

# 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.

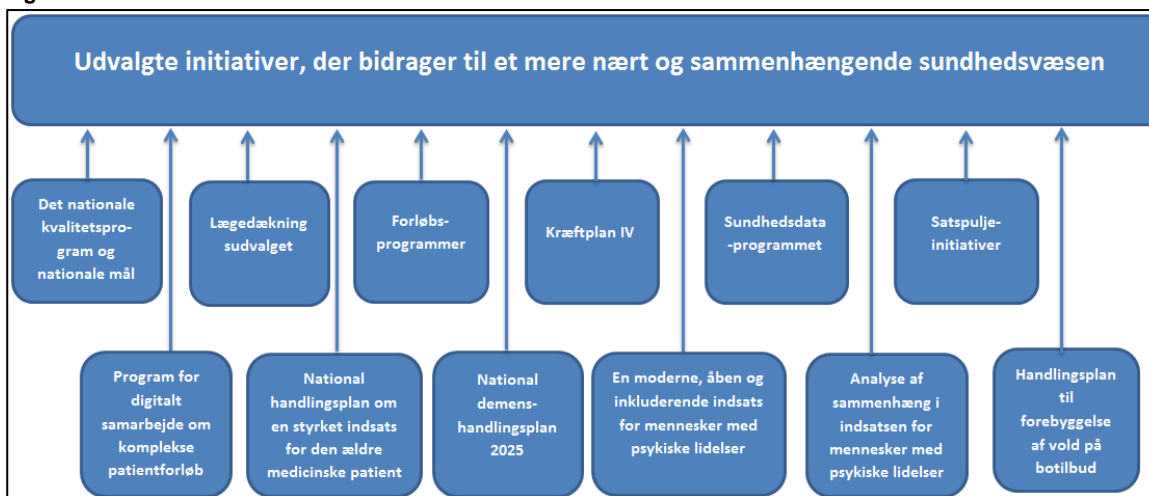
### ***Initiativer, der bidrager til et stærkere og mere sammenhængende sundhedsvæsen***

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 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 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 sygdomme<sup>2</sup>. 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 år<sup>3</sup>.

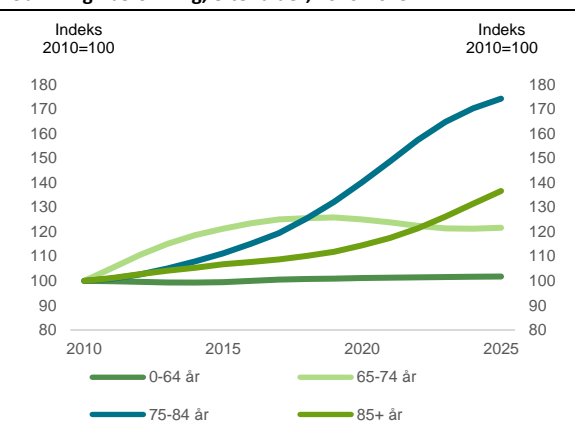
Den demografiske udvikling med en aldrende befolkning, og dermed også mindre arbejdsstyrke, skaber et stigende pres på sundhedsvæsenets ressourcer, fordi ældre oftere er i kontakt med både sygehusvæsenet, kommunale sundhedstilbud og almen praksis end resten af befolkningen. Ligesom flere mennesker med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

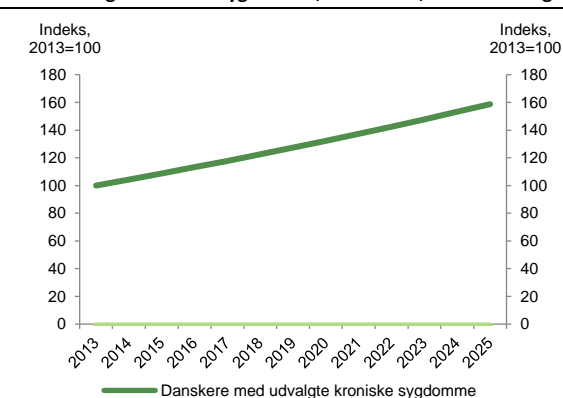
**Udvikling i befolkning, efter alder, 2010-2025**



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

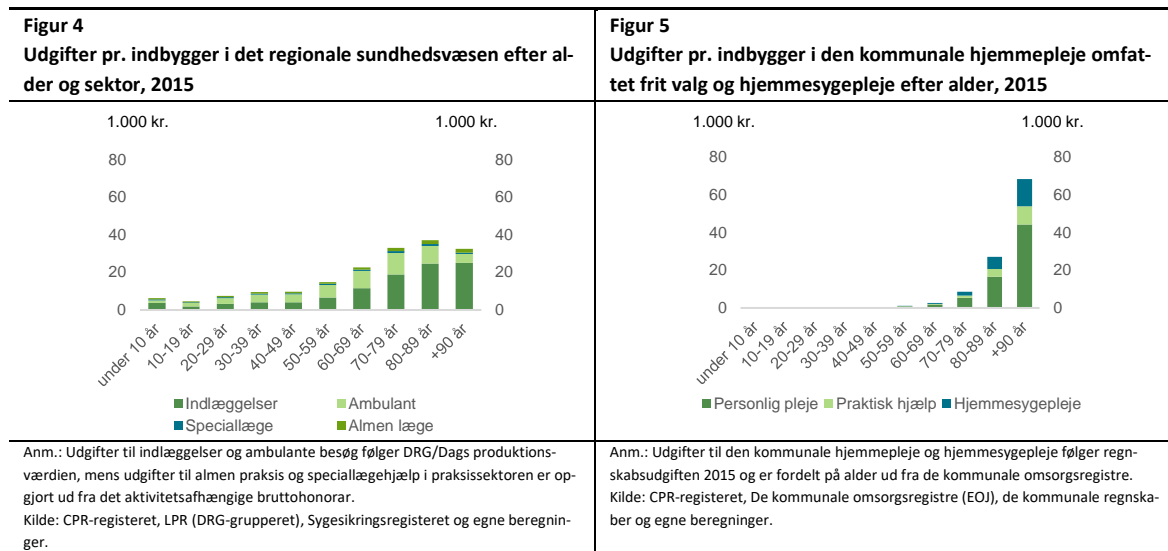
<sup>2</sup> KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1 og type 2 diabetes, hjertesvigt og astma

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

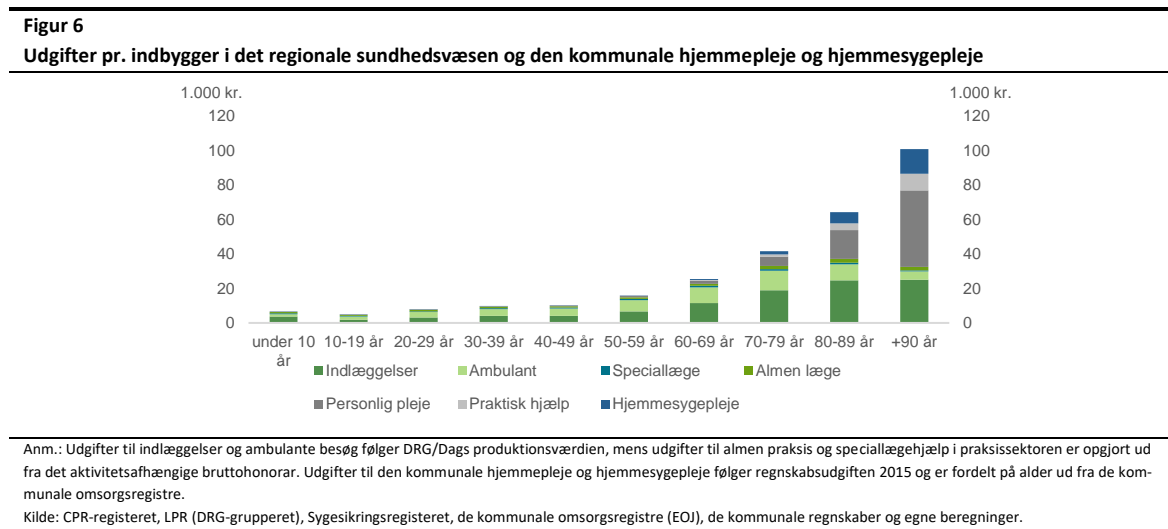


få borgeren i aldersgrupperne op til 70 år, som modtager hjemmehjælp. Og det er først fra omkring de 75 år, at der ses en stigende brug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje blandt de ældre.

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 psykiatrien<sup>4</sup>, 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.

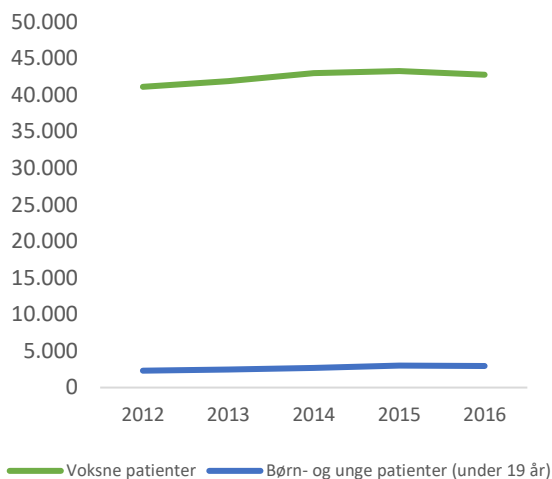
I samme periode er antallet af unikke børne- og unge patienter (under 19 år) i den regionale psykiatri steget fra ca. 27.000 til ca. 33.900 patienter, svarende til en stigning på ca. 25 pct. Der er således sket en stigning i aktiviteten og antallet af patienter i psykiatrien. Stigningen skal ses i lyset 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)

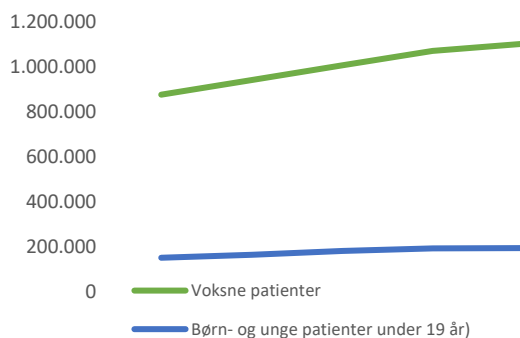


Anm.: Tabellen omfatter kontakter for patienter behandlet på offentlige sygehuse eller som har modtaget offentligt betalt behandling på privatsygehuse. En indlæggelse tæller som en patients udskrivning fra en psykiatrisk afdeling, hvor patienten optager en normeret sengeplads. Overflytninger mellem sygehusafdelinger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

<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup>

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.<sup>6,7</sup>

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.

<sup>5</sup> Anbragte i plejefamilier og psykiatriske diagnoser, Velfærdspolitisk Analyse nr. 11, maj 2017

<sup>6</sup> DSI, Opgaveudvikling på psykiatriområdet, 2011.

<sup>7</sup> 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 afvigelser, 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 behandlingsansvar. I KL's spørgeskemaundersøgelse fra november 2016<sup>8</sup> 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.

<sup>8</sup> KL's dataindsamling 2016

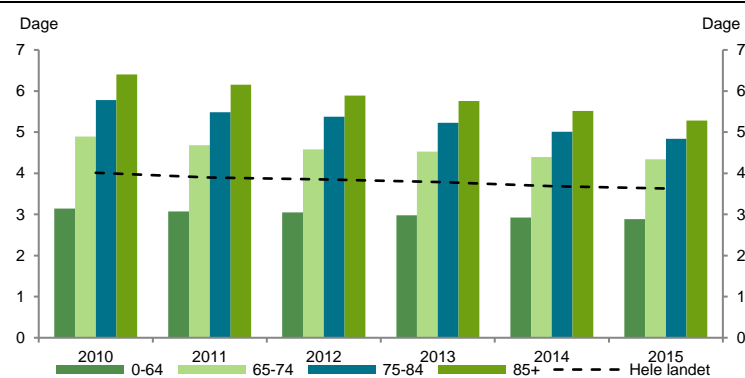
Konkret varetager:

- 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**

Internationalt<sup>9</sup> 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-

<sup>9</sup> 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 kompetencer<sup>10</sup>. 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 rygestoptilbud<sup>11</sup>.

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

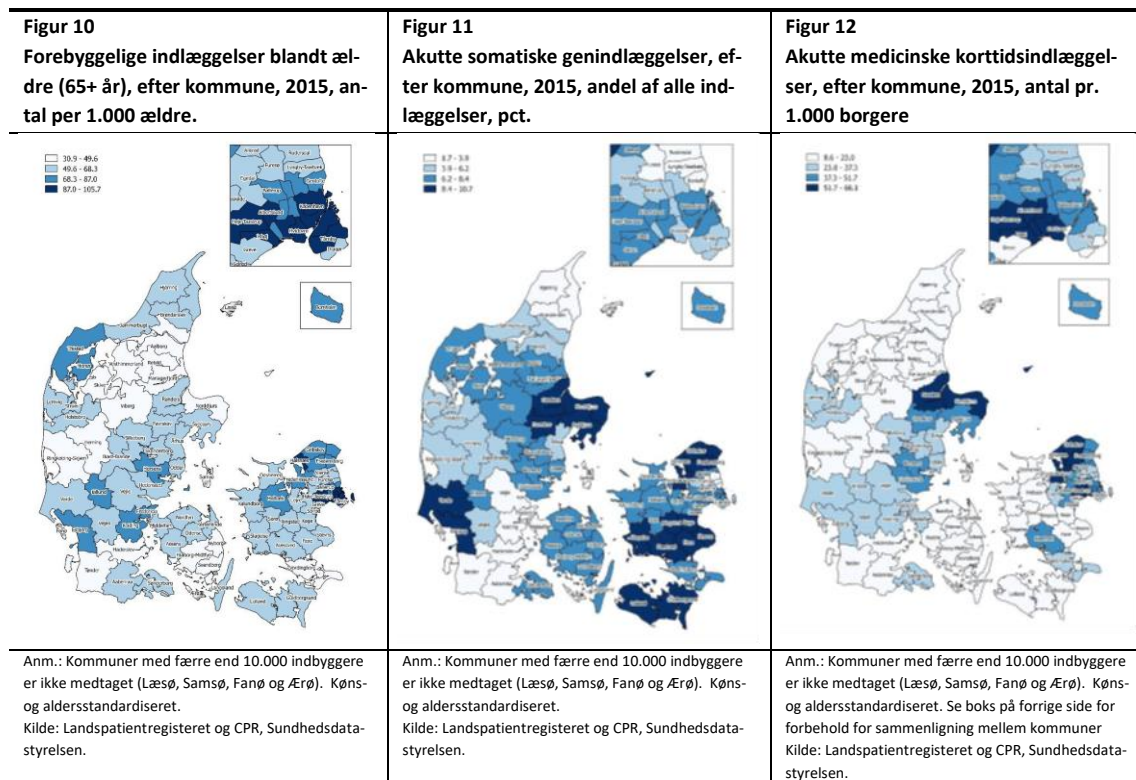
I 2015 varierede andelen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre betydeligt på tværs af regioner og kommuner, jf. figur 11. I 2015 varierede andelen af somatiske genindlæggelser regionalt fra 5,5 til 9,1 pct. og kommunalt fra under 3 pct. til over 10 pct., jf. figur 11. Andelen af de akutte psykiatriske 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 12<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> KL's spørgeskemaundersøgelse, november 2016

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

<sup>12</sup> 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.

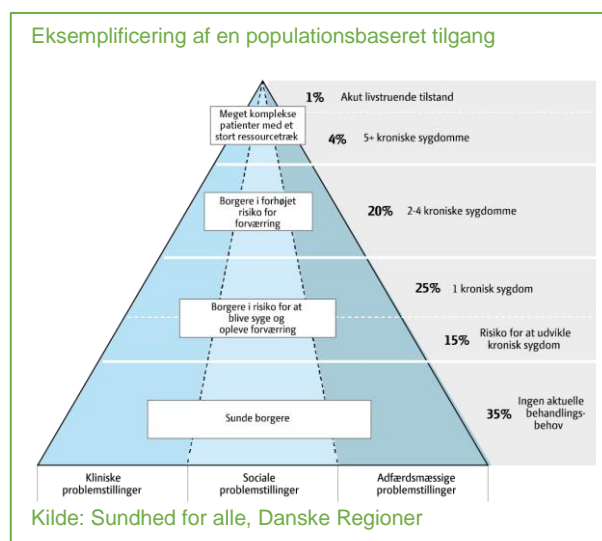
Formålet med en populationsbaseret tilgang er at skabe mest mulig sundhed for en afgrænset population og samtidig sikre mindst mulig ulighed i fordelingen af sundhed i den samlede population. I planlægningen og tilrettelæggelsen af indsatser prioriteres ressourcerne til de indsatser, der skaber mest 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.<sup>13</sup>

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.

---

<sup>13</sup> 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 tilbage<sup>14</sup>. 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
<b>I alt</b>	<b>1.377.700</b>

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 andre<sup>15</sup>.

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)<sup>16</sup> lever 21 pct. af befolkningen med to eller flere sygdomme<sup>17</sup>. 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 sygdomme<sup>18</sup>.

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.

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen og Den Danske Ordbog

<sup>15</sup> Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model

<sup>16</sup> 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.

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

<sup>18</sup> 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 sygdomme<sup>19</sup> 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

---

<sup>19</sup> 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 u hensigtsmæssige 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 anbefales, 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 distriktpsychiatri. 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 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 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 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 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 indsatser 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 indsatser 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 sundheds tilbud 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 tilsligtede 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 lænderygsmerter, 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 Handlingsplan 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.



### **Gennemsigtighed 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 gennemsigtighed 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.