



01-03-24

MDR-2024-00043

Bettina Emma Marie Lawsen

Referat fra møde i Udvalget for det nære sundhedsvæsen den 08-03-2024 10:00

Deltagere:	Christoffer Buster Reinhardt Dan Skjerning Lis Mancini Susanne Lundvald Annette Blynel Carli Hækkerup Allan Emiliussen
Afbud:	Anny Winther Olav Nørgaard Pernelle Jensen Marianne Mulle Jensen Kirsten Devantier Vibeke West
Deltagere fra sekretariatet:	Naja Warrer Iversen Mirja Elisabeth Kløjgaard Robert Ladefoged Lin Krarup

Indholdsfortegnelse

1 (Offentlig) Besøg på Esbjerg og Grindsted Sygehus	2
2 (Offentlig) Meddelelser	5
3 (Offentlig) Foreløbigt program for studieturen til Finland.....	7
4 (Fortrolig)	8
5 (Offentlig) Orientering om Regeringens ældrereform	10
6 (Offentlig) Direkte adgang til fysioterapi	14
7 (Fortrolig)	17
8 (Fortrolig)	17
9 (Offentlig) Status på brugen af dosispakket medicin.....	18
10 (Offentlig) Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.....	24

1 (Offentlig) Besøg på Esbjerg og Grindsted Sygehus

Mette Bohmann Lystoft
MDR-2024-00043

Resumé

Udvalgmødet afholdes på Esbjerg og Grindsted Sygehus, hvor udvalget skal høre om fire af hospitalets indsatser i det nære sundhedsvæsen: Den Mobile Akutmodtagelse, IV-aftale og CADD-pumper, styrket samarbejde om plejeforløbsplaner og strategisk samarbejde med almen praksis.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget drøfter om der er indsatser eller læringspunkter fra oplæg og rundvisning, som udvalget skal arbejde videre med.

Sagsfremstilling

Udvalget skal besøge Esbjerg og Grindsted Sygehus den 8. marts.

Nedenfor gennemgås de indsatser, som udvalget skal høre mere om under besøget.

Den Mobile Akutmodtagelse

Den Mobile Akutmodtagelse består af en bil med en læge og akutsygeplejerske fra den fælles akutmodtagelse på Esbjerg Sygehus, som kører ud til patienter, der vurderes at kunne undgå en indlæggelse ved at blive behandlet på plejecenteret eller den midlertidige plads. Bilen har kørt ud siden 1. september 2023 og indsatsen er delvist finansieret af midler fra sundhedsklyngen.

Punktet præsenteres af cheflæge Ulf Hørlyck og chefsygeplejerske Peter Hansen Jakobsen, samt en kommunal repræsentant, Hanne Osbæck souschef i sygeplejen, Varde Kommune. Under fremvisningen af bilen deltager også chefsygeplejerske Lene Krogsgaard Klemensen.

IV-aftale og brugen af CADD-pumper

Den 23. juni 2021 godkendte Sundhedskoordinationsudvalget en ny samarbejdsaftale om IV-behandling i nærmiljøet. Som en del af aftalen udbredes anvendelsen af CADD-pumper til borgere der udskrives til IV-behandling i nærmiljøet. I et tværsektorielt samarbejde mellem sygehuset og samarbejdskommunerne er der oprettet lokale depoter i kommunerne med utensilier. Derudover er der samarbejde med sygehusapoteket ved OUH.

Punktet præsenteres af chefsygeplejerske Lene Krogsgaard Klemensen og chefsygeplejerske Lene Jensen.

Styrket samarbejde om plejeforløbsplaner

Ved hjælp af den Syddanske Forbedringsmodel er der igangsat et tværsektorielt forbedringsarbejde omkring plejeforløbsplaner. Arbejdet har indeholdt tværsektorielle workshops mv. og der ses gode resultater af det styrkede samarbejde. Arbejdet præsenteres af forbedringskonsulent Jens Hauge Rasmussen og tværsektoriel koordinator Asha Ravi.

Strategisk samarbejde med almen praksis

Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus har, via praksiskonsulentordningen, et stort fokus på udvikling og understøttelse af det gode samarbejde på tværs af sektorer til gavn for patienten. Det strategiske arbejde omfatter igangsættelse af nye indsatser, udvikling af samarbejdet, samt en standard datapakke, der sikrer løbende kvalitetssikring. Indsatser fra strategien 2024 samt omtalte datapakke præsenteres af praksiskonsulent Thomas Ploug og sygeplejefaglig direktør Charlotte Mose.

Obs. der kan forekomme justeringer i programmet efter udsendelse af dagsorden. Udvalget orienteres på dagen om eventuelle justeringer.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog de forskellige oplæg til efterretning og der var enighed om, at det er godt og vigtigt for udvalgets arbejde, at komme ud og besøge regionerne og høre om lokale initiativer.

Bilag

2 (Offentlig) Meddelelser

Bettina Emma Marie Lawsen
MDR-2024-00043

Resumé

Skriv et resumé af sagen

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget blev bl.a. orienteret om Danske Regionernes arbejde ift. strukturdebatten, Vives evaluering af eHospitalet og behandlingsrådets anbefalinger om at udbrede hjemme-NIV, hvor udvalget havde fokus på genanvendelse og grønne indkøb i forhold til maskerne. Derudover blev udvalgets også orienteret om, at sundhedsdatastyrelsen igen har gjort det muligt at trække data for genoptræningsplaner. Et emne, som udvalget drøftede på seneste møde, og var enige om, at sekretariatet skulle arbejde for igen, blev muligt. Endelig meddelte formanden, at Lina Hundebøll efter endt barsel udtræder af udvalget, hvorfor Anne Winther indtil andet beslattes, indtræder fast i udvalget.

Bilag

3 (Offentlig) Foreløbigt program for studieturen til Finland

Robert Ladefoged
EMN-2022-00644

Resumé

Sekretariatet er i gang med at planlægge udvalgets studietur til Finland d. 17.-19. april. På besøget vil udvalget få indsigt i ambitionerne bag det finske reformprogram, for en forståelse for målene med den øget integration af sundhedstilbuddene og møde centrale interessenter og praktikere fra det finske sundhedsvæsen. Sekretariatet planlægger besøget med assistance bl.a. fra den danske ambassade i Helsinki og organisationen Hyvil, som varetager de nye velfærdsområders interesser.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Faglige program for studieturen

Sekretariatet er i gang med at planlægge udvalgets studietur. I planlægningen af programmet taget sekretariatet udgangspunkt i de ønsker til program, som udvalget har drøftet.

Sekretariatet arbejder for et program, som især kommer omkring:

- En overordnet gennemgang af det finske sundhedsvæsen, herunder også organiseringen af almen praksis og redningstjenesterne.
- Rationalet bag at samle ansvaret for hele kæden af sundhedsydelse
- Konkrete praktiske eksempler, der viser potentialet i at integrerer sundhedsydelse, herunder også udfordringerne og muligheder ved ændrede arbejdsgange på både hospitaler og i primærplejen.
- Drøftelser med politikere fra én eller flere velfærdsområder.
- Økonomiske muligheder og udfordringer, der både er reformrelaterede og uafhængige af reformen.

Den overordnede plan for turen forventes at være som følger:

- Onsdag: Introduktion til Finlands sundhedsvæsen, det overordnede reformprogram og sundhedsreformen.
- Torsdag: Besøg i en region fokus på den praktiske implementering af sundhedsreformen.
- Fredag: Regionale perspektiver, drøftelser med politikere og fokus på, hvad der fx mangler af lovgivning, for at implementeringen kan lykkes.

Socialt program

Sekretariatet planlægger middag både onsdag og torsdag aften, og vil også komme med forslag til sightseeing-muligheder, der passer ind i programmet både ift. tid og sted.

Transport og hotel

Vi ankommer til Helsinki onsdag kl. 10.35-11.00 alt efter udrejselufthavn. Vi tager samlet fra lufthavnen til hotellet inden programmet for resten af onsdagen starter. Der er hjemrejse fra Helsinki lufthavn fredag kl. 16.55-18.15 alt efter ankomstlufthavn i Danmark. Vi skal bo på Scandic Grand Central Helsinki, som ligger centralt i Helsinki by.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen til efterretning og så frem til at blive præsenteret for et mere detaljeret program.

Bilag

4 (Fortrolig)

MDR-2024-00043

5 (Offentlig) Orientering om Regeringens ældrereform

Mette Bohmann Lystoft
MDR-2024-00043

Resumé

Regeringen har offentliggjort deres ældrereform "Du bliver aldrig for gammel til at have det godt" med et bærende princip om helhedspleje. I reformen beskrives en række indsatser under reformens tre værdier: selvbestemmelse for den ældre, tillid medarbejdere og lokal forankring. De foreslår bl.a. en ny ældrelov, fjernelse af kvalitetsstandarder og forebyggende hjemmebesøg og en strategi for udbredelse af velfærdsteknologi i ældreplejen. I reformen afsættes 1 mia. kroner varigt fra 2027 til et løft af den kommunale ældrepleje, mens ældreloven forventes at kunne træde i kraft 1. juli 2025. I reformen beskrives ikke indsatser vedr. sygepleje eller sundhedsområdet for reformens målgruppe.

Indstilling

Det indstilles,
at udvalget tager regeringens ældrereform til orientering.

Sagsfremstilling

Regeringen har den 30. januar offentliggjort ældrereformen "Du bliver aldrig for gammel til at have det godt" med et bærende princip om helhedspleje, som betyder at den ældre skal have mere selvbestemmelse og at det skal være en fast gruppe af medarbejdere, som kommer i den ældres hjem. Se bilag for hele reformen.

Med reformen foreslår regeringen en ny ældrelov, som de beskriver som værende kort og præcis og med fokus på 3 værdier: selvbestemmelse for den ældre, tillid medarbejdere og lokal forankring. Ældreloven fremsættes i Folketingssamlingen 2024/2025 med henblik på at kunne træde i kraft 1. juli 2025. Det konkrete lovforslag kendes ikke endnu.

Med reformen afsættes også midler med stigende profil frem mod 1 mia. kr. varigt fra 2027. Midlerne skal bruges til et kvalitetsløft og udmøntes til kommunerne via bloktilskuddet.

Derudover afsættes 555,4 mio. kr. i 2024-2027 og 15,3 mio. kr. i 2028 og årligt herefter til initiativer i ældreudspillet bl.a. til lokalplejehjem, til at styrke udbredelsen af velfærdsteknologi, til udvidelse af det frie valg, ligestilling af offentlige og private leverandører og til implementering af reformen.

Fremhævelse af udvalgte initiativer i ældrereformen

Under de tre værdier beskrives en række af indsatser. Nedenfor beskrives udvalgte af disse indsatser.

Værdi om selvbestemmelse for den ældre

- *Ny ældrelov*
Den skal bl.a. give mulighed for større tillid, flere muligheder og mere frihed, at ældre kan bestemme hvilken hjælp og indsats, som passer til deres behov.
Med ældreloven udskilles ældreplejen fra det specialiserede socialområde, og skal omfatte personer i folkepensionsalderen med behov for hjælp og støtte. I særlige situationer kan personer under aldersgrænsen omfattes.
- *Helhedspleje*
Den ældre skal visiteres til et rummeligt pleje- og omsorgsforløb, hvor det vil være op til medarbejderne og den ældre i dialog at fastlægge forløbet. Konkret betyder forslaget, at én leverandør har det samlede ansvar for borgerens forløb og skal kunne levere både rengøring og anden praktisk hjælp, personlig pleje, genoptræning (som ikke sker i tilknytning til sygehuset), rehabiliterende og vedligeholdende indsatser. Madservice er undtaget. Den ældre vil kunne benytte sit frie valg til at vælge mellem to eller flere leverandører eller fritvalgsbeviset.
- *Faste teams*
Brugen af faste teams i ældreplejen skal udbredes.

Værdi om tillid til medarbejdere og ledelse

- *Tilsynsreform på ældreområdet*
De 98 kommunale ældretilsyn nedlægges og i stedet etableres et nyt, forenklet tværkommunalt tilsyn, hvor alle tilsynsmyndigheder på plejehjemmene som udgangspunkt skal udføre tilsynet samme dag.
- *En ældrepleje med mere kvalitet og nærvær og mindre bureaukrati*
Det indebærer bl.a. at fjerne proceskrav om at udarbejde kvalitetsstandarder ligesom en række specifikke krav om forebyggende hjemmebesøg fjernes.
- *Ingen krav til dokumentation af pleje og omsorg*
Forslag om at der ikke stilles krav til medarbejdernes dokumentation af udførelse af personlig pleje og omsorg, i stedet skal der være registreringer automatiseres.

Værdi om tæt samspil med pårørende, lokale fællesskaber og civilsamfund

- *En ny type plejehjem*

Lokalplejehjemmene etableres i en selskabskonstruktion og skal styres af selvstændige, professionelle bestyrelser bestående af repræsentanter fra lokalmiljøet og det private erhvervsliv. Lokalplejehjemmene vil være kommunalt ejede, men vil ikke være direkte styret af kommunalbestyrelsen eller være underlagt kommunale politikker og krav.

- *Strategi for udbredelse af velfærdsteknologi i ældreplejen*
Øget brug af velfærdsteknologi i ældreplejen, herunder et forslag om at der afsættes 150 mio. kr. i 2025-2027 til en national strategi for udbredelse af velfærdsteknologi i ældreplejen.

Reaktioner på regeringens ældreudspil

Nedenfor er der samlet et udsnit af reaktioner på regeringens ældrereform.

Reformen beskriver ikke aspekter vedrørende sundhed eller sygepleje i deres nye reform. Sundhedsmonitor beskriver derfor også, at eksperter og ældrefolk relativt samstemmende bemærkede, at sundhedsopgaven manglede i ældrereformen, da den blev præsenteret på et stormøde. Eksempelvis udtrykte en plejehjemsleder, at sygeplejen er en integreret del af den behandling, som foregår på et plejecenter, og at servicelov og sundhedslov har modsatrettede logikker, som medarbejdere dagligt skal navigere i. Der var derfra bifald fra salen, da hun ønskede, at sundhedsloven bliver integreret i ældreloven. Projektchef Pia Kürstein Kjellbjerg fra ViVE spurgte også ind til regeringens tanker om sundhedsdelen i plejeopgaven og de manglende hænder. Ældreminister Mette Kierkgaard (M) svarede, at man vil afvente Sundhedsstrukturkommissionens resultat.

SF

Kirsten Normann, sundheds- og ældreordfører i SF, undrer sig i et indlæg i sundhedsmonitor den 19. februar over manglen på sundhed og sygepleje i udspillet. Og at faggrupper som sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle ikke nævnes i udspillet. Hun mener, at det manglende fokus herpå kan gøre det svært at lykkes med helhedspleje og faste teams.

KL

Sisse Marie Welling, Sundheds- og Omsorgsborgmester i Københavns Kommune og Formand for KLs Sundheds- og Ældreudvalg, udtaler i en pressemeddelelse fra KL, at der er rigtig mange positive takter i udspillet og anerkender regeringen for, at der følger midler med.

Dansk Industri

Mener at reformen i det store hele trækker ældreområdet i den rigtige retning med frit valg, mindre dokumentation og ligestilling af offentlige og private leverandører. Dog er der kritik af, at én leverandør skal kunne tilbyde

alle ydelser i helhedsplejen, hvilket adm. direktør Lars Sandahl Sørensen er bekymret for reelt vil indskrænke de ældres frie valg.

Forskere fra ViVE

Flere forskere fra ViVE har kommenteret på udspillet. Bl.a. siger Pia Kürstein Kjellberg, at sygeplejen og samspillet til det samlede sundhedsområde mangler i udspillet, mens Martin Sandbjerg Buch mener, at det er problematisk hvis der kun laves forbedringer i serviceloven og at der ikke tages hul på problematikken med de to forskellige lovgivninger; servicelov og sundhedslov.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

1. Regeringens ældreudspil - januar 2024 (1684935 - MDR-2024-00043)

6 (Offentlig) Direkte adgang til fysioterapi

Kent Højlund
EMN-2023-01211

Resumé

Bestyrelsen i Danske Regioner besluttede d. 31. august 2023 at igangsætte arbejdet med et tværregionalt projekt om Direkte adgang til fysioterapi i forlængelse af Region Hovedstadens tidligere afprøvning og evaluering. Region Sjælland har tilbudt at være projektregion, hvor afprøvning og evaluering forankres og drives. Dette omfatter ansøgning om dispensation fra sundhedsloven, udformning af udbud, evalueringsskiftaler, projektadministration og kommunikation til relevante parter.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget tager status for projektet om direkte adgang til fysioterapi til efterretning.

Sagsfremstilling

Bestyrelsen i Danske Regioner besluttede den 31. august 2023 at igangsætte arbejdet med et tværregionalt projekt om Direkte adgang til fysioterapi i forlængelse af Region Hovedstadens tidligere afprøvning og evaluering. Sekretariatet har siden arbejdet med at igangsætte afprøvning og evaluering på baggrund af dialog med Region Hovedstaden og Center for klinisk forskning og forebyggelse i Region Hovedstaden, som stod for evalueringen af det tidligere projekt i Region Hovedstaden, som blev gennemført i to kommuner (og med to kommuner som kontrolområde).

På baggrund af denne dialog om erfaringerne fra gennemførelsen og evalueringen af projektet i Region Hovedstaden er anbefalingen, at projektet afprøves og evalueres i én region frem for i flere kommuner på tværs af regioner. Erfaringerne fra den første afprøvning viser, at det er afgørende for projektets succes, at ordningen kommunikeres ud til både borgere og til sundhedsprofessionelle i de deltagende områder for, at ordningen bliver implementeret og brugt. Den regionale forankring af projektet vil bidrage til, at projektet implementeres i tæt samarbejde med både fysioterapeuter og almen praksis, så budskabet om ordningen når ud til patienterne. Samarbejdet mellem projektets parter (læger, fysioterapeuter, patienter, region og dem, der får til opgave at evaluere projektet) vurderes desuden at blive nemmere, når afprøvningen af direkte adgang til fysioterapi samles i én

region. Dette vil ligeledes smidiggøre indhentelse af data om brugen af fysioterapi og andre sundhedsydelse.

Efter disse sonderinger er anbefalingen, at projektet afprøves og evalueres i én region frem flere kommuner på tværs af regioner. Den regionale forankring af projektet skal bidrage til, at projektet implementeres i tæt samarbejde med både fysioterapeuter og almen praksis, så budskabet om ordningen når ud til patienterne. Erfaringerne fra den første afprøvning viser, at det er afgørende for projektets succes, at ordningen kommunikeres ud til både borgere og til sundhedsprofessionelle i de deltagende områder for, at ordningen bliver implementeret og brugt. Samarbejdet mellem projektets parter (læger, fysioterapeuter, patienter, region og dem, der får til opgave at evaluere projektet) vurderes desuden at blive nemmere, når afprøvningen af direkte adgang til fysioterapi samles i én region. Dette vil ligeledes smidiggøre indhentelse af data om brugen af fysioterapi og andre sundhedsydelse.

Region Sjælland har tilbudt at være projektregion, således at afprøvning og evaluering af direkte adgang til fysioterapi forankres og drives af Region Sjælland. De øvrige regioner støtter, at Region Sjælland varetager projektet. Region Sjællands opgave er i første omgang opstart af projektet. Det indebærer at ansøge Indenrigs- og Sundhedsministeriet om dispensation til projektet efter sundhedsloven samt at udforme udbud og indgå aftale om, hvem der skal evaluere projektet, og hvordan evalueringen præcist skal udformes og tilrettelægges. Region Sjælland skal desuden drifte projektet samt varetage kommunikation til borgerne, praktiserende fysioterapeuter og almen praksis, samt bidrage i forhold til indhentelse og levering af ydelsesdata til projektets evaluering. Sekretariatet anbefaler, at et tværregionalt forsøg med Direkte adgang til fysioterapi undersøges:

- om direkte adgang til fysioterapi reducerer de samlede udgifter til patientpopulationen ved at aflaste almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen, herunder henvisning til operation
- om ordningen påvirker den sociale ulighed
- barrierer og facilitatorer for implementering og udbredelse af ordningen
- om antallet af røde flag stiger med Direkte adgang til fysioterapi
- hvordan borgerne oplever ordningen.

I forhold til Region Hovedstadens afprøvning og evaluering medfører dette, at evalueringens genstandsfelt tilpasses for at give en større og mere repræsentativ stikprøve, samt at evalueringen målrettes spørgsmål, som den første evaluering ikke i tilstrækkelig grad kunne konkludere på. Dermed vil

flere fysioterapeuter, kommuner og borgere indgå i evalueringens stikprøve end den første evaluering i Region Hovedstaden, fordi den baseres på eksisterende datakilder. En større og mere repræsentativ evaluering var en politisk prioritering.

I forbindelse med den første evaluering blev det erfaret, at kendskab til muligheden for direkte adgang til fysioterapi er afgørende for udbredelse og anvendelse og derfor resultaternes generaliserbarhed i forhold til ordningens afledte effekter på brugen af det øvrige sundhedsvæsen. Center for klinisk forskning og forebyggelse anbefaler, at tidsrammen sættes til 24 måneder. Dertil kommer en opsamlingsperiode, hvor data indsamles fra patienter opstartet i slutningen af afprøvningsperioden. Henset til, at der er udtrykt ønske om, at projektet afsluttes i indeværende valgperiode, anbefales det, at evalueringen tilrettelægges med midtvejsresultater efter 12 måneder og en endelige afrapportering efter 24 måneder. Midtvejsevalueringen kan drøftes før november 2025. Midtvejsresultaterne skal bl.a. indeholde, hvordan direkte adgang til fysioterapi påvirker patienternes brug af almen praksis samt inddrage perspektiver fra lignende forsøg i andre lande. Såfremt konklusionerne i midtvejsevalueringen i tilstrækkelig grad giver svar på projektets spørgsmål, kan man politisk vælge at træffe beslutning om direkte adgang til fysioterapi.

Økonomi

Da direkte adgang til fysioterapi er et tværregionalt projekt ejes og finansieres evalueringen af direkte adgang til fysioterapi af regionerne i fællesskab. Udgifterne til projektet opkræves af projektregionen på baggrund af bloktilskudsnøglen. Center for klinisk forskning og forebyggelse i Region Hovedstaden har skønnet, at evaluering af direkte adgang til fysioterapi vil koste ca. 2,9 mio. kr., men de endelige udgifter kan afhænge af blandt andet det endelige evalueringsdesign og eventuelt også af fordelingen af opgaver i evalueringen mellem projektregion og ekstern konsulent. De skønnede udgiften til evalueringen indebærer, at opgaven skal i udbud.

Såfremt fjernelsen af henvisningskravet fører til, at flere patienter går til fysioterapeut og såfremt det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient ikke falder tilsvarende, er der en risiko for, at projektet medfører merudgifter til fysioterapi i projektregionen. Det er usikkert om forbruget af fysioterapi vil stige. I forbindelse med Region Hovedstadens afprøvning af direkte adgang til fysioterapi blev der ikke registreret stigende udgifter til fysioterapi med tilskud. Finansieringen af et evt. merforbrug af fysioterapi afholdes af projektregionen. Det vurderes, at merforbruget vil holde sig inden for overenskomstens samlede økonomiske ramme.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget drøftede orienteringen og så frem til at drøfte status igen på baggrund af den kommende midtvejsevaluering. Udvalget drøftede videre, om forsøget kan have den utilsigtede konsekvens, at det medvirker til at gøre det sværere for øvrige patienter at få adgang til fysioterapi. Det blev aftalt, at udvalget ved et kommende møde får et oplæg om overenskomstens betingelser.

Bilag

7 (Fortrolig)

EMN-2020-00383

8 (Fortrolig)

EMN-2022-01084

9 (Offentlig) Status på brugen af dosispakket medicin

Mette Bohmann Lystoft
EMN-2019-01215

Resumé

Udvalget har efterspurgt status på dosispakket medicin. Antallet af unikke brugere på dosispakket medicin er i vækst og i oktober 2023 var der 43.325 borgere på ordningen, hvilket svarer til en vækst på 18 procent siden november 2022. Antallet af udbetalte honorarer til almen praksis er også i vækst, sammenlignes samme periode i 2022 og 2023 ses en stigning i antallet honorarer til almen praksis på 37 procent. Derudover ses der også en vækst i antallet af indløste recepter fra 2021-2023.

Alle regioner implementerer arbejdsgange på hospitalerne for at undgå, at patienter tages unødigt af dosisdispenseret medicin i forbindelse med indlæggelse på et hospital. Alle regioner samarbejder også med almen praksis og bidrager til kompetenceudvikling af de praktiserende læger. Regionerne oplever dog generelt, at der er store forskelle på arbejdet med dosispakket medicin kommunerne og de praktiserende læger imellem.

Indstilling

Det indstilles,

at udvalget tager status om udbredelse af dosispakket medicin til orientering
at udvalget drøfter hvordan udbredelsen af dosispakket medicin kan understøttes yderligere på politisk niveau.

Sagsfremstilling

Udvalget har tidligere drøftet udbredelse af dosispakket medicin på mødet den 21. september 2023. Udvalget efterspurgte her en ny status for udbredelsen.

Senest har Jyllands-Posten også bragt et debatindlæg fra FOA, DSR og Farmakonomforeningen fra den 6. januar 2024, som bakker op om brugen af maskinelt dosispakket medicin og appellerer til at almen praksis i højere grad tager aftalen til sig. Mens Sundhedsmonitor har bragt en artikel den 19. februar om at maskinelt dosispakket medicin højner patientsikkerhed og giver plejepersonale tid til andre opgaver.

Se links til artikler under sekretariatets bemærkninger.

Udviklingen i brugen af dosispakket medicin

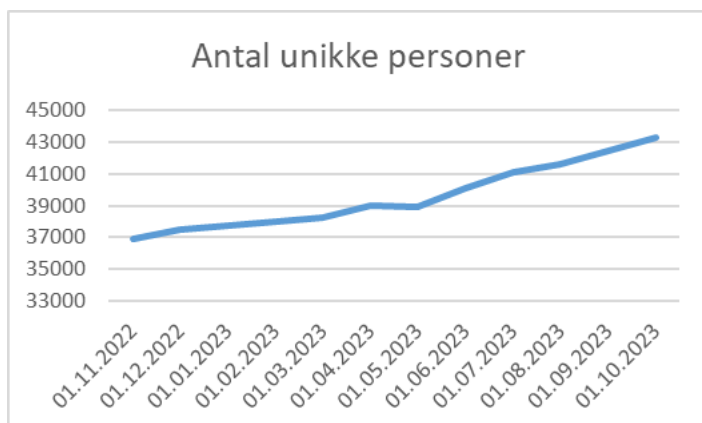
Regionerne afholder udgifterne til dosispakket medicin via honorarer til almen praksis og gebyrer til apotekerne. Engangshonoraret til almen praksis er på 450 kr. pr. patient, som de sætter på dosispakket medicin inkl. medicinafstemning. Pakkegebyret til apotekerne er et årligt honorar på 1.968 kr. pr. patient.

Udbredelsen af dosispakket medicin kan opgøres på forskellige datakilder hhv. afregning af honorar til almen praksis for ordningen og data fra Lægemiddelstatistikregisteret. Det er desværre ikke muligt at koble antallet af unikke brugere med antal udbetalte honorar, da det opgøres forskellige steder.

Antal brugere

Antallet af unikke brugere på dosispakket medicin er i vækst jf. figur 9. Antallet af unikke brugere er steget fra 36.910 i november 2022 til 43.325 i oktober 2023, hvilket svarer til en procentvis vækst på 18 pct. i perioden. Tallene er baseret på data fra Lægemiddelstatistikregisteret.

Figur 1: Antal af unikke dosisbrugere

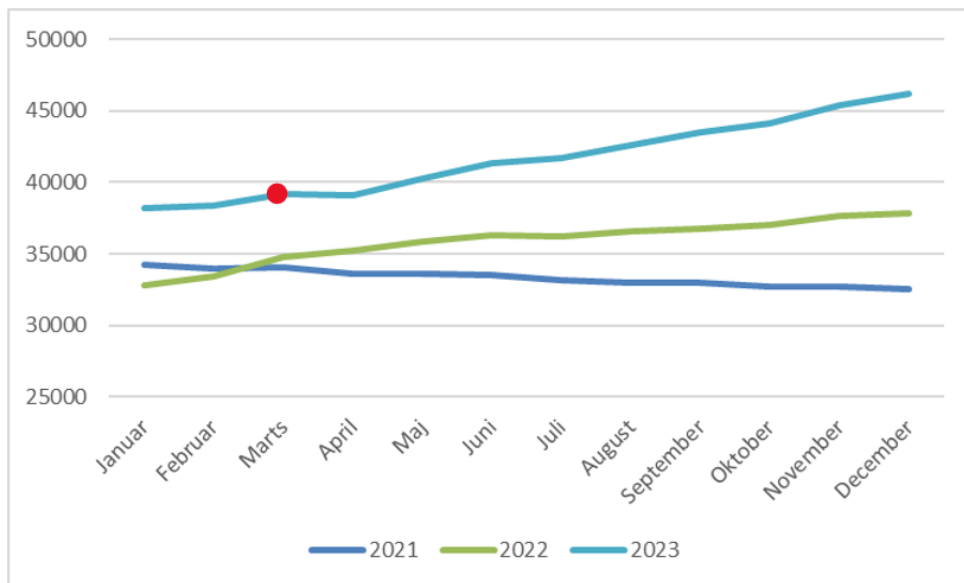


Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret (pr. 9. november 2023), Sundhedsdatastyrelsen

Udviklingen i personer der har indløst recepter på dosispakket medicin

Figur 2 viser antallet af personer, som har indløst en recept på dosispakket medicin fra apotekerne i hhv. 2021, 2022 og 2023. Her ses et stigende antal af personer i både 2022 og især i 2023, hvor der i december 2023 var mere en 45.000 personer, som indløste en recept på dosispakket medicin. Udviklingen stemmer overens med figur 1, men tydeliggør udviklingen henover årene. Den røde prik på figuren illustrerer, at der den 14. marts 2023 blev indgået en ny aftale mellem RLTN og PLO med det formål at bidrage til yderligere udbredelse af dosispakket medicin.

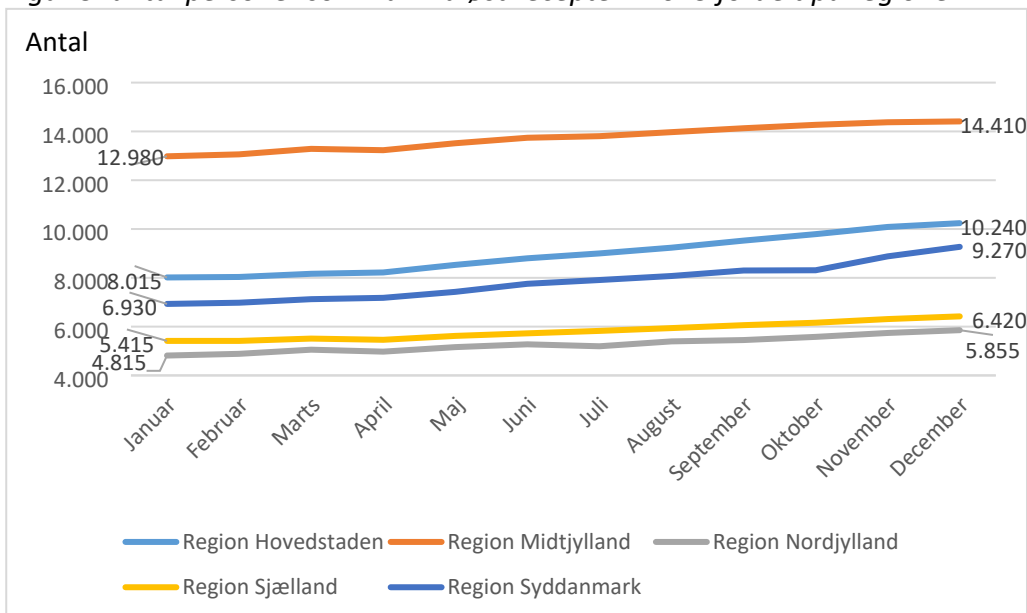
Figur 2: antal personer, som har indløst recept i 2021-2023



Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret (pr. 25. januar 2023), Sundhedsdatastyrelsen

Figur 3 viser antallet af personer, som har indløst en recept på dosispakket medicin i 2023 opdelt på regioner. På figuren kan det ses, at alle regioner oplever en stigning i antallet af indløste recepter fra januar til december.

Figur 3: antal personer som har indløst recepter i 2023 fordelt på regioner

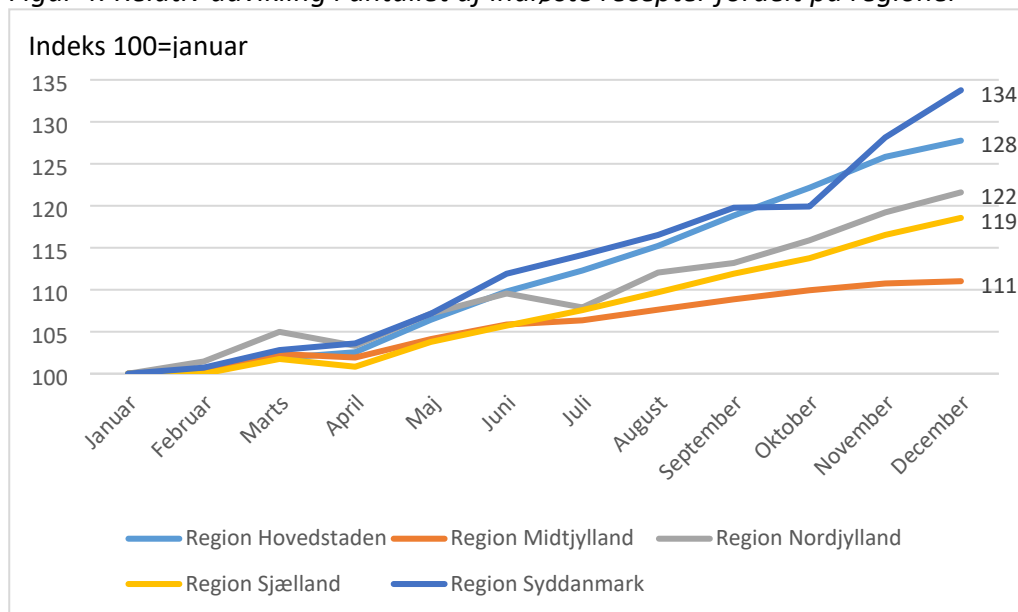


Kilde: Egne beregninger baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret (pr. 25. januar 2024), Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 4 er baseret på samme tal som figur 3, men her vises den relative udvikling i antallet af indløste recepter på dosispakket medicin i hver region

fra januar til december 2023. Stigningerne som vises i figuren; at Region Syddanmark 34 pct, Region Hovedstaden 28 pct, Region Nordjylland 22 pct, Region Sjælland 19 pct og Region Midtjylland 11 pct.

Figur 4: Relativ udvikling i antallet af indløste recepter fordelt på regioner



Udbetalte honorarer

På landsplan er der sket en stigning på 37 pct. i antallet af udbetalte honorarer til almen praksis, hvis samme periode (januar-oktober) sammenlignes fra 2022 til 2023. I alt er der udbetalt 24.040 honorarer siden december 2021 jf. tabel 1.

Tabel 1: Udbetalte honorarer til almen praksis

	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Total
Samlet antal (dec. 2021-okt. 2023)	5.712	7.995	3.040	2.833	4.464	24.040

Kilde: Regionernes afregningsregister

Status fra regionerne vedr. initiativer som understøtter udbredelsen af dosispakket medicin

Alle regioner implementerer arbejdsgange på hospitalerne for at undgå, at patienter tages unødigt af dosisdispenseret medicin i forbindelse med indlæggelse på et hospital. Eksempelvis gennem retningslinjer om individuel vurdering ved udskrivelse af patienter eller via regler for orientering af almen praksis, hvis den dosispakke medicin sættes i bero.

I Region Hovedstaden er der også ansat farmakonømer på nogle afdelinger til at understøtte arbejdet med dosispakket medicin.

Alle regioner samarbejder også med almen praksis og bidrager til kompetenceudvikling af de praktiserende læger. De fleste regioner indgår i et nationalt arbejde under KL og MedCom og understøtter også samarbejdet via de regionale Kvalitetsenheder for Almen Praksis. Herigennem understøtter data- og medicinkonsulenter brugen af dosispakket medicin i almen praksis. Aktiviteter til understøttelse af almen praksis ift dosisdispensering indbefatter bl.a. telefonrådgivning, kompetenceudvikling, nyhedsbreve og workshops. I nogle regioner underviser den regionale lægemiddelkomite også unge læger. I Region Syd er der også igangsat et projekt mellem Esbjerg og Grindsted Sygehus og Billund Kommune, som skal undersøge hvordan der kan skabes bedre arbejdsgange om dosisdispensering og projektet skal tjene som inspiration for arbejdet på regionens andre sygehuse.

Regionerne oplever generelt, at der er store forskelle kommunerne, klyngerne og de praktiserende læger imellem. Derfor er der igangsat processer for at understøtte de kommuner og praktiserende læger med den laveste udbredelse af dosispakket medicin.

I flere af regionernes klynger drøftes dosispakket medicin og enkelte steder er der igangsat projekter. Bl.a. har Sjælland Universitetshospital etableret et tværsektorielt forbedringsprojekt med fokus på dosispakket medicin i regi af Det nationale ledelsesprogram. Ambitionen er, at mindst 15 % flere stabile borgere er på dosispakket medicin i Guldborgsund, Lolland, og Vordingborg kommune pr. 1/6-24.

Nogle af barriererne for udbredelse af dosispakket medicin er bl.a. at dosispakket medicin fortsat skal pauseres ved indlæggelses, krav om egenbetaling for borgeren (et administrationsgebyr), komplicerede arbejdsgange i FMK, at medicinen kan være restordre på apotekerne, hvilket skaber yderligere arbejde for den praktiserende læge, samt at nogle alment praktiserende læger fortsat er skeptiske overfor brugen af dosispakket medicin og/eller synes at det er en for administrativt tung og tidskrævende opgave.

Se samlet tilbagemelding for regionerne i bilag.

Det indstilles at udvalget tager status om udbredelse af dosispakket medicin til orientering og drøfter hvordan udbredelsen af dosispakket medicin kan understøttes yderligere på politisk niveau.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Link til artikel i Jyllands-Posten den 6. januar 2024: [Titusindvis af tabletter trykkes ud af plasticpakker, selvom bedre løsninger findes \(jyllands-posten.dk\)](#)

Link til artikel i Sundhedsmonotir den 19. februar 2024: [Vækst i brugen af dosispakket medicin - sundhedsmonitor.dk](#)

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget var enige om at følge data på området og bad sekretariatet forberede en ny status senere på året. Sekretariatet bemærkede, at muligheden for at indhente nationale data er dårlig, hvorfor drøftelser ude lokalt på klyngemøder og SSU-møder også vil være en god ide. Udvalget tog derudover hospitalernes arbejde til efterretning og var enige om, at det ikke skal være sygehusene, der stopper udviklingen. At en sådan fortælling skal kunne modbevises med data, var vigtigt for udvalget.

Bilag

1. Opsamling på regionernes input (1682756 - EMN-2019-01215)

10 (Offentlig) Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom

Anna Boje
EMN-2017-01083

Resumé

Sundhedsstyrelsen har offentliggjort 'Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom'. Danske Regioner har sammen med to regionale repræsentanter været repræsenteret i arbejdsgruppen. Danske Regioner har ligeledes, med bidrag fra regionerne, afgivet høringsvar. Danske Regioner hilser kvalitetsstandarderne velkommen men finder det samtidig generelt lidt uklart, hvilken merværdi og kvalitetsløft kvalitetsstandarderne tilføjer til området. Danske Regioner har haft ønske om flere krav til kommunernes indsatser.

Indstilling

Det indstilles,

at Udvalget for det nære sundhedsvæsen tager orientering om Sundhedsstyrelsens 'Kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' til efterretning.

Sagsfremstilling

Sundhedsstyrelsen har netop offentliggjort 'Kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom' ([link](#)).

Kvalitetsstandarderne er udarbejdet som en del af opfølgningen på den politiske 'Aftale om sundhedsreform' fra maj 2022. Her fremgår det, at den nationale kvalitetsplan med kvalitetskrav og kvalitetsanbefalinger skal understøtte omstillingen af sundhedsvæsenet, herunder geografisk ensartet tilgængelighed og kvalitet. Kvalitetsplanen skal ligeledes bidrage til en bedre sundhed for den enkelte og dermed udskyde eller mindske brugen af sundhedsydelser senere i livet. Det var også i denne politiske aftale, at det blev besluttet at revidere kvalitetsstandarderne for kommunale akutfunktioner, som blev offentliggjort i september 2023.

Kommunerne tildeles 100 mio. kr. årligt stigende til 130 mio. kr. i 2029 og frem til at implementere kvalitetsstandarderne for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom.

Proces

Arbejdet med kvalitetsstandarderne blev igangsat foråret 2023. Her nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der har haft til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen om udarbejdelsen af kvalitetsstandarden. Danske Regioner har været repræsenteret sammen med to regionalt udpegede repræsentanter.

Kvalitetsstandarderne har været udsendt til "lynhøring" internt i arbejdsgruppen og til officiel offentlig høring. Ved begge høringsrunder har Danske Regioner afholdt møde med de to regionale repræsentanter der sidder i arbejdsgruppen og repræsentanter fra alle regionerne, hvor udkastet er blevet drøftet. Regionerne har også ved begge høringer fremsendt skriftlige bemærkninger til høringssvar. Danske Regioner har begge gange sammenskrevet bemærkninger fra møder og skriftlige svar og fremsendt høringssvar til Sundhedsstyrelsen (Vedlagt er Danske Regioners høringssvar fra den officielle høring). Kredsen for det nære blev orienteret undervejs.

Indhold i kvalitetsstandarderne

Der skelnes i kvalitetsstandarderne mellem krav og anbefalinger, men det er ikke specificeret hvordan der følges op på om kommunerne lever op til de opstillede krav.

Kvalitetsstandarderne er ikke sygdomsspecifikke, men omhandler generelle forebyggelsestilbud. Målgruppen for kvalitetsstandarderne er borgere med kronisk sygdom, eksempelvis diabetes, hjerte-kar-sygdomme, KOL, kræft og muskel-skelet-sygdomme, såsom lænde- og rygsmerter.

I det følgende gennemgås kort de væsentligste elementer i kvalitetsstandarderne med fokus på de krav og anbefalinger, som vurderes at have størst betydning for det tværsektorielle samarbejde mellem regioner og kommuner.

Det er et *krav*, at kommunerne tilbyder afklarende samtale, sygdomsmestring, nikotinafvænning, fysisk aktivitet, ernæringsindsats og forebyggende samtale om alkohol til borgere med kronisk sygdom, *som ud fra en sundhedsfaglig vurdering* af funktionsevne og helbredsforhold, kan have gavn af forebyggelsestilbud. Den sundhedsfaglige vurdering foretages af henvissende part, som er sygehuse, praktiserende speciallæger og almen praksis eller fra andre kommunale forvaltnings områder med kontakt til målgruppen. Det er samtidig et *krav*, at nikotinafvænning og forebyggende samtale om alkohol også tilbydes borgere med motivation for at ændre deres forbrug - dette, uanset om de samtidig har kronisk sygdom.

Disse krav går således på, at kommunerne skal tilbyde alle indsatserne indenfor den patientrettede forebyggelse. Der er også nogle *krav* til indholdselementer indenfor de konkrete indsatser, til kompetencer og fx til

fysiske test af borgere ifbm. den fysiske træning. Herudover er næsten alt andet *anbefalinger* ifht. de konkrete indsatser, som kommunerne skal tilbyde.

I forhold til borgerens samlede forløb i kommunen, så er det et *krav*, at det enkelte forløb evalueres ved at sende status til borgerens praktiserende læge (med samtykke) og at borgeren skal informeres om, at der kan rettes henvendelse til egen læge ved senere opståede behov.

Herudover er det et *krav*, at der aktivt skal støttes op om videreførelse og vedligehold af effekt efter endt indsats og at tilrettelæggelsen af forebyggelsestilbuddene skal differentieres med udgangspunkt i den enkelte borgers sundhedskompetence, præferencer, motivation, ressourcer, behov og tilgængelige data.

Endeligt er det et *krav*, at kommunerne anvender tilgængelige data om deres population, det er dog kun en anbefaling, når det kommer til hvad der ønskes, at kommunerne monitorerer.

Herunder *anbefales* det, at der genereres ny viden som grundlag for evaluering og tilpasning af indsatsernes indhold, målgruppe og tilrettelæggelse. Viden om virkning/effekt forudsætter som udgangspunkt forskning og dermed at kommuner bidrager til samarbejde med universiteter, professionshøjskoler, regionale forskningsinstitutioner og sygehuse samt analyse- og forskningsinstitutioner. Regioner og kommuner skal i et samspil med de statslige myndigheder og i dialog med brugerne, sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet gennem uddannelse, forskning, planlægning og samarbejde mv. jf. sundhedslovens §4. Kommunerne kan i den forbindelse hensigtsmæssigt samarbejde med regionerne, som har forskningsforpligtelse og ekspertise vedrørende forskning, monitorering og evaluering, samt en forpligtelse til at yde kommunerne rådgivning om deres indsats vedr. sundhedsfremme og forebyggelse jf. sundhedslovens §119 stk. 4, og §194.

Bemærkninger til kvalitetsstandarderne

Danske Regioner hilser det velkomment, at der er kommet kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom da forebyggelsestilbud kan spille en afgørende rolle ift. tidlige indsatser, forebyggelse af forværring samt opståelse af kroniske sygdomme. Danske Regioner håber også, at kvalitetsstandarderne bliver taget op til revision igen. Det fremstår nemlig desværre uklart, hvilken merværdi og kvalitetsløft kvalitetsstandarderne konkret tilføjer til området. Til orientering har en række patientforeninger offentliggjort en bred kritik af kvalitetsstandarderne ([link](#))([link](#)), som Danske Regioner kan bakke op omkring. Sundhedsstyrelsen og KL har afvist denne kritik ([link](#))([link](#)). Hertil har Diabetesforeningen i indlæg et kritiseret at man fra myndigheder og magthaveres side vælger at lukke ørerne for patienternes stemme ([link](#)).

Det er tydeligt at den økonomiske ramme på 130 mio. kr. har været styrende for, hvilke krav der er fastsat til kvalitet og niveau i opgavevaretagelsen. Rammen har betydet et fokus på, at alle kommuner skal kunne levere indsatserne og leve op til standarderne, snarere end, at kvalitetsstandarderne er blevet et værktøj til at sikre tilbud af en vis kvalitet og med forbedrede muligheder for monitorering og kvalitetsudvikling.

Danske Regioner har gennem hele processen ønsket yderligere fokus på *krav*, herunder mere bindende krav til monitorering (med ekstern monitoreringspart) og kvalitetsudvikling samt generelt kvalitetskrav for at sikre tilbud af højere kvalitet.

Danske Regioner har også ønsket et øget fokus på lighed i sundhed. Fx ved krav om tilgængelighed, både i forhold til særligt sårbare borgere, men også borgere under uddannelse og i arbejde. Herunder også at der bør være krav til, hvornår kommunerne kan stille et tilbud til rådighed efter henvisning, ligesom det er tilfældet på genoptræningsområdet. Samtidig burde der være øget fokus på opsporing ifht. sårbare målgrupper og også gerne større fokus på det tværgående samarbejde og ansvar.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger:

Udvalget tog orienteringen til efterretning.

Bilag

1. Danske Regioners generelle bemærkninger til SSTs Forbyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom - Kvalitetsstandarder (1655099 - EMN-2017-01083)
2. Bilag_Danske Regioners tekstnære bemærkninger til SSTs Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom - Kvalitetsstandarder (1655098 - EMN-2017-01083)