der er et passende tilbud til dem, når de kommer hjem. Og mange oplever, at de nødvendige informationer om deres sygdom og behov for behandling og pleje ikke bliver delt mellem sygehus, almen praksis og kommune i tide.

Sådanne situationer fører til usikkerhed for patient og pårørende, forlænger sygdom eller giver nedsat funktionsniveau og afstedkommer i flere tilfælde indlæggelser og genindlæggelser, som kunne være forebygget. Det er først og fremmest dårligt for patienten, men det er også dårligt for sundheds- og samfundsøkonomien. Og så er det tilligemed utilfredsstillende for personalet i begge sektorer.

Derfor er der brug for et nyt og stærkere samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Der er også brug for en klar og gennemskelig arbejdsdeling mellem sundhedsvæsenets aktører. Det skal være slut med, at patienter "falder mellem to stole".

I takt med, at sundhedsvæsenet udvikler sig, så der bliver længere til sygehusene, og i takt med, at flere patienter modtager behandling i deres nære omgivelser eller eget hjem, er det nødvendigt, at alle aktører sætter fokus på, hvordan netværket af tilbud tæt på patienten kan udbygges. Det skal ske med respekt for, at sundhedsvæsenet fortsat skal være bæredygtigt - både økonomisk og fagligt.

## Kvalitet som kompas

De demografiske og økonomiske udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står overfor betyder, at der er brug for et fornyet fokus på at få mest mulig sundhed for pengene. Det er dét, der er kernen i regionernes kvalitetsdagsorden (se boks 2).

### BOKS 2

#### Kvalitet i sundhed – regionernes kvalitetsdagsorden

God kvalitet koster ikke nødvendigvis ekstra, men det gør dårlig kvalitet. Kvalitet er ikke bare mere af det hele. Det handler om, at indsatsen skal nytte og at det er de rigtige behandlinger, der foretages. Det handler om, at man gør det rigtige første gang og at man hellere forebygger end behandler. Det handler også om, at der er sammenhæng i indsatsen, og at man ser behovene hos patienter og pårørende.

Regionerne arbejder ud fra en kvalitetsdagsorden, som bygger på seks overordnede værdier:

**Effekt:** Patienterne får den behandling, der virker bedst.

**Omkostningseffektivitet:** Samfundet får mest mulig sundhed for pengene.

**Patientfokus:** Patienten og de pårørende er i fokus og inddrages.

**Patientsikkerhed:** Behandlingen er sikker for patienterne.

**Lighed:** Der er lighed i pleje og behandling for alle borgere.

**Rettidighed:** Behandlingen foregår til rette tid.

I de første fem år af regionernes levetid er der blevet arbejdet systematisk med at sikre kvaliteten i behandlingen på landets sygehuse. Den præhospital indsats er bl.a. styrket med moderne ambulancer og helikoptere. De højt specialiserede og akutte funktioner er blevet samlet på færre fagligt og økonomisk bæredygtige enheder.

Men ambitionen er, at kvalitetsdagsordenen og de seks værdier skal gælde for hele sundhedsvæsenet og alle sundhedsvæsenets tilbud. To overordnede principper skal være bærende – faglig bæredygtighed og økonomisk bæredygtighed.

**Hurtig og effektiv adgang til behandling på det rette faglige niveau er afgørende for, at vi kan have tillid til vores sundhedsvæsen.**

**Det er også afgørende, at der er lige adgang til tilbud af høj kvalitet.**

## Faglig bæredygtighed

Sundhedsvæsenet skal kunne tage hånd om alle typer af patienter og mange forskellige patientforløb. Sundhedsvæsenet skal kunne tackle, når en borger henvender sig med noget, der umiddelbart virker som et simpelt problem, som f.eks. feber eller træthed, men viser sig at være noget alvorligt som f.eks. meningitis eller kræft.

Hurtig og effektiv adgang til behandling på det rette faglige niveau er afgørende for, at vi kan have tillid til vores sundhedsvæsen. Det er også afgørende, at der er lige adgang til tilbud af høj kvalitet. Udbud og kvalitet i tilbuddene skal således ikke afhænge af, hvor i landet man bor, eller hvad man fejler.

Det kræver en klar og gennemskelig arbejdsdeling mellem sundhedsvæsenets aktører og at de sundhedsfaglige opgaver udføres der, hvor den sundhedsfaglige ekspertise er. Det kræver, at de rette tilbud er tilgængelige for alle. Og det kræver, at der er høj kvalitet og faglighed i alle tilbud. Det gælder både på sygehusene og i de sundhedstilbud, der ligger udenfor sygehusene herunder praksissektoren og tilbud som klinikker, udgående teams mv. Det gælder også de kommunale tilbud. Det kræver, at der sker et løft i kvaliteten af de kommunale tilbud om forebyggelse, genoptræning og hjemmesygepleje. Der er brug for, at alle kommunerne følger faglige retningslinjer og standarder på disse områder, så der sikres en mere ensartet indsats på tværs af kommunerne. Metodefrihedens pris må aldrig være lavere kvalitet.

Høj kvalitet i hele sundhedsvæsenet er baseret på "den kritiske masse" af faglig viden, der findes i regionerne. De samlede faglige miljøer skal opretholdes og styrkes. Samtidig skal den faglige viden anvendes bedre i hele sundhedsvæsenet. Sygehusene skal spille en ny rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. Det skal bl.a. ske ved at sygehusene sikrer let adgang til deres faglige viden og ekspertise. Det er denne stærke faglige kerne alle sundhedsvæsenets tilbud skal tage udgangspunkt i. De faglige kræfter er netop blevet samlet på sygehuse, så patienterne får den bedste behandling, når de er alvorligt syge. Det skal komme patienterne til gode gennem hele patientforløbet, også når de behandles i eget hjem – f.eks. via telemedicin – eller hvis borgerens praktiserende læge har brug for at trække på den specialiserede viden på sygehuset. For at sikre, at denne viden kommer alle patienter til gavn, er det nødvendigt, at både almen praksis og de kommunale sundhedstilbud i højere grad trækker på den viden og ekspertise, der er til stede.



**Der er brug for et øget samarbejde og en bedre koordination så sundhedstilbuddene udføres på det niveau, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene.  
Der er ikke råd til at opbygge parallelle beredskaber.**

### **Økonomisk bæredygtighed**

Alle sundhedsvæsenets aktører skal arbejde målrettet på at indrette sundhedsvæsenet, så det bliver økonomisk bæredygtigt. Spild i de administrative og kliniske processer skal undgås. Der skal fokus på at forebygge indlæggelser og undgå unødvendige genindlæggelser, som koster samfundet dyrt og som ikke bidrager til bedre resultater for patienterne – i værste fald det modsatte.

Der er heller ikke råd til at opbygge parallelle beredskaber, der betyder, at de samlede ressourcer ikke udnyttes optimalt. For eksempel koster det 2,5 millioner kroner om året at opretholde et døgnberedskab på én sygeplejerske.

Der er brug for et øget samarbejde og en bedre koordination så sundhedstilbuddene udføres på det niveau, som betyder, at vi får mest mulig sundhed for pengene. Det betyder ikke, at sundhedstilbud altid skal udføres på det lavest mulige kompetenceniveau, men at de skal udføres på det Laveste Effektive Omsorgs Niveau.

# De konkrete initiativer

Regionerne vil i de kommende år formulere og implementere politikker, strategier og planer, som skal sikre kvalitet og sammenhæng i hele sundhedsvæsenet.

Planerne skal understøtte en overordnet bevægelse væk fra enkelte initiativer og projekter hen mod en systematisk og sammenhængende indsats til gavn for patienterne. Der skal være fokus på, hvordan de gode løsninger kan blive udbredt i stor skala. De regionale planer skal samtidig sikre, at indsatsen og tilbuddene organiseres, så de kommer til at fungere optimalt i forhold til regionale og lokale forhold og forskelle.

De konkrete initiativer er beskrevet nærmere i det følgende.

Nogle initiativer vil umiddelbart kunne sættes i gang i regionalt regi. Andre skal aftales nærmere i f.eks. overenskomster og sundhedsaftaler. Det vil eksempelvis være nødvendigt for at styrke indsatsen omkring forebyggelse, at etablere nye modeller for samarbejdet mellem regioner og kommuner. Enkelte initiativer som f.eks. nye incitamentstrukturer og én samlet rehabiliteringsplan kræver lovændringer.

Der er brug for at tage konkrete initiativer og gå nye veje på tre områder.

## 1. Nyt og stærkere samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis

### **Der skal igangsættes konkrete forsøg med nye samarbejdsformer mellem regioner og kommuner om særligt udsatte patientgrupper**

Der er behov for nytænkning i opgaveløsningen i forhold til særligt sårbare patientgrupper, som er særligt afhængige af, at samarbejdet mellem kommune, sygehuse og almen praksis er velfungerende. Det gælder eksempelvis ældre medicinske patienter, særlige udsatte dele af kronikergrupperne f.eks. svage KOL-patienter eller kronikere, som har flere kroniske tilstande samtidig (multisyge) samt personer med psykiske lidelser. Der er brug for, at regioner og kommuner tager et fælles ansvar for disse udsatte patientgrupper med komplicerede forløb på tværs af sektor- og faggrænser.

Der skal udvikles nye samarbejdsmodeller, som med udgangspunkt i patienternes behov leverer integrerede sundheds- og eventuelt sociale tilbud til disse patienter.

Nye studier viser meget positive resultater med integrerede behandlings- og plejetilbud. Det gælder både i forhold til behandlingskvalitet, patientsikkerhed, patienttilfredshed og omkostningseffektivitet (se boks 3, som opsummerer resultaterne af et nyt europæisk studie på området).

Et helt nyt europæisk studie samler op på de dokumenterede effekter af integrerede, multidisciplinære behandlings- og plejetilbud, som er forankrede i sygehuset, men fysisk foregår i hjemmet. Studiet dækker patienter med specialiserede behandlings-, pleje- og rehabiliteringsbehov herunder patienter, som lider af henholdsvis KOL eller kroniske hjertekarsygdomme i moderat grad.

Studiet viser bl.a. at:

- Patienter og pårørende er meget tilfredse med tilbuddene og tilvælger de integrerede tilbud i hjemmet fremfor indlæggelse og ambulante opfølgning.
- De kliniske resultater er bedre end ved indlæggelse med efterfølgende ambulante opfølgning. De patienter, der modtager et integreret tilbud, har højere funktionsniveau (f.eks. mindre behov for hjemmehjælp) og færre genindlæggelser. Patienter med apopleksi kan klare sig med en time mindre hjemmehjælp om ugen og færre sengedage, patienter med hjertesvigt eller KOL har typisk en genindlæggelse mindre allerede det første år.
- Der er god økonomi i de integrerede tilbud og store potentialer for besparelser.

*Kilde: Integrated Homecare in Europe for elderly frail somatic patients - focusing on stroke, heart failure and COPD. A Health Technology Assessment, Larsen T et.al, (forventes publiceret april 2012). Website: [www.integratedhomecare.eu](http://www.integratedhomecare.eu)*

Selvom Danmark på en række punkter adskiller sig fra eksempelvis England og andre lande, som har positive erfaringer med integrerede modeller, er der stor inspiration i at hente de løsninger, man afprøver der. I England har man i både nord-vest London og i området Torbay opnået gode resultater ved at etablere integrerede modeller med fælles mål og værdier, fælles faglig ledelse, fælles organisation og IT og en indsats, som leveres af integrerede multidisciplinære teams tæt på borgeren.

Med inspiration fra gode erfaringer fra udlandet ønsker regionerne i samarbejde med kommunerne at udvikle og afprøve modeller, som bygger på følgende logik og principper:

- **Fælles patienter:** Udgangspunktet er en gruppe af patienter, som kommuner og regioner har et fælles ansvar for. Det vil sige en konkret, fælles population af f.eks. svage eller multisyge kronikere eller ældre medicinske patienter.
- **Fælles målsætninger og værdier:** Et fælles værdisæt og fælles målsætninger for det konkrete samarbejde om de fælles patienter skal danne ramme for modellerne.
- **Fælles faglig ledelse og organisation:** Kernen i modellerne er fælles faglig ledelse og en fælles enstrengt organisation med brug af fælles data og IT. Den politiske ledelse er stadig adskilt.
- **Multidisciplinære integrerede teams:** Bestående af både speciallæger, sygeplejersker, terapeuter og eventuelt sagsbehandlere, som med udgangspunkt i patienternes behov og ressourcer leverer de konkrete tilbud til den fælles population af patienter.

## **Almen praksis skal fortsat være indgangen til sundhedsvæsenet og skal understøttes af sygehusene i denne rolle**

Almen praksis er hjørnestenen i det regionale, nære sundhedstilbud til borgerne. I Danmark har alle deres egen læge, som følger dem gennem livet. Her kan vi møde op med stort og småt. Den praktiserende læge er specialist i at vurdere, hvad der kan klares i lægekonsultationen, og hvornår der er brug for at henvise videre til f.eks. sygehuset. Ni ud af ti gange kan det klares på stedet. Den praktiserende læge er frontlinjen i sundhedsvæsenet og den praktiserende læge har derfor også "det direkte nummer" til det store bagland af specialister på f.eks. sygehusene.

Almen praksis skal fortsat have en central rolle som borgernes primære indgangsdør til sundhedsvæsenet i nærmiljøet. Almen praksis skal bevare og udvikle sin kernefunktion. Det skal også fremover være almen praksis, der tager sig af de fleste patienter og vurderer om de har behov for at blive sendt videre til diagnostik og behandling på f.eks. sygehuset. Sygehusene har også en opgave med at understøtte opgaveløsningen i almen praksis. Det kan f.eks. være let adgang til rådgivning fra specialister på sygehusene eller udvidet adgang til diagnostiske faciliteter. Rammerne for almen praksis udvikles, så almen praksis kan indgå i et gensidigt forpligtende samspil, f.eks. i forhold til at følge aftaler om arbejdsdeling og samarbejde. Der bør også ske en præcisering af almen praksis' rolle i løsningen af de kommunale sundhedsopgaver.

## **Bedre integration af de øvrige ydere i praksissektoren (praktiserende speciallæger, kiropraktorer, fysioterapeuter m.v.) i det samlede sundhedsvæsen**

Den behandlingskapacitet, der ligger hos de privat praktiserende speciallæger, privat praktiserende fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer, kiropraktorer, tandlæger og tandplejere skal udnyttes fornuftigt. Og f.eks. skal kapaciteten indtænkes i den samlede sundhedsplanlægning. Ressourcerne bør målrettes de patienter, der har behov for det. Der er også brug for kvalitetsudvikling på alle områder og et udvidet samarbejde omkring Den Danske Kvalitetsmodel.

I forhold til de privatpraktiserende speciallæger er det et vigtigt skridt i den rigtige retning, at en del af de enkelte speciallægers kapacitet kan anvendes til lokale aftaler med regionerne. Det blev aftalt med den seneste overenskomst. Hensigten er, at regionerne i højere grad kan anvende speciallægenes kapacitet i den samlede planlægning.

## **Shared care mellem almen praksis, speciallægepraksis og psykiatrien**

Der er brug for at udbygge samarbejdet mellem psykiatrien og almen praksis omkring den stærkt voksende gruppe af personer med ikke-psykotiske lidelser (f.eks. angst og depression). Det skal ske gennem modeller, som er baseret på shared care. Internationale erfaringer viser, at når almen praksis kan trække på psykiatere, psykologer og psykiatriske specialsygeplejersker, så kan langt de fleste patienter behandles fuldt tilstrækkeligt i almen praksis.

## **Systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne**

For at styrke samarbejdet skal der også ske en mere systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne. Sundhedsaftalerne udgør i dag den forpligtende ramme for regionerne og kommunernes samarbejde. Det er der også behov for fremadrettet. Det er samtidigt vigtigt, at kunne evaluere på sundhedsaftalernes effekt og at sundhedsaftalerne kan udvikles yderligere.

## Nyt fokus på sammenhæng og samarbejde i uddannelse

Det er sundhedsvæsenets medarbejdere, der leverer kvalitet og sammenhæng til patienterne. De sundhedsfaglige uddannelser skal derfor systematisk afspejle de opgaver, som personalet vil møde i sundhedsvæsenet i hverdagen, herunder at arbejde tværfagligt, forløbsorienteret og tværsektorielt. I den løbende kompetenceudvikling af medarbejderne kan dette hensyn f.eks. understøttes med initiativer som fælles skolebænk for medarbejdere fra sygehus, almen praksis og hjemmesygeplejen.

## Ledelse på tværs

Ledelser på alle niveauer i både regioner og kommuner skal sikre bedre sammenhæng i patientforløbene og have fokus på det tværsektorielle samarbejde. Der er behov for at udbygge ledernes kompetencer på dette område og tilpasse eksisterende organisations- og ledelsesmodeller. Der er også behov for at udvikle helt nye ledelsesmodeller, der kan håndtere ledelse på tværs af faggrupper, organisationer og sektorer og som kan rumme tværfaglighed, patientinddragelse og fokus på kvalitet.

## De økonomiske incitamenter skal ændres, så de understøtter bæredygtighed, helhed og sammenhæng

Incitamentsstrukturen i sundhedsvæsenet skal sikre et sammenhængende og samarbejdende sundhedsvæsen. Det gør den nuværende struktur ikke. Den kommunale medfinansiering medfører eksempelvis bureaukrati, splid og usikkerhed omkring snitfladerne og ansvaret i den vigtige forebyggelsesindsats. Derfor skal modellen ændres og den kommunale medfinansiering afskaffes så der er overensstemmelse mellem incitamenter og de resultater, der skal opnås. Desuden skal der også udvikles nye honorarmodeller for almen praksis.

## 2. Sammenhængende behandlingstilbud tæt på patienterne

### Sundhedshuse og andre fysiske enheder skal udbygges og videreudvikles, så der er sikret en integreret og kvalificeret behandling af patienterne i deres nære miljø

Almen praksis skal fortsat være kernen i de nære regionale tilbud, og der skal sikres en bred lægedækning i hele landet. Nogle steder vil almen praksis derfor være en del af sundhedshuse m.v., men almen praksis vil også være placeret andre steder for at sikre den bredest mulige lægedækning. Sygehusene vil fortsat være stedet, hvor den mest specialiserede diagnostik og behandling vil foregå. Men der er brug for at supplere de eksisterende tilbud med fysiske enheder, som bygger på en grundidé om, at flere af sundhedsvæsenets aktører udøver deres arbejde fra den samme matrikel. Og at deres indbyrdes samarbejde og relationer sigter på at opnå det samme mål – nemlig de bedst mulige sundhedsmæssige resultater for de borgere og patienter, de har ansvaret for.

Med de nuværende sundhedshuse er man mange steder i gang med at samle praktiserende læger, og andre ydere fra praksissektoren, regionale funktioner som ambulatoriefunktioner, jordemoderkonsultationer, og billeddiagnostik samt kommunale tilbud om træning, pleje og forebyggelse i

de samme fysiske rammer. I alle regioner findes allerede en række sundhedshuse eller andre fysiske enheder f.eks. praksisfællesskaber og akut- og skadeklinikker. (Se også *Regionernes nære sundhedsvæsen* for et overblik over eksisterende sundhedshuse, akut- og skadeklinikker mv.)

Sundhedshusene m.v. skal videreudvikles så der skabes et netværk af sundhedstilbud af høj faglig kvalitet i patienternes nære miljø. Disse tilbud skal sikre sammenhæng for patienterne, mere effektive patientforløb, samling af flere faglige kompetencer og dermed en større behandlingskvalitet og -kapacitet bl.a. fordi mulighederne for faglig sparring og multidisciplinært samarbejde bliver udvidet. Der er også effektiviseringsgevinster at hente, i form af fælles støttefunktioner og faciliteter.

Overordnet skal udviklingen gå i retningen af:

- at der etableres et reelt organisatorisk og fagligt samarbejde på tværs af sektorer, tilbud og faggrupper,
- at samarbejdet er understøttet af fælles kvalitetsmål, standarder, retningslinjer, IT, data m.v.,
- at der er en tæt opkobling til sygehuse, så den faglige viden, der er til stede der, bringes bedre i spil i forhold til tilbuddene i patienternes nære miljø,
- at sundhedshuse m.v. udvalgte steder bliver udbygget yderligere med regionale funktioner som laboratoriefunktioner, billeddiagnostik, blodbank, jordemoderkonsultationer, ambulatoriefunktioner på f.eks. diabetesområdet samt akutte tilbud til patienter med lettere skader eller lidelser m.v.,
- at den ambulante psykiatri tænkes ind,
- at det flere steder vil være relevant, at privatpraktiserende speciallæger og andre ydere fra praksissektoren, som f.eks. fysioterapeuter, bliver tilknyttet,
- at udgående teams, som f.eks. palliative teams, KOL-sygeplejersker m.v. eventuelt kan kobles op på sundhedshuse m.v.

Endelig kan samarbejdet med hjemmesygeplejen med fordel indtænkes i de nye sundhedshuse m.v. Hjemmesygeplejen kan kobles både organisatorisk og fagligt tættere sammen med de udbyggede sundhedshuse og andre fysiske enheder. Det kan være med til at give hjemmesygeplejen et veludbygget fagligt miljø at agere i. Og det kan bidrage til en bedre koordination af indsatsen i forhold til patienterne fra bl.a. hjemmesygeplejen og almen praksis.

## BOKS 4

### Kaiser Permanentes ”medicinske centre”

I forhold til videreudviklingen af sundhedshuse og andre fysiske enheder i patienternes nære miljø kan Danmark med fordel lære af erfaringerne fra den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente. Her foregår en meget stor del af behandlingen som et integreret tilbud i såkaldte medicinske centre (medical centres).

De medicinske centre kan bedst beskrives som en kombination af hospitalsambulatorier og lægehuse. De har veludbyggede laboratorie- og billeddiagnostiske faciliteter og huser ofte også et apotek. Centrene har typisk 5-40 læger tilknyttet. Det er både praktiserende læger og andre speciallæger (f.eks. interne medicinere, gynækologer og obstetrikere samt børnelæger). Der er tilknyttet en lang række andre sundhedsprofessionelle som sygeplejersker – ofte med specialuddannelser, fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer samt personale med korte sundhedsfaglige uddannelser.

Centrene er tæt knyttet til Kaiser Permanentes hospitaler og når det er nødvendigt kan hospitalets specialister tilkaldes.

*Kilde: Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? Anne Frølich et.al., Syddansk Universitetsforlag, 2011.*

## De store potentialer ved telemedicin skal udnyttes

På det telemedicinske område er der et stort potentiale for at rykke sundhedsvæsenets tilbud helt ud i patienternes eget hjem, så patienterne kan fortsætte deres hverdag tæt på de pårørende, og samtidig løftes kvaliteten i sundhedstilbuddene. Telemedicinsk behandling åbner nemlig helt nye muligheder for at inddrage og engagere patienten i eget behandlingsforløb og for at skabe sammenhængende forløb.

Telemedicinsk behandling skal have samme høje kvalitet, som den behandling, der foregår på sygehuse. Derfor er det afgørende, at den telemedicinske behandling varetages af klinikere med de rette faglige og ofte højt specialiserede kompetencer. Hjemmesygeplejen og hjemmeplejen skal inddrages i relevant omfang i de relevante plejeopgaver, der er forbundet med behandlingen.

Regionerne arbejder på at skabe rammer, der sikrer, at de mange potentialer ved telemedicin kan udnyttes bedst muligt. Forudsætningerne for at udnytte telemedicins mange potentialer er, at der iværksættes en samlet indsats i et større geografisk område. Det er vigtigt, fordi det kræver et vist befolkningsgrundlag at udvikle telemedicinske løsninger systematisk og i stor skala, hvilket er nødvendigt både for at sikre den faglige kvalitet og for at opnå økonomiske stordriftsfordele.

For at tage hensyn til patienter med flere diagnoser og multisyge skal der udvikles generiske telemedicinske modeller. Det er også vigtigt, at fokus ikke alene er på de teknologiske løsninger. Det handler i lige så høj grad om organisering og tilrettelæggelse af nye arbejdsgange og samarbejdet med kommuner og almen praksis. Der skal arbejdes målrettet på at integrere telemedicin i den daglige drift.

## De gode eksempler på udgående funktioner fra sygehuse og telefonisk rådgivning skal udbredes systematisk i stor skala

Det drejer sig f.eks. om initiativer, hvor sygehusets personale kommer til patientens hjem for at fortsætte og følge op på behandlingen efter udskrivelse fra sygehuset. Der findes også en række initiativer, hvor udgående teams fra sygehuse behandler personer med kroniske sygdomme som KOL og diabetes eller palliative patienter. Andre eksempler på indsatser, der virker, er de opsøgende teams indenfor psykiatrien til f.eks. unge skizofrene (OPUS) og voksne psykotiske (OP-teams). Det er vigtigt, at disse initiativer koordineres med og foregår i tæt samarbejde med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.

Mange steder er der gode erfaringer med at yde telefonisk rådgivning til borgere og patienter. Et eksempel er regionale, rådgivende sundhedstelefonordninger, hvor sygeplejersker tilbyder sundhedsfaglig rådgivning og kan oplyse, om det er relevant at besøge egen læge, vagtlægen eller skadestuen og i så fald, hvor der er kortest ventetid til skadestuer. Nogle sygehusafdelinger tilbyder også direkte telefonrådgivning til patienter. På psykiatriområdet ydes rådgivning til patienter, pårørende m.v. gennem PsykInfo.

## Styrke patienten som en del af teamet omkring egen behandling

Patienten skal ikke være et passivt centrum for sundhedspersonalets behandling. Det er naturligvis personalet, der har ansvar for, at levere den faglige ekspertise, men patienten skal være en vigtig del af teamet i sin egen behandling. I det omfang det er muligt, skal man som patient tage aktivt del i og ansvar for sin egen sundhed og behandling. Sundhedsvæsenet skal styrke patienternes evne til egenomsorg/mestring (*patient empowerment*). Det skal ske ved, at der bliver arbejdet systematisk på at inddrage patienterne gennem f.eks. fælles beslutningstagning. Og ved, at der på tværs af sektorerne bliver im-

plementeret tiltag, som styrker og understøtter patienternes engagement i egen behandling og deres evne til at overskue, monitorere og håndtere egen sygdom. Det kræver, at der sættes ind både i forhold til uddannelse og efteruddannelse af sundhedspersonalet, at organisation og ledelse udvikles så den understøtter patientinddragelse, at patienterne har adgang til egne data og endelig, at konkrete værktøjer til patientinddragelse og fælles beslutningstagning udvikles, evalueres og at de gode eksempler udbredes i stor skala.

### 3. Bedre anvendelse af data og forskningsbaseret viden

#### Højere og mere ensartet kvalitet på forebyggelsesområdet

For at løfte forebyggelsesindsatsen er det helt afgørende, at kommunerne tænker forebyggelse ind på tværs af de velfærdsområder, de har ansvaret for f.eks. ved at sikre god hygiejne og sund mad i alle kommunale institutioner. Det er her kommunerne for alvor kan gøre en forskel.

Der er også brug for en klar og gennemskelig arbejdsdeling i forhold til forebyggelsesindsatsen. Ellers er der risiko for, at der bliver opbygget parallelle tilbud i f.eks. almen praksis og kommunerne og det er ikke en hensigtsmæssig brug af ressourcerne.

Både patienter, sygehuse og almen praksis skal kunne regne med, at der er adgang til de rette forebyggelsestilbud af den rette kvalitet. Det er altså ikke nok, at der er et tilbud. Der skal også være evidens for, at det virker. Der er brug for, at indsatserne udvikles så alle borgere – uanset hvor de bor – er sikret et minimum af forebyggelsestilbud og at tilbuddene lever op til fastsatte kvalitetskrav. Det kan sikres gennem forpligtende aftaler mellem regioner, kommuner og almen praksis.

Der er også brug for, at den eksisterende viden om, hvad der virker og ikke virker i forhold til både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse bringes i spil i hele sundhedsvæsenet. Det kræver, at kommunerne i højere grad også bliver forpligtet på at anvende den faglige viden, der findes og stilles til rådighed af regionerne. Regionerne har ifølge sundhedsloven en forpligtelse til at sikre, at den forskningsbaserede viden og de særlige kompetencer, som findes i forhold til forebyggelse på sygehusene, stilles til rådighed for kommunerne.

#### Bedre sammenhæng vedrørende genoptræning og rehabilitering

For at styrke kvaliteten af indsatserne i forhold til genoptræning og rehabilitering er det nødvendigt at sikre bedre sammenhæng mellem indsatsen på sygehuset og indsatsen i kommunen. Det kan ske ved, at sygehuspersonalet i genoptræningsplanen definerer patientens behov, herunder genoptræningens omfang, metode og karakter, hvilket der ikke er mulighed for i dag. For de patienter, der også har brug for rehabilitering kunne det eventuelt ske i en samlet rehabiliteringsplan.



## Fælles retningslinjer og standarder

Faglighed og kvalitet kan sikres gennem forpligtende aftaler om kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer og standarder, der favner patientforløbet fra start til slut. Tilbuddene skal være baseret på evidens og den bedste praksis, de skal hænge sammen og være bundet op på en fælles forståelse og gensidige aftaler. Den Danske Kvalitetsmodel er et vigtigt redskab til at løfte kvaliteten i hele sundhedsvæsenet. Modellen er med til at sikre, at sundhedspersonalet og de ledelsesansvarlige arbejder systematisk med kvalitet. I dag er kvalitetsmodellen i brug på sygehusene, på apotekerne og på det præhospitale område. Der er brug for, at praksissektoren og kommunerne hurtigst muligt forpligter sig på også at blive en del af Den Danske Kvalitetsmodel. Dét vil skabe en fælles ramme og forståelse for kvalitetsudvikling på tværs af faggrupper, sektorer og myndigheder.

## Sundheds-IT og data skal anvendes på tværs

Et moderne sundhedsvæsen hænger kun sammen når dets mange teknologiske løsninger 'taler sammen'. Patienternes egne registreringer skal kunne bruges til at støtte de beslutninger læger og sygeplejersker træffer. Desuden skal de registreringer, som foretages om patienternes helbred på sygehuse, i praksissektor og i kommunerne deles på tværs og være tilgængelig for patienten selv.

Der er allerede skabt mulighed for, at dele patienternes elektroniske oplysninger på tværs af landet og for at anvende patienternes data til monitorering af kvaliteten i behandlingen. Disse landsdækkende løsninger danner i dag en infrastruktur, som kan anvendes som basis for nye teknologiske behandlingsformer – f.eks. telemedicinske løsninger.

Ved udgangen af 2013 er regionerne klar med sammenhængende elektroniske patientjournal-systemer i hele landet. For at opretholde den teknologiske sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet er det vigtigt, at kommunernes aktiviteter inden for sundheds-IT tager afsæt i eksisterende løsninger. Regioner, almen praksis og kommuner skal fremadrettet have et forpligtigende samarbejde omkring sundheds-IT. Det er samtidig vigtigt, at der både på sygehuse, i praksissektoren og i kommunerne opbygges kompetencer og værktøjer til på baggrund af data (kliniske resultatdata) at arbejde systematisk med kvalitetsforbedringer og udvikling af sundhedstilbuddene.

## Fakta:

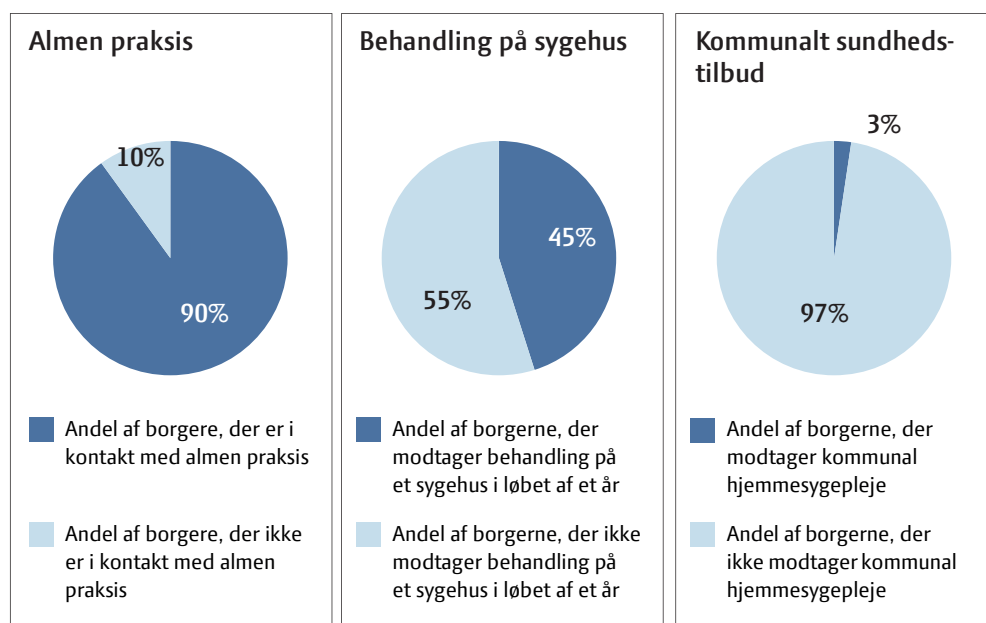
### Danskernes kontakt til sundhedsvæsenet i tal

Dette bilag beskriver danskernes kontakt til sundhedsvæsenet og hvordan sundhedsvæsenets aktører deler og samarbejder om patienterne.

#### Danskernes kontakt til sundhedsvæsenet

Danskerne bruger sundhedsvæsenet flittigt. I 2011 var ca. 2,5 millioner danskere i kontakt med de danske sygehuse, enten fordi de var indlagt eller havde et ambulant besøg<sup>1</sup> jf. figur 1. Endnu flere er i kontakt med deres praktiserende læge. Omkring 90 procent af borgerne har i løbet af ét år kontakt til almen praksis<sup>2</sup>. Det er skønnet, at 120.000 borgere har kontakt med den kommunale hjemmesygepleje<sup>3</sup>. Og en helt ny undersøgelse viser, at ca. 11.000 borgere har modtaget et kommunalt tilbud om patientrettet forebyggelse<sup>4</sup>.

Figur 1. Danskernes kontakt til sundhedsvæsenet 2011

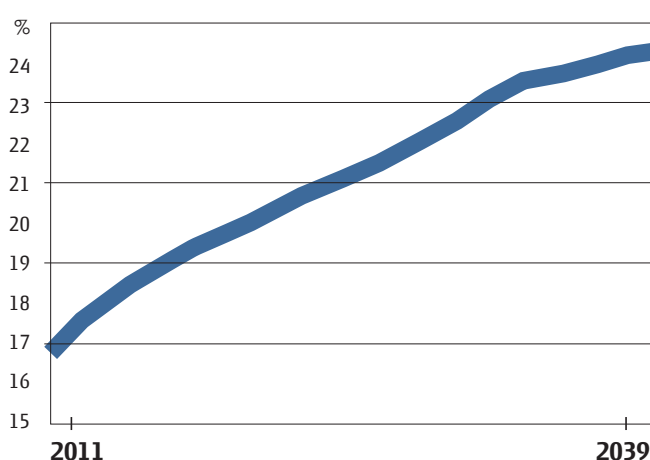


1 Landspatientregisteret per 10. januar 2012  
 2 CSC Scandic Health per februar 2012  
 3 Faktaark ældreområdet, KL, 2009, samt beregnet skøn fra Danmarks Statistik - de kommunale sundhedsindikatorer SUIK32  
 4 Patientrettet Forebyggelse i kommunerne, Center for Interventionsforskning, 2011

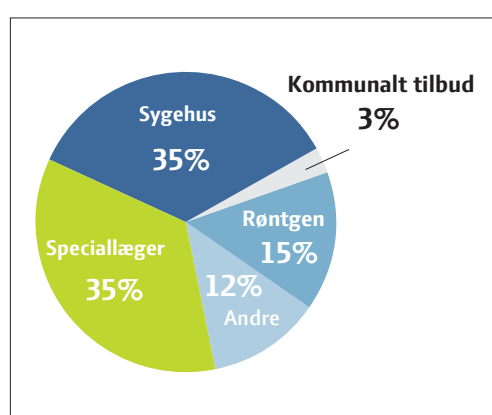
## Den demografiske udvikling betyder et større pres på sundhedsvæsenet

De næste 25 år vil andelen af den danske befolkning over 65 år stige fra 17 procent til ca. 25 procent. Det vil alt andet lige betyde et større pres på sundhedsvæsenet, da andelen af personer med kronisk sygdom er størst hos den ældre del af befolkningen. Ifølge sundhedsstyrelsen har 71 procent af befolkningen over 67 år mindst én kronisk sygdom. Det tilsvarende tal for befolkningen mellem 18 og 67 år er 22 procent<sup>1</sup>.

**Figur 2: Udviklingen i andelen af den danske befolkning, som er over 65 år<sup>6</sup>**



**Figur 3. Fordelingen af henvisninger fra almen praksis, 2008<sup>7</sup>**



## Patienter som sundhedsvæsenet samarbejder om

Almen praksis deler knapt halvdelen af deres patienter med det øvrige sundhedsvæsen i løbet af ét år. Almen praksis samarbejder hovedsageligt med sygehusene og de privatpraktiserende speciallæger og i mindre grad med kommunerne. En undersøgelse viser, at 91 procent af kontakterne til og fra almen praksis og samarbejdspartnere vedrører det øvrige sundhedsvæsen (sygehuse, praktiserende læger, fysioterapeuter mm.), mens 9 procent er relateret til kommunerne<sup>4</sup>. En anden undersøgelse viser, at praktiserende læger, når de henviser, i 35 procent af tilfældene henviser til sygehusvæsenet og i lige så mange tilfælde henviser til speciallæge. Herudover er der ca. 15 procent henvisninger til røntgen. 12 procent henvises til fysioterapi, fodterapeut, psykolog mens kun 3 procent bliver henvist til et kommunalt tilbud<sup>5</sup>.

1 [www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk), Monitorering af kronisk sygdom, 2012

2 [www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk), FRDK111: Befolkningsfremskrivning 2011

3 Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

4 Praktiserende lægers kontakter med social- og sundhedsvæsenet, APO m.fl., 2003,

5 Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

**DANSKE  
REGIONER**



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)