



I EN NÆR FREM TID

De første skridt mod et nært sundhedsvæsen
med høj, ensartet kvalitet og lige adgang

I en nær fremtid

De første skridt mod et nært sundhedsvæsen med høj, ensartet kvalitet og lige adgang

Vi stiller store krav til vores hospitaler. Sådan skal det være. Vi måler og vejer hospitalernes indsats, fordi vi skal kunne regne med dem. Og som borgere er vi udstyrede med patientrettigheder, der skal garantere os fri og lige adgang til behandling af høj kvalitet. Gennem de seneste 15 år har høje krav, investeringer, faglig udvikling og reformer af sygehushæsen et løftet kvaliteten i behandlingen af store folkesygdomme som fx kræft og hjertekar-sygdomme. I dag kan vores hospitaler måle sig med verdens bedste.

Men sundhedsvæsenet er andet og mere end hospitaler. Det er også alt det, der skal holde os sunde og raske længst muligt, forebygge forværring af sygdom, få os på højkant igen efter længerevarende sygdomsforløb og gøre det så tæt på eget hjem som muligt.

Her er udviklingen ikke fulgt med. Vi har ikke som samfund stillet de samme klare krav til kvalitet, tilbud og tilgængelighed. Det har den konsekvens, at for mange borgere kommer på hospitalet med tilstande, der kunne have været forebygget, behandlet hjemme eller tæt på, hvor de bor. Og hvert år er der tusindvis af patienter, som ikke kan udskrives fra hospitalet, fordi der ikke er et tilbud til dem i det nære.

Det skaber ofte nedsat livskvalitet for mange med kronisk sygdom, ældre borgere og mennesker med multisygdom. Og så lægger det et unødigt stort pres på de hospitaler, der i de

kommende år skal sikre plads til endnu flere med behov for hospitalsbehandling.

Med udspillet "I en nær fremtid" slår regionerne fast, at borgerne skal kunne forvente samme høje kvalitet og tilgængelighed, uanset hvor de møder sundhedsvæsenet. Udspillet peger derfor på de krav og forventninger, vi bør stille til de nære sundhedstilbud, og beskriver, hvordan vi sikrer den nødvendige økonomiske satsning på forebyggelse, pleje og behandling i det nære.

Borgerne skal møde et sammenhængende sundhedsvæsen

I den aktuelle debat om fremtidens sundhedsstruktur har Danske Regioner foreslået, at vi samler ansvaret for sundhedsvæsenet – både det specialiserede og det nære – ét sted. For at sikre incitamentet til at styrke det, der er nært for borgerne. I regionerne er vi parate til at påtage os den opgave.

Med dette udspil går vi skridtet videre. Vi præsenterer 24 forslag til, hvordan vi med et samlet ansvar vil styrke det nære sundhedsvæsen.

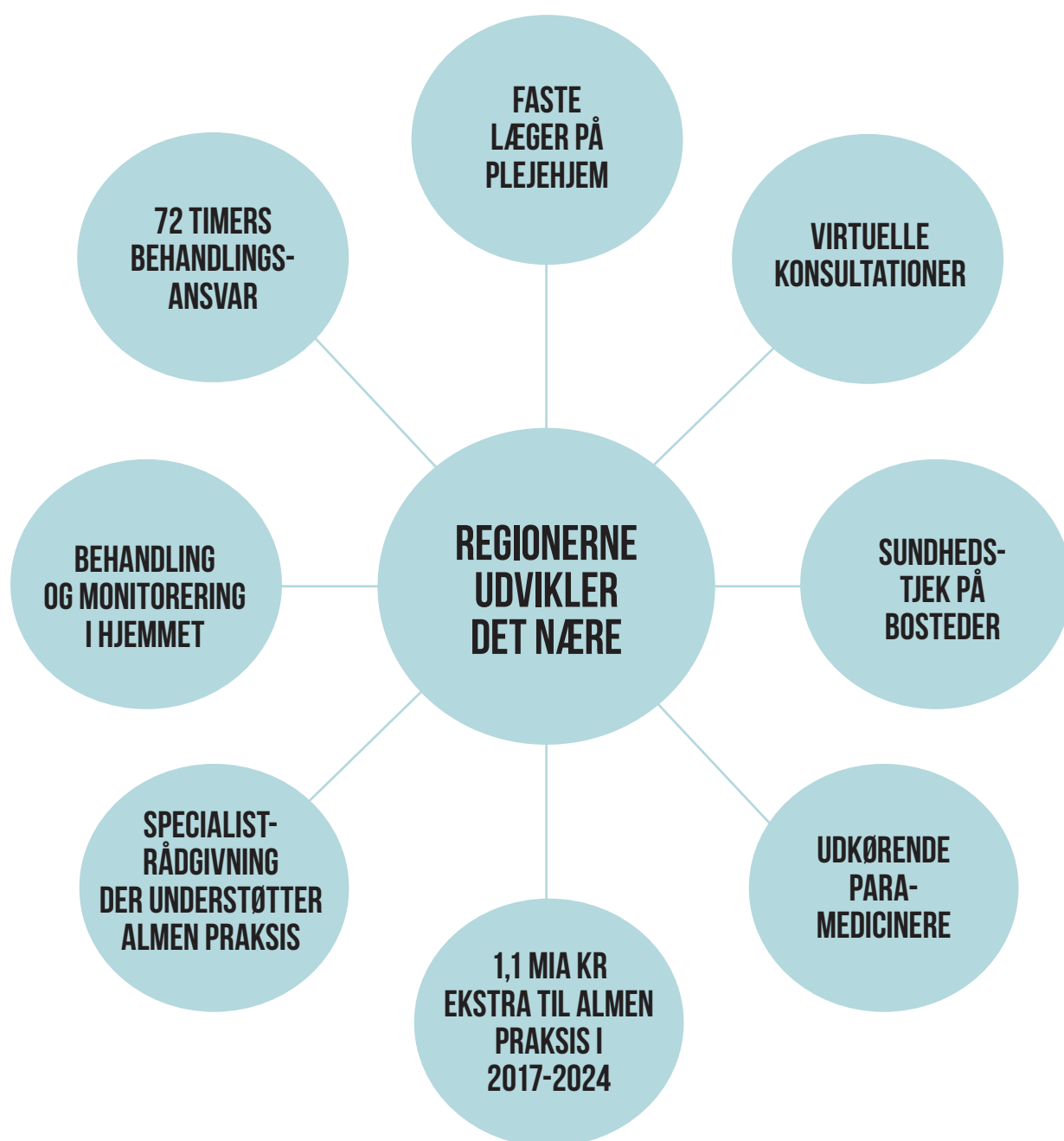
Regionerne har de senere år prioriteret en markant del af væksten i sundhedsvæsenet til de praktiserende læger og udgående funk-

tioner fra sygehusene, der løfter kvaliteten i det nære. Med et samlet ansvar vil vi forpligte os til skridt for skridt at flytte en endnu større del af væksten til det nære sundhedsvæsen i takt med udviklingen af de nære sundhedstilbud. Så vi ved at behandle flere tættere på og ved at forebygge bedre både kan levere mere sundhed til borgerne og frigive plads på hospitalerne til borgere med et hospitalsbehov.

Selvom udspillet her fokuserer på udviklingen uden for hospitalerne, vil det også kræve no-

get nyt af hospitalerne. Vi må erkende, at den nødvendige specialisering også har betydet et vist tab af breddekompetencer og helhedssyn. Det skal vi have tilbage. Hospitalerne skal have en endnu mere udadvendt rolle, stille deres specialistviden til rådighed for sundhedsfaglige medarbejdere i det nære sundhedsvæsen og i øvrigt deltage aktivt i udviklingen med deres viden om kvalitet, forskning mv. Så vi udnytter de synergier ved videndeling og bedre ressourceudnyttelse, som et samlet ansvar for det nære og det specialiserede sundhedsvæsen giver.

Regionerne har investeret i det nære sundhedsvæsen:



Sådan vil vi styrke det nære sundhedsvæsen

Kvalitetskravene til det nære sundhedsvæsen skal være langt mere forpligtende, og udviklingen langt mere ensartet, så danskerne oplever samme høje kvalitet, uanset hvor de bor. I udspillet her fremlægger vi konkrete forslag til, hvordan vi sikrer borgerne mere ensartet kvalitet og fri og lige adgang til nære sundhedstilbud.

Patientrettighederne i hospitalsbehandlingen har været med til at styrke fokus på patienterne og sikre hurtigere behandling af høj, ensartet kvalitet. Det har også øget aktiviteten og drevet mere behandling ind på hospitalerne. Skal mere aktivitet foregå *uden for* hospitalerne, skal vi sikre, at borgerne også har rettigheder i det nære.

I en nær fremtid skal vi som borgere også have rettigheder uden for hospitalerne. Derfor foreslår vi bl.a., at borgerne skal have frit valg af akutplads og midlertidig plads i hele landet og tilsvarende frit valg af tilbud om patientrettet forebyggelse og rehabilitering

i hele landet. Vi foreslår også digitale rettigheder, der kan flytte konsultationerne ind i borgerens eget hjem og give bedre muligheder for at have sine pårørende med.

I en nær fremtid skal man som borger være tryk ved, at man får god pleje og behandling alle steder i sundhedsvæsenet. Uanset hvor i landet man bor. Det kræver, at alle sengepladser i det nære sundhedsvæsen fremover er underlagt klare kvalitetskrav til funktioner og kompetencer. Vi skal samtidig sikre, at der er nok akutpladser, så alle borgere, der har behov for det, kan komme på akutplads uden ventetid.

I en nær fremtid skal flere kunne få tilbudt undersøgelser, kontroller og behandling tættere på og i eget hjem. Det gælder især for dem, der ofte går til kontrol og behandling, men hvor der er blevet længere til det nærmeste sygehus. Noget skal i højere grad tilbydes digitalt, mens andet skal tilbydes hos flere praktiserende læger og speciallæger eller i specialiserede sundhedshuse i områder, hvor borgerne har fået længere til nærmeste sygehus.



Samlet og sammenhængende

Danske Regioner præsenterede i november 2023 udspillet 'Samlet og sammenhængende' med forslag til en ny struktur for sundhedsvæsenet.

Sektorgrænser, kassetænkning og opdelt lovgivning forhindrer udviklingen af de nære sundhedstilbud og skaber problemer med manglende sammenhæng for borgerne. Drivkraften til at tænke på tværs og investere i det nære for at holde folk mere raske og ude af sygehusene er ganske enkelt ikke stærk nok i sektorer, der har ansvaret for hver deres del af sundhedsvæsenet.

Danske Regioner foreslår at samle ansvaret for den samlede kæde af sundhedsydelser under én myndighed med direkte folkevalgt ledelse. Det vil skabe et stærkt incitament til at investere massivt i forebyggende indsatser og

nære tilbud, som kan gøre borgerne mere selvhjulpne og raske, så færre får behov for indlæggelse.

En ny struktur bør basere sig på fem grundlæggende principper:

1. Et samlet ansvar for hele kæden af sundhedsydelser
2. Kapacitet og incitament til at drive udviklingen af det nære og modvirke ulighed i sundhed
3. Høj kvalitet i udredning og behandling i hele sundhedsvæsenet
4. Decentral struktur med direkte folkevalgt ledelse
5. Bureaucrati og spild skal begrænses

Læs hele udspillet '[Samlet og sammenhængende](#)' på [regioner.dk](#)

I en nær fremtid skal borgere med kronisk sygdom kunne forvente samme høje kvalitet på tværs af geografi – og med udgangspunkt i den enkeltes behov. Sundhedsstyrelsen har løbende udgivet faglige anbefalinger og kvalitetsstandarder for indsatser og forløb på tværs af sektorer for de store kroniske sygdomme. Men fordi der er for meget '*kan*' og for lidt '*skal*', er der stor forskel på den hjælp, borgere med kronisk sygdom får, afhængigt af hvor i landet de bor. Det skal vi lave om med grundpakkeforløb med ambitiøse kvalitetsstandarder og nationale mål for indsatsen, når det gælder de store kroniske sygdomme.

I en nær fremtid skal vi sikre, at alle borgere har reelt frit valg af læge. Derfor arbejder vi for at øge antallet af praktiserende læger til ca. 5000 i 2035. Vi skal sikre os, at det først og fremmest kommer de egne af Danmark til gode, som i dag mangler praktiserende læger. Det kræver nye redskaber til at sikre, at alle danskere har deres egen læge, uanset hvor i landet de bor.

Og i en nær fremtid skal kompetencerne følge med, så borgerne alle steder i landet møder et nært sundhedsvæsen af høj faglig kvalitet. Vi skal uddanne flere, løfte kompetencerne med nye efter- og videreuddannelsesmuligheder og sikre mere fleksible faggrænser. Vi skal transformere hospitalerne, så de i langt højere

grad rækker ud med deres kompetencer i det nære. Så de sundhedsfaglige kompetencer, vi har, bruges bedst muligt for borgerne.

Det vil vi forpligte os på

Med et samlet regionalt ansvar for *hele* sundhedsvæsenet vil vi forpligte os på, at borgerne får mest mulig *nær* sundhed for pengene. Derfor skal en væsentlig del af væksten fremover prioriteres til opgaver uden for hospitalerne: I almen praksis og speciallægepraksis, på akutpladserne, tilbud i sundhedshuse, til sundheds- og plejeydelser i eget hjem, på plejehjem mv.

Det løft af det nære sundhedsvæsen, vi foreslår her i udspillet, er nødvendigt, uanset hvordan den fremtidige struktur kommer til at se ud. Men det vil lykkes bedst og mest effektivt i en struktur, hvor ansvar og budget for hele kæden af sundhedsydelser er samlet samme sted, og hvor krav om ensartet kvalitet og tilgængelighed af de nære sundhedstilbud ikke per automatik skal kompenseres økonomisk 1:1.

For løftet af det nære sundhedsvæsen i *hele* Danmark skal ske i et langt hurtigere tempo end hidtil. Derfor har vi brug for mere forpligtende handling.

24 konkrete forslag

Flere skal have pleje og behandling af høj kvalitet i det nære

- 1 Adgang til en akutplads af høj faglig kvalitet – uanset hvor i landet man bor
- 2 Fri og lige adgang til akutpladser og andre sengepladser i det nære
- 3 Borgere, der udskrives til hjælp i det nære, skal også have den
- 4 Bedre mulighed for at dø i rolige og trygge omgivelser derhjemme
- 5 Faste læger på alle akutpladser
- 6 Faste læger på alle plejehjem og botilbud
- 7 Flere skal have undersøgelser, opfølgende kontroller og lettere ambulante behandlinger tættere på deres hjem
- 8 Flere skal behandles i eget hjem
- 9 Mere sikker håndtering af borgernes medicin med dosisdispensering
- 10 Det skal være lettere at få hjælpemidler, man har behov for



Nye rettigheder til patienterne i det nære sundhedsvæsen

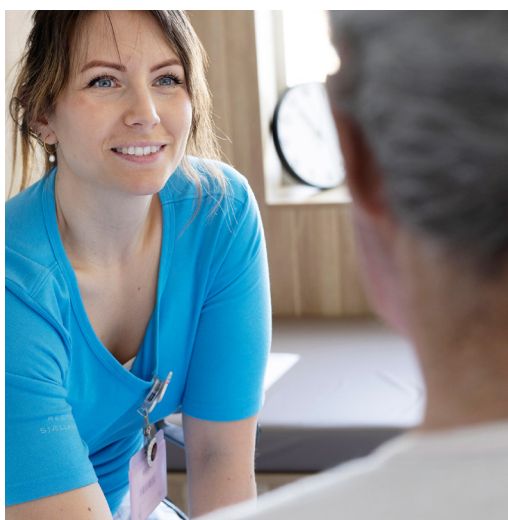
- 11 Frit valg af akutplads og midlertidig plads
- 12 Frit valg af tilbud om patientrettet forebyggelse og rehabilitering
- 13 Ret til virtuel konsultation





Bedre sammenhæng for patienterne

- 14 Grundpakkeforløb for borgere med kronisk sygdom
- 15 Fast tovholder for kronisk syge og multisyge borgere
- 16 Bedre forebyggelse af indlæggelse for borgere med svær psykisk sygdom
- 17 Patienter skal ikke være deres egen omvarende patientjournal



Alle danskere skal have frit valg af læge

- 18 Det skal være mere attraktivt at være praktiserende læge i yderområderne
- 19 Bedre mulighed for at sikre alle danskere frit valg af læge
- 20 Det skal være lettere at komme i kontakt med egen læge



Bedre brug af de sundhedsfaglige kompetencer skal løfte kvaliteten i det nære

- 21 Bedre efter- og videreuddannelsesmuligheder for SOSU-assistenters
- 22 SOSU-assistenters og sygeplejersker skal kunne løse flere opgaver i det nære
- 23 Bedre videreuddannelsesmuligheder for sygeplejersker og andre faggrupper
- 24 Bedre brug af kompetencerne på tværs af sygehusene og det nære



Flere skal have pleje og behandling af **høj kvalitet i det nære**

Specialiseringen af sygehusene har sikret høj og ensartet kvalitet i sygehusbehandling. Men det har også betydet, at turen til sygehuset for nogle borgere er blevet længere, end den behøver at være. De skal opleve, at sundhedsvæsenet kommer tættere på dem igen, ved, at flere opgaver på sygehusene flyttes ud i det nære sundhedsvæsen og ud i borgernes eget hjem.

Borgerne skal møde samme høje kvalitet og tilgængelighed, uanset hvor de møder sundhedsvæsenet. Med klare og ambitiøse krav til kvalitet, tilgængelighed og ensartethed vil vi sikre høj kvalitet og ensartethed i de forebyggende og nære tilbud i hele landet. Så flere kan leve gode liv, og flere kan undgå turen til hospitalet.

En kvalitetsplan

En ambitiøs kvalitetsplan med forpligtende standarder for kvalitet, kapacitet og kompetencer skal være rammen for det fælles arbejde med at sætte tidligere og mere forebyggende ind med en koordineret indsats. Uanset om indsatsen foregår på sygehusene eller i det nære. Den skal derfor også beskrive den nødvendige lægefaglige understøttelse af indsatser i det nære. Det er vigtigt, at kvalitetsstandarderne understøtter, at indsatserne kan varetages af flere faggrupper og med fleksible faggrænser i tråd med Robusthedskommissionens anbefalinger.

1. Adgang til en akutplads af høj faglig kvalitet – uanset hvor i landet man bor

Akutpladser og midlertidige pladser er en vigtig del af indsatsen i det nære sundhedsvæsen for borgere, der er for svækkede til at være i eget hjem, men ikke har behov for behandling på sygehuset. I dag kan man ikke altid komme på en akutplads eller midlertidig sengeplads, når man har behov for det. Ligesom der kan være store forskelle i kvaliteten, fordi der ikke stilles klare kvalitetskrav til de midlertidige pladser efter serviceloven på samme måde som til akutpladserne, der er reguleret i sundhedsloven.

Borgerne og deres pårørende skal kunne føle sig trygge ved, at der er god pleje og behandling på akutpladserne alle steder i landet. Derfor skal alle sengepladser i det nære sundhedsvæsen reguleres i sundhedsloven, og der skal fastsættes klare faglige krav til kvalitet, funktioner og kompetencer.

Samtidig skal vi sikre, at der er nok akutpladser, så alle borgere, der har behov for det, kan komme på akutplads uden ventetid.

FAKTA: Akutpladser og midlertidige pladser

Det skønnes, at der i dag er omkring 3.800 akutpladser og midlertidige pladser i kommunerne. Tal viser, at der siden 2014 ikke er sket en stigning i antallet af akutpladser, selvom der i samme periode er blevet flere ældre.

De kommuner, der har flest pladser, har tre gange så mange pladser per 1.000 ældre borgere som de kommuner, der har færrest. Kun cirka fem procent af pladserne er akutpladser omfattet af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder. De øvrige pladser er oprettet efter serviceloven.

Med et samlet ansvar for hele sundhedsvæsenet kan antallet af akutpladser løbende justeres og tilpasses udviklingen på sygehusene og mulighederne for behandling i hjemmet.

Kilde: Danmarks Statistik og Implement (2023): Den kommunale sundhedsindsats.

Færdigbehandlede patienter på sygehusene

I snit ligger der hver dag ca. 100 færdigbehandlede patienter i en hospitalsseng og venter på fx at komme på en akutplads eller hjem med den rette hjælp.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen



2. Fri og lige adgang til akutpladser og andre sengepladser i det nære

Alle borgere skal have samme fri og lige adgang til sundhedsvæsenet – uanset om man ligger i en hospitalsseng eller en seng i det nære sundhedsvæsen. I modsætning til når man er indlagt på sygehuset, opkræves der mange steder brugerbetaling i forbindelse med kommunale døgnophold, ligesom der gælder andre regler for befordring. Det risikerer at skabe en ulighed i borgernes adgang til at få den behandling og pleje, de har behov for, uden for sygehusene. Derfor skal ophold på sengepladser i det nære sundhedsvæsen være gratis for borgerne, uanset hvilken type sengeplads der er tale om. Ligesom der skal gælde samme regler om gratis befordring.

FAKTA: Brugerbetaling

Der må ikke opkræves betaling af borgerne i forbindelse med ophold på akutpladser efter sundhedsloven. Men forbuddet mod brugerbetaling omfatter ikke andre typer af døgnpladser efter serviceloven for fx svækkede ældre. Ligesom befordring med sygetransport fra sygehuset til en midlertidig plads kan ende i en regning for borgeren på op til flere tusinde kroner.

3. Borgere, der udskrives til hjælp i det nære, skal også have den

Sundhedspersonalets vurdering af, hvilken hjælp og opfølgende indsatser i det nære en patient har behov for efter udskrivelse fra sygehuset, skal vægte langt tungere, end den gør i dag. Hvis hospitalet ved udskrivelse af fx en ældre mand vurderer, at han har brug for en indsats fra en ældrepleje med særlige kompetencer vedr. demens, en særlig ernæringsindsats eller andet, så skal den vurdering være retningsanvisende.

Sammen med kvalitetsstandarder for sundheds- og plejeindsatser vil de retningsangivende vurderinger give de forskellige faggrupper i det nære en stærkere faglig ramme at støtte sig til. Og borgerne og deres pårørende får en større sikkerhed for at få den rigtige hjælp og sammenhæng i indsatsen.

4. Bedre mulighed for at dø i rolige og trygge omgivelser derhjemme

De fleste vil gerne dø hjemme omgivet af deres nære, og det ønske vokser med alderen. Men i dag tilbringer mange ældre deres sidste tid på en hospitalsstue. Derfor skal der være bedre muligheder for uhelbredeligt syge og døende for at få lindrende behandling og pleje i trygge og rolige omgivelser i deres eget hjem frem for at komme på sygehuset eller en akutplads. Det kræver, at vi styrker de palliative kompetencer og adgangen til palliativ behandling i det nære, som kan sikre, at borgerne kan dø i eget hjem. Også når borgerens hjem er et plejehjem. Samtidig skal den enkeltes ønsker afklares i god tid, så flere kan få den afslutning på livet, de selv ønsker. Derfor skal vi udbrede brugen af fremtidsfuldmagter og behandlingstestamenter.

Fremtidsfuldmagten

Med en fremtidsfuldmagt kan man selv bestemme, hvem der skal træffe beslutninger på ens vegne, hvis man en dag selv bliver ude af stand til det. Ved at lave et behandlingstestamente kan man også selv beslutte, at man fx ikke vil genoplives eller have livsforlængende behandling.



Plekehjemsleger

Plekehjemsleger er med til at forebygge akutte indlæggelser af ældre. En undersøgelse fra SFI/VIVE i 2014 viser, at andelen af beboere, der blev indlagt af årsager, der kunne være forebygget, blev reduceret med knap 28 procent på de plekehjem, der havde en fast læge tilknyttet. Det svarer til knap 3.300 færre indlæggelser om året, hvis alle plekehjem dækkes af plekehjemsleger.

Kilde: SFI (2014). Evaluering af fast tilknyttede læger på plejecentre.

5. Faste læger på alle akutpladser

For at sikre borgerne høj kvalitet i plejen og behandlingen på akutpladserne skal der som noget nyt stilles krav om, at der skal være fast læge tilknyttet akutpladserne. Ligesom det skal være muligt at opbevare medicin – også medicin, der ikke er ordineret til en konkret patient. Så man som patient kan få den medicin, man har behov for, på en akutplads såvel som på sygehuset.

6. Faste læger på alle plekehjem og botilbud

Ældre på plekehjem er særligt sårbare og har stor risiko for at blive indlagt på sygehuset. Derfor skal alle plekehjem have en fasttilknyttet læge, der løbende tilser de ældre og rådgiver personalet. Det skønnes, at over 90 procent af plekehjemmene i dag har en fast tilknyttet læge. Nu skal vi helt i mål. Er det ikke muligt at lave en aftale med en praktiserende læge, skal regionerne kunne dække behovet for plekehjemsleger fx med speciallæger i almen medicin fra sygehuset. Samtidig skal ordningen udvides til også at omfatte botilbud.



7. Flere skal have undersøgelser, opfølgende kontroller og lettere ambulante behandlinger tættere på deres hjem

Både fordi det giver mere sundhed for borgerne og frigiver plads på hospitalerne til borgere med et hospitalsbehov, skal flere borgere kunne få lavet undersøgelser, opfølgende kontroller og lette ambulante behandlinger tættere på deres hjem. Det gælder især borgere med kronisk sygdom, multisygdom og ældre, som ofte er i kontakt med sundhedsvæsenet.

Konkret skal flere undersøgelser, kontroller og ambulante behandlinger flyttes fra sygehuse til fx praktiserende læger og speciallæger og specialiserede sundhedshuse i områder, hvor borgere har fået længere til nærmeste sygehus. Hver region skal udarbejde en plan for, hvordan flere konkrete sygehusopgaver kan løses i det nære sundhedsvæsen eller i eget hjem. Planen skal have særligt fokus på borgere, der har forløb på tværs af sektorer.

Det er samtidig afgørende, at medicinen fortsat er gratis for patienterne og kan indkøbes til en billig pris, når opgaver flyttes ud i det nære. Så borgerne ikke stilles dårligere, end hvis de havde fået den udleveret på hospital-et.

8. Flere skal behandles i eget hjem

Langt de fleste borgere ønsker at blive behandlet i eget hjem, hvis de har mulighed for det. Men i dag er det fortsat undtagelsen, at borgeren får tilbud om hjemmebehandling som led i deres behandling eller i opfølgningen på deres behandling.

Derfor skal der investeres i udvikling og spredning af digitale og teknologiske løsninger til behandling i eget hjem, særligt for mennesker med kronisk sygdom og multisygdom, som oftest har mange kontakter til sundhedsvæsenet. Det kan fx være ved måling af vitale værdier for KOL-patienter.

Virtuelle og telemedicinske løsninger skal blandt andet bidrage til at understøtte patienternes egenmestring og reducere deres behov for opfølgende besøg og indlæggelser med et samtidigt fokus på bedst anvendelse af de samlede personaleresressourcer.

FAKTA:

64 procent af befolkningen svarer i en undersøgelse, at de gerne vil have digitale sundhedsløsninger i eget hjem.

Kilde: Robusthedskommissionen (2023)

9. Mere sikker håndtering af borgernes medicin med dosisdispensering

Man skal som borger være tryk ved, at man får den rigtige medicin, i den rigtige mængde og på det rigtige tidspunkt. Særligt i ældreplejen, men også på akutpladser og andre sengepladser i det nære sundhedsvæsen, bruger medarbejderne meget tid på at pakke medicin i dosispakker til borgerne.

Mange steder er man i stedet ved at overgå til løsninger, hvor medicinen bliver pakket maskinelt på apoteket, også kaldet dosisdispensering. Det giver større sikkerhed for, at borgeren får den rette medicin. Og det kan frigøre ressourcer, som medarbejderne i stedet kan bruge til andre opgaver. Dosisdispensering skal derfor udbredes til hele landet.

Samtidig skal vi se på mulighederne for, at apotekerne kan spille en større rolle i at sikre, at borgerne får den rette medicin, og at håndteringen af medicin i det nære sker mere sikkert.

10. Det skal være lettere at få hjælpemidler, man har behov for

Alt for mange borgere oplever, at adgangen til at få udleveret et hjælpemiddel, som man har behov for til at klare sig i hverdagen, er fuld af snublesten og besvær. Derfor skal der laves en reform af hjælpemiddelområdet, der kan sikre en hurtigere og mere ensartet tildeling af hjælpemidler, uanset hvor i landet man bor. Med reformen skal de mest almindelige og simple hjælpemidler gøres frit tilgængelige. For det er de færreste borgere, der efterspørger en toiletforhøjer eller et gangstativ, hvis de ikke har behov.

En reform af tildelingen af hjælpemidler

Reformen skal gøre op med kasse-tænkning ved at ophæve den eksisterende skellen mellem hjælpemidler og behandlingsredskaber. Ansvar for hjælpemidler skal samles i fem driftsenheder, som med moderne logistik, distribution og effektive indkøb kan levere ensartet service af høj kvalitet, uanset hvor i landet borgeren bor. Selve udleveringen skal foregå lokalt.

Samtidig skal de mest almindelige eller simple hjælpemidler gøres frit tilgængelige, hvis der er en sundhedsfaglig begrundelse.

Læs [hele udspillet](#) på [regioner.dk](#)





Nye rettigheder til patienterne i det nære sundhedsvæsen

Vi har som patienter i det danske sundhedsvæsen nogle af verdens højeste standarder for patientrettigheder, når det gælder behandling af livstruende sygdom og udredning og behandling på sygehusene. Rettighederne har været med til at styrke fokus på patienterne og sikre hurtigere behandling af høj, ensartet kvalitet. Men patientrettighederne har også været med til at drive en høj sygehusaktivitet og dermed også en udvikling, hvor flere patienter behandles på sygehuset frem for i det nære.

På samme måde som i sygehusvæsenet skal danskerne derfor også have klare patientrettigheder i det nære sundhedsvæsen. Det vil både gavne borgerne og være med til at drive en udvikling mod højere kvalitet og bedre tilgængelighed til de nære sundhedstilbud. Og det vil skabe en bedre balance mellem aktiviteten i det nære sundhedsvæsen og sygehusene.

11. Frit valg af akutplads og midlertidig plads

Borgere, der skal på en akutplads eller midlertidig plads, skal have frit valg til selv at vælge, hvor i landet de ønsker døgnophold. Svækkede ældre og syge har ofte behov for at være tæt på familie, når de skal på døgnophold med henblik på fx rehabilitering til eget hjem eller palliativ pleje i den sidste tid. Men i dag har man kun ret til at komme på døgnophold i sin hjemkommune, selvom borgeren og de pårørende ønsker en døgnplads et andet sted i landet.

12. Frit valg af tilbud om patientrettet forebyggelse og rehabilitering

Patienter skal have frit valg af tilbud om rehabilitering og patientrettet forebyggelse som fx patientuddannelse om mestring af egen sygdom og træning. For nogle borgere vil det måske passe bedre, hvis tilbuddet var beliggende i arbejdskommunen frem for i hjemkommunen.

Bedre planlægning af sengepladser

Med et samlet ansvar for hele kæden af sundhedsydelser inden for en regional geografi kan den samlede kapacitet af sengepladser – både på og uden for sygehusene – planlægges langt bedre til de behov, borgerne har. Både når det gælder geografisk tilgængelighed, og faglig specialisering, hvor der vil være større mulighed for at trække på kompetencer fra sygehusene.

13. Ret til virtuel konsultation

Sundhedsvæsenet skal følge med tiden og gøre brug af de muligheder, som nye digitale og teknologiske løsninger byder på, så tilbuddene kan tilpasses den enkeltes behov. I dag foregår konsultationer mange steder i sundhedsvæsenet virtuelt, men det er op til lægen at vurdere, hvornår det er den rette kontaktform. Det skal vi vende på hovedet og give borgerne en ret til selv at vælge, om konsultationen med egen læge og sygehuset skal ske fysisk eller virtuelt – medmindre det er direkte fagligt uforsvarligt. Desuden skal retten også omfatte en ret til, at patienter, der måtte ønske det, kan have pårørende med virtuelt til konsultationer, fx stuegang på sygehuset.



Bedre sammenhæng for patienterne

For mennesker med kronisk sygdom eller psykisk lidelse og svækkede ældre er sammenhængen i forløbene på tværs af egen læge, sygehus og det nære ikke altid så god, som den burde være.

Sundhedsstyrelsen har løbende udgivet faglige anbefalinger og kvalitetsstandarder for indsatser og forløb på tværs af sektorer for de store kroniske sygdomme. Men fordi der er for meget "kan" og for lidt "skal", er der stor forskel på den hjælp, borgere med kronisk sygdom får, afhængigt af hvor i landet de bor.

For kræftpatienter har kræftpakkerne med klare patientrettigheder og nationale mål skabt bedre og mere ensartet behandling, så flere i dag overlever kræft. Samme tænkning og systematiske tilgang skal vi have til behandling af borgere med kronisk sygdom, hvor behandlingen går på tværs af egen læge, sygehusene og tilbud i det nære.

For at patienterne skal opleve et mere sammenhængende sundhedsvæsen er det afgørende, at de sundhedsfaglige medarbejdere ikke kun har oplysninger om brudstykker af patientens behandling i sundhedsvæsenet, men har det fulde overblik over patientens samlede forløb.



14. Grundpakkeforløb for borgere med kronisk sygdom

Borgere med kronisk sygdom skal have bedre hjælp, og flere skal have undersøgelser, behandling og opfølgning i eller tættere på deres hjem. Med tidlig opsporing, patientuddannelse, træning og teknologisk udstyr til at monitorere sygdomme kan vi for mange patienter med kronisk sygdom forebygge, at sygdommen forværres, eller at nye sygdomme støder til.

Derfor skal der indføres bindende grundpakkeforløb for de store kroniske sygdomme som fx diabetes, KOL, gigtsygdomme og visse psykiske lidelser. Grundpakkerne skal indeholde forløbsbeskrivelser med klare kvalitetsstandarder og mål for indsatsen og samtidig have fokus på tilpasning til den enkeltes situation og behov. Det gælder også, når borgere har flere kroniske sygdomme på samme tid.

Med grundpakkerne er det målet, at flere med kronisk sygdom skal have den rette træning, de rette hjælpemidler og patientuddannelse, så de kan leve bedre liv uden følgesygdomme, og færre dermed får behov for behandling på hospitalet. Ligesom flere skal opleve, at der er sammenhæng i deres forløb på tværs af egen læge, sygehus og tilbud i det nære.

Case: Træning frem for operation

Erfaringer viser, at patienter med slidgigt i knæ eller hofte med det rette træningstilbud og patientuddannelse kan udskyde eller helt undgå operation på hospitalet. Alligevel er det kun ca. 1 ud af 3 kommuner, der tilbyder gratis træningstilbud til den målgruppe.

Kilde: Gigtforeningen

Hvad skal et grundpakkeforløb indeholde?

Et grundpakkeforløb sætter rammen om hele patientens forløb, samtidig med at indsatserne er tilpasset til den enkelte patient. Grundpakkeforløbene skal bl.a. indeholde:

- Faglige indgangskriterier, der beskriver, hvem målgruppen for grundpakkeforløbet er.
- Forløbsbeskrivelser, der beskriver hele forløbet fra udredning til, hvordan man lever velbehandlet med sin sygdom.
- Tidsfrister for og krav til de forskellige indsatser i forløbet.
- Forløb med fokus på tilpasning til den enkeltes konkrete behov og evne til egenomsorg.
- Systematisk forebyggelse af forværring af sygdommen og følgesygdomme.
- Løbende opfølgning.

15. Fast tovholder for kronisk syge og multisyge borgere

Borgere med kronisk sygdom eller flere sygdomme har ofte forløb på tværs af egen læge, kommune og sygehuset. Derfor skal de have en fast tovholder, der har ansvaret for borgernes samlede behandlingsforløb i hele sundhedsvæsenet. Den faste tovholder skal som udgangspunkt være egen læge.

Som tovholder skal den praktiserende læge have et langt større ansvar for patienter med kronisk sygdom. Lige fra at opspore kronisk sygdom og forebygge, at kronisk sygdom forværres, til at hjælpe patienterne med at navigere i deres behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenet. Alle praksisser skal også måles på, i hvilket omfang de lykkes med at holde deres kroniske patienter velbehandlede, så færre udvikler følgesygdomme.

16. Bedre forebyggelse af indlæggelse i psykiatrien for borgere med svær psykisk sygdom

Mennesker med psykiske lidelser skal ikke være svingdørspatienter i psykiatrien. Det kræver, at vi styrker indsatsen for at forebygge indlæggelser. Første skridt er at samle ansvaret for bosteder for de sværest psykisk syge og ansvaret for psykiatrien under én aktør, så der skabes et større incitament til at forebygge. Samtidig skal botilbudsteams udbredes.

Botilbudsteams

Botilbudsteams består af sundhedsfagligt personale fra psykiatrien, der jævnligt følger op på borgere, der bor på et psykiatrisk botilbud. Sammen med personalet på botilbuddet er teamet med til at forebygge akutte indlæggelser.





17. Patienter skal ikke være deres egen omvarende patientjournal

Alle patienter skal opleve, at der er sammenhæng i deres forløb, og at alle dele af sundhedsvæsenet, som man møder undervejs, trækker i samme retning. Det skal ikke være patientens ansvar at sikre sig, at alle dele af sundhedsvæsenet har relevante oplysninger om ens behandling og sygdomsforløb. Derfor skal patienternes journaloplysninger kunne tilgås af sundhedspersoner på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Konkret skal der udvikles og implementeres en såkaldt sundhedscloud, der samler alt relevant data om patienterne fra alle dele af sundhedsvæsenet, og som så kan tilgås af sundhedspersonalet på tværs af egen læge, sygehuset og tilbud i det nære.

Udenlandske erfaringer

I lande, som vi normalt sammenligner os med, er man i gang med at etablere nye digitale strukturer i deres sundhedsvæsen, som bæres af cloud-teknologien, fx i Finland og Holland. Cloud-teknologien er en såkaldt "public cloud" – en offentlig sky, som ejes og drives af en cloudleverandør. Det er leverandøren, der leverer servere og lager over internettet og administrerer hardware, software og anden understøttende infrastruktur. Det er samme model, vi foreslår for en dansk sundhedscloud.



Alle danskere skal have **frit valg af læge**

Egen læge er borgernes indgang til sundhedsvæsenet og en vigtig tovholder i sygdomsforløbet. Derfor skal alle have en læge tæt på, som er til at komme i kontakt med. Har man ikke en egen læge, eller er éns læge svær at komme i kontakt med, er det vanskeligt både at blive hjulpet – og hjulpet videre i sundhedsvæsenet, hvis der er behov.

I dag er de praktiserende læger skævt fordelt over landet. Det betyder, at ikke alle danskere kan være tilmeldt en praktiserende læge tæt på deres hjem eller har mulighed for at vælge læge frit. Det gælder særligt i de områder,

hvor der er flest ældre og kronisk syge. Den ulighed i sundhed skal vi til livs.

Frem mod 2035 er det målet, at der bliver uddannet flere almenmedicinske læger, så der i 2035 vil være 5.000 praktiserende læger. Det er helt afgørende for at sikre alle borgere et reelt frit lægevalg. Og for vores ambition om, at de praktiserende læger skal spille en endnu vigtigere rolle i det nære sundhedsvæsen, ikke mindst i forhold til kronisk syge og multisyge patienter. Men der er behov for nye redskaber til at sikre alle danskere let og hurtig adgang til lægehjælp i hele landet her og nu.

18. Det skal være mere attraktivt at være praktiserende læge i yderområderne

I takt med, at vi i de kommende år uddanner flere praktiserende læger, skal vi sørge for, at det først og fremmest kommer de danskere til gode, som bor i de egne af landet, hvor der mangler praktiserende læger. Derfor skal det være mere attraktivt at være praktiserende læge dér, hvor der er mest brug for dem – i yderområderne.

Det vil vi gøre ved at differentiere de praktiserende lægers patienttal, så der i områder med mange unge og generelt sunde borgere er et højere patienttal (normtal) end i områder med mange ældre og borgere med kronisk sygdom. Samtidig skal honoreringen af de praktiserende læger tage højde for de differentierede patienttal, så indtjeningen også er attraktiv i disse områder.

19. Bedre mulighed for at sikre alle danskere frit valg af læge

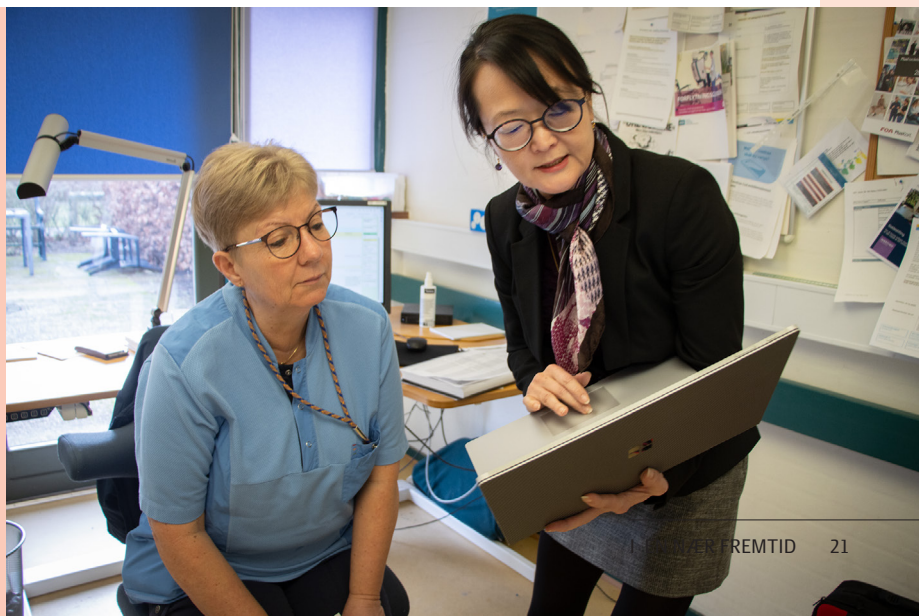
Vi kan ikke acceptere, at en gruppe af borgere står uden egen læge og dermed mangler en vigtig "indgangsdør" til sundhedsvæsenet. For at tage hånd om de danskere, der i dag står uden en praktiserende læge, bør regionerne, efter afsøgning af alternative muligheder, kunne etablere regionsklinikker, som kan fungere i en længere periode.

Regionerne skal også kunne lave aftaler med andre leverandører om at løse afgrænsede almenmedicinske opgaver med henblik på at frigøre tid hos de praktiserende læger. Fx til at give kronisk syge og multisyge borgere et mere skræddersyet og sammenhængende forløb. Regionen skal også i sidste ende have mulighed for selv at levere afgrænsede opgaver.

20. Det skal være lettere at komme i kontakt med egen læge

Som borger skal man kunne regne med at få hjælp hos sin praktiserende læge, når man har behov for det. Derfor skal vi som en del af kontrakten med de praktiserende læger kunne stille krav om, at de har åbent og er telefonisk tilgængelige i hele dagtiden og nogle dage på ydertidspunkter – også når det gælder ikke-akutte henvendelser.

Samtidig skal det være lettere at få virtuel sundhedsfaglig rådgivning, som ikke nødvendigvis behøver at være fra egen læge. Derfor skal der etableres et virtuelt kontaktpunkt, hvor man altid kan få let og hurtig adgang til rådgivning om sundhedsudfordringer. Kontaktpunktet skal være et supplement til adgangen til egen læge, ikke en erstatning.



Bedre brug af de sundhedsfaglige kompetencer **skal løfte kvaliteten i det nære**

De steder i Danmark, hvor manglen på sundhedsfaglige medarbejdere i det nære er størst, er også de steder, hvor vi har mest behov for dem. Der, hvor vejen til sygehuset er længst, er man flere ældre og flere med kronisk sygdom, multisygdom og psykisk lidelse.

Rekrutteringsudfordringerne vil kun blive større i fremtiden. Derfor er der behov for,

at vi uddanner flere, skaber nye efter- og videreuddannelsesmuligheder og sikrer mere tværfaglighed og fleksible faggrænser. Både fordi det løfter kompetencerne i det nære, men også fordi gode muligheder for efter- og videreuddannelse bidrager til at rekruttere og fastholde dygtige medarbejdere.

21. Bedre efter- og videreuddannelsesmuligheder for SOSU-assistenten

Der skal være bedre muligheder for medarbejderne på det social- og sundhedsfaglige område for at dygtiggøre sig inden for faget. Derfor skal vi styrke efter- og videreuddannelsesmulighederne for social- og sundhedsassistenter. I forlængelse af de to nye specialforløb i henholdsvis psykiatri og demens målrettet social- og sundhedsassistenter bør der fx også indføres et nyt specialforløb i akut pleje i det nære.

22. SOSU-assistenten og sygeplejersken skal kunne løse flere opgaver i det nære

Faggrænser må ikke være en barriere for den rette opgaveløsning. Flere faggrupper skal kunne løse flere sundhedsfaglige opgaver i det nære sundhedsvæsen efter en konkret vurdering af den enkeltes kompetencer og erfaring. Derfor skal der ses på mulighederne for, at fx social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker kan løse flere opgaver selvstændigt. Og der samtidig skabes bedre forudsætninger for fleksibel opgaveløsning i det nære.

23. Bedre videreuddannelsesmuligheder for sygeplejersker og andre faggrupper

Et markant løft af kvaliteten i det nære kræver også gode muligheder for kompetenceudvikling for sygeplejersker og andre faggrupper, fx ergoterapeuter, fysioterapeuter, ambulancereddere og paramedicinere, som i endnu højere grad skal arbejde i det nære og skabe sammenhæng i patientens forløb mellem sygehus og nære tilbud. I den forbindelse skal der også ses på bedre muligheder for gennem videreuddannelse og eventuelt specialuddannelser at give disse grupper adgang til selvstændigt at varetage flere opgaver uden for sygehusene.

24. Bedre brug af kompetencerne på tværs af sygehusene og det nære

For at gøre op med den geografiske ulighed i det nære sundhedsvæsen skal der oprettes kombinationsstillinger mellem sygehus og det nære. Ligesom læge- og sygeplejefaglige kompetencer fra hospitalerne i højere grad skal være til rådighed via udgående funktioner og specialistrådgivning. Det vil et samlet ansvar for hele sundhedsvæsenet give bedre mulighed for.



Samlet ansvar for fremtiden

En økonomisk prioritering af det nære

Regeringen har med de planlagte investeringer på sundheds- og ældreområdet og med dækningen af det demografiske træk sat mærkbare midler af til velfærden frem mod 2030. Men vi ved også, at fremtiden kommer til at byde på stramme prioriteringer, da flere ældre og voksende udgifter til medicin, teknologi og udbygning af almen praksis vil lægge beslag på en stor del af fremtidens sundhedsøkonomi¹.

Danske Regioner vil sikre, at borgerne får mest mulig *nær* sundhed for de penge, der er afsat frem mod 2030. Det kræver, at vi ikke lader sektorgrænser og kasselogik blive definerende for, hvordan vi investerer i fremtidens sundhedsvæsen. Midlerne skal bruges dér, hvor borgerne får mest sundhed for pengene. Dét, mener vi, sker bedst, når vi ser sundhedsvæsenet som én samlet kæde af borgernære ydelser med høj kvalitet i alle led.

Vi skal tage ansvar i en fremtid, hvor der ikke alene vil være en begrænset økonomi. Der vil heller ikke være medarbejdere nok. Hverken i sundhedsvæsenet eller i resten af samfundet. Manglen på sundhedspersonale er den største udfordring i sundhedsvæsenet. Derfor skal vi tænke nyt og kunne prioritere på tværs.

Noget kræver nye investeringer. Noget kræver, at vi løbende stopper op og ser med kritiske øjne på, om det, vi gør, rent faktisk skaber værdi for patienterne. Endelig kræver det også, at de faglige retningslinjer bidrager til, at flere kan behandles i eller tæt på eget hjem.

Vi skal investere i innovation, der frigør arbejdskraft

Vi skal investere i nye digitale og teknologiske løsninger til at levere sundhed på, så vi kan frigøre arbejdskraft til de mange flere, der har behov for behandling i fremtiden. Og de gode løsninger skal skaleres. Først og fremmest til hele landet. Men også videre ud i verden.

For presset på sundhedsvæsenet er ikke unikt for Danmark. Går vi foran med investeringer i innovativ ny teknologi, der sparer arbejdskraft, står vi med et nyt dansk eksporteventyr.

Nationalt center for sundhedsinnovation

Der er et stort potentiale i ny teknologi, der hjælper medarbejderne med rutineopgaver og giver borgerne større mulighed for at klare deres behandling derhjemme. Fx kunstig intelligens som beslutningsstøtte til sundhedspersonalet på områder som brystkræft, knoglebrud og gig.

Derfor foreslår Danske Regioner, Dansk Industri, Lægeforeningen og Danske Patienter, at der etableres et Nationalt center for sundhedsinnovation, som skal sikre, at vi frigør mere tid til behandling, pleje og omsorg til gavn for både patienter, medarbejdere og danske virksomheder.

¹ Danske Regioner har i notatet "[Disponerede midler til sundheds- og ældreområdet frem mod 2030](#)" beskrevet, hvordan midlerne i regeringens afsatte sundhedspakke på 5 mia. kr. og midlerne afsat til det demografiske træk til sundheds- og ældreindsatsen i regioner og kommuner disponeres i årene frem mod 2030.

Vi skal vælge klogt

Et samlet ansvar for sundhedsvæsenet handler ikke kun om at vælge til. Det handler også om fravalg – og at vælge fra klogt. Så vi får mest mulig sundhed for pengene.

I alle regioner og på alle sygehuse arbejdes der allerede med, hvordan vi kan stoppe op, vælge klogt og holde fokus på, om det, vi gør, har værdi for patienten. Men der er brug for, at det sker systematisk og med større fremdrift. Ligesom fælles beslutningstagning mellem patient og læge skal udbredes.

Stop op og vælg klogt

Behandling, som ikke eller kun i begrænset omfang giver værdi, skal afvikles. Det gælder undersøgelser, som ikke har klinisk betydning fx blodprøver, prøver fra luftvejene eller billeddiagnostiske undersøgelser, som ikke har klinisk konsekvens. Det gælder også undersøgelser, der gentages, uden der er behov for det, eller gentages meget hyppigt. Det gælder behandlinger, der ikke giver tilstrækkelig værdi for patienten, eller hvor der er begrænset evidens.

Faglige retningslinjer skal bidrage til omstilling til det nære

Der skal ske en faglig omstilling, der bidrager til, at flere patienter får mulighed for behandling i hjemmet eller tæt på eget hjem og kun behandles på specialiseret niveau på sygehuse, når det er nødvendigt.

Den faglige omstilling til det nære skal integreres i landsdækkende visitationsretningslinjer på alle store sygdomsområder. Retningslinjerne skal understøtte, at patienterne henvises til det rette niveau. Ligesom digitale løsninger skal anvendes, så flere kontroller og undersøgelser kan foregå digitalt og med udgangspunkt i, hvad man selv kan gøre som patient med den rette patientuddannelse, træning mv. I første omgang skal visitationsretningslinjerne omfatte diabetes, KOL, muskel-skelet sygdomme, depression, angst, hjerte-karlidelser.



Tid til at samle sundhedsvæsenet igen

Der er bred enighed om, at strukturreformen fra 2007 bidrog til den vigtige udvikling og specialisering af vores sygehuse. Dét har skabt resultater. Flere danskere overlever i dag kræft og hjertesygdom. Og vores hospitaler kan måle sig med de bedste i verden.

I et sammenhængende sundhedsvæsen må hospitalerne aldrig lukke sig om sig selv, og sådan er det heldigvis heller ikke i dag. Hospitalerne skal i fremtiden have en endnu mere udadvendt rolle. Hvor de stiller deres specialistviden til rådighed for sundhedsfaglige medarbejdere i det nære sundhedsvæsen og bidrager aktivt i udviklingen med kompetencer, viden og forskning. Så vi udnytter de synergier ved videndeling og bedre ressourceudnyttelse, som et samlet ansvar for det nære og det specialiserede sundhedsvæsen giver.

Det står mere end nogensinde klart, at hvis vi skal styrke det nære og skabe bedre sammenhæng, så er der brug for et sundhedsvæsen, der tager et samlet ansvar for borgerne. Uanset om det er uden for eller inden for murene af et hospital. Et sundhedsvæsen, der ikke skelner mellem, om borgernes behov opstår før eller efter en hospitalsindlæggelse, men ser på, hvad der samlet set er bedst for borgerne.

Dét giver bedre sammenhæng for borgerne og mest sundhed for pengene. I regionerne er vi klar til at tage det ansvar på os.

Det er tid til at samle sundhedsvæsenet igen.



24 forslag til et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Vi stiller store krav til vores hospitaler. Vi måler og vejer dem, og vi har udstyret patienterne med klare rettigheder til udredning og behandling. Men som samfund har vi ikke stillet samme høje krav til sundhedsvæsenet uden for hospitalerne. Her er udviklingen ikke fulgt med.

Derfor hilser vi i Danske Regioner det velkomment, at regeringen har nedsat en sundhedsstrukturkommission, der skal se forudsigt på, hvordan vi skaber et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen for danskerne.

I Danske Regioner er vi også gået forudsigt til opgaven. Før årsskiftet foreslog vi, at ansvar og budget for hele sundhedsvæsenet skulle samles hos én myndighed med direkte folkevalgte i spidsen. Fordi drivkraften til at tænke på tværs og investere i det nære for at holde folk mere raske og ude af sygehusene ganske enkelt ikke er stærk nok i sektorer, der har ansvaret for hver deres del af sundhedsvæsenet.

Med dette udspil her præsenterer Danske Regioner 24 konkrete forslag til, hvordan vi vil styrke de nære sundhedstilbud og skabe bedre sammenhæng for borgerne, hvis regionerne bliver betroet et samlet ansvar for hele vores sundhedsvæsen.

Vi foreslår blandt andet nye patientrettigheder i det nære såsom frit valg af akutplads og midlertidig plads. Vi foreslår også bindende krav til kvalitet og faglighed på alle sengepladser uden for hospitalerne, gratis ophold på og transport til og fra alle sengepladser, grundpakkeforløb for borgere med kronisk sygdom, bedre muligheder for at sikre alle danskere en praktiserende læge og kompetenceløft med mere efter- og videreuddannelse.

Det løft af det nære sundhedsvæsen, vi foreslår her, er nødvendigt, uanset hvordan den fremtidige struktur på sundhedsområdet ser ud. Men vi er ikke i tvivl om, at det vil lykkes bedst og mest effektivt i en struktur, hvor ansvar og budget for hele kæden af sundhedsydelser er samlet samme sted.

Med strukturreformen i 2007 blev sundhedsområdet splittet op. Vi må se i øjnene, at det ikke har sikret den kvalitet og ensartethed i det nære sundhedsvæsen, som danskerne med rette forventer.

Nu er det tid til at samle sundhedsvæsenet igen.