



**Danske
Patienter**

**SÅDAN
FÅR VI ET
ROBUST
SUNDHEDS-
VÆSEN**

**Patienter & pårørendes
kommission for robusthed
i sundhedsvæsenet**

Medlemmer af kommissionen

Nis Peter Nissen, direktør i
Alzheimerforeningen

Anne Holm Hansen, direktør i
Astma-Allergi Danmark

Jens Peter Eckhardt, chefanalytiker i
Bedre Psykiatri

Mads Engholm, landsformand i
Bedre Psykiatri

Jakob Hansen, formand for
Colitis-Crohn Foreningen

Klaus Lunding, formand for
Danske Patienter

Morten Freil, direktør i
Danske Patienter

Claus Richter, direktør i
Diabetesforeningen

Lone Nørager Kristensen, landsformand i
Epilepsiforeningen

Søren Harboe, formand for
Fibromyalgi- & Smerteforeningen

Laila Walther, direktør i Foreningen
Spiseforstyrrelser og selvskade

Andreas Frederiksen, politisk konsulent i
Gigtforeningen

Mette Bryde Lind, direktør i
Gigtforeningen

Nanna Bacci Hartz, specialkonsulent i
Gigtforeningen

Morten Lorenzen, direktør i
Hjerneskadeforeningen

Anne Kaltoft, direktør i
Hjerteforeningen

Jakob Bro, chefkonsulent i
Hjerteforeningen

Helen Bernt Andersen, formand for
Kræftens Bekæmpelse

Merete Schmiegelow, patient-
repræsentant, Kræftens Bekæmpelse

Signe Als Nielsen, konsulent i
Kræftens Bekæmpelse

Anne Buur, formand for
Patientforeningen Fertilitet og Tab

Torben Mogensen, formand for
Lungeforeningen

Henrik Ib Jørgensen, direktør i
Muskelsvindfonden

Malene Deelee, landsformand i
Nyreforeningen

Linda Garlov, landsformand i
Osteoporoseforeningen

Astrid Blom, direktør i
Parkinsonforeningen

Berit Kjærgaard, næstformand i
Parkinsonforeningen

Else Marie Larsen, patientrepræsentant,
Parkinsonforeningen

Klaus Høm, direktør i
Scleroseforeningen

Birthe Holm, formand for
Sjældne Diagnoser

Johnna Jørgensen, patientrepræsentant,
Sjældne Diagnoser

Preben Sindt, patientrepræsentant,
Sjældne Diagnoser

Thorkild Pedersen, patientrepræsentant,
Sjældne Diagnoser

Janus Tarp, bestyrelsesformand for
UlykkesPatientForeningen og
Polioforeningen

Carsten Edmund, formand for
Øjenforeningen

Marijke Vittrup, direktør i
Øjenforeningen

Indhold

Indledning.....	2
Anbefaling 1. Udnyt potentialet i fleksible faggrænser med udgangspunkt i viden og forsøg	5
Anbefaling 2. Lad patienter varetage mere af deres behandling, hvis de ønsker det.....	8
Anbefaling 3. Udnyt potentialet i teknologiske løsninger	11
Anbefaling 4. Sæt fokus på, hvordan fælles opgaveløsning på tværs af sektorer kan frigøre ressourcer	14
Anbefaling 5. Prioriter den patientrettede forebyggelse	17
Anbefaling 6. Styrk arbejdet med at fjerne overflødige behandlinger og procedurer	19
Anbefaling 7. Prioriter fælles beslutningstagning som tilgang	21
Anbefaling 8. Støt og inddrag de pårørende – de er en ressource i sundhedsvæsenet	24
Anbefaling 9. Fokuser på patienter og pårørendes livskvalitet ved investeringer og prioriteringer	26
Anbefaling 10. Skab bedre rammer for samarbejde med civilsamfundsorganisationer	30
Referencer.....	32

Indledning

Danske Patienter har etableret en robusthedskommission, der giver patienter og pårørendes anbefalinger til løsninger, der kan lette presset på sundhedsvæsenet. Der er stærkt brug for inddragelse af patienter og pårørendes perspektiv, fordi de kan bidrage til det brede perspektiv og en åbenhed over for innovative løsninger uden at være låst af de eksisterende faggrænser.

Det danske sundhedsvæsen er påvirket af de globale udfordringer med massiv mangel på sundhedspersonale. Det er åbenlyst, at vi skal arbejde på at optimere både rekruttering og fastholdelse, ligesom det skal være nemmere at få arbejde i det danske sundhedsvæsen for udenlandsk sundhedspersonale, der selv henvender sig, og som har de rette faglige og sproglige kompetencer. Ligeledes er det nødvendigt, at den primære forebyggelse bliver prioriteret politisk, så færre bliver syge, og de der bliver syge, bliver mindre syge.

Desværre er det hverken på kort eller langt sigt realistisk at rekruttere tilstrækkeligt sundhedspersonale, og indsatser målrettet primær forebyggelse, rekruttering og fastholdelse kan ikke stå alene. Der er behov for også at søge andre løsninger, som kan sikre større kapacitet, og at vi udnytter sundhedsvæsenets samlede ressourcer optimalt.

Danske Patienter bakker op om regeringens kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, som er sammensat af vidende personer – men patient- og pårørendeperspektivet mangler. Patienter og pårørende har viden og erfaringer, som brugere af sundhedsvæsenet, der kan bidrage med andre og værdifulde indsigter. De har som de eneste et gennemgående blik på sundhedsvæsenet på tværs af sektorer, og er ikke låst af faginteresser.

Derfor leverer vi nu patienter og pårørendes 10 bud på løsninger, som kan sikre et mere robust sundhedsvæsen – både i somatikken og i psykiatrien.

Med de 10 anbefalinger ønsker vi at sætte fokus på de områder, hvor kapaciteten kan blive større, uden at vi slækker på kvaliteten af behandlingen, og i særdeleshed med fokus på at kunne tage hånd om de mest sårbare patienter, som oftest bliver hårdest ramt i et presset sundhedsvæsen.

Det er centralt for alle anbefalinger, at patientens behov og præferencer altid er udgangspunktet for valg af behandling i forhold til behandling, ligesom der skal følges op på effekten og kvaliteten af igangsatte initiativer og afprøvninger.

Målet er, at vi sammen fremmer udviklingen af et bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor patienter har adgang til kompetent sundhedspersonale, rettidig og sammenhængende behandling af god kvalitet og et fokus på patienter som hele mennesker med individuelle behov.

Se de 10 anbefalinger på næste side – og læs dem uddybet på de efterfølgende sider.



1

Udnyt potentialet i fleksible faggrænser med udgangspunkt i viden og forsøg

2

Lad patienter varetage mere af deres behandling, hvis de ønsker det

3

Udnyt potentialet i teknologiske løsninger

4

Sæt fokus på, hvordan fælles opgaveløsning på tværs kan frigøre ressourcer

5

Prioriter den patientrettede forebyggelse

6

Styrk arbejdet med at fjerne overflødige behandlinger og procedurer

7

Prioriter fælles beslutningstagning som tilgang

8

Støt og inddrag de pårørende – de er en ressource i sundhedsvæsenet

9

Fokuser på patienter og pårørendes livskvalitet ved investeringer og prioriteringer

10

Skab bedre rammer for samarbejde med civilsamfundsorganisationer



Anbefaling 1. Udnyt potentialet i fleksible faggrænser med udgangspunkt i viden og forsøg

Udfordring

Fastlåste faggrænser er i dag en barriere for optimal udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet, og for, at sundhedspersonalet samarbejder og skaber størst mulig synergi. I en tid med et stort pres er konsekvensen, at der over tid er opstået flaskehalse i sundhedsvæsenet. Det viser sig for eksempel ved, at der nogle steder mangler anæstesisygeplejersker, hvilket medfører, at der samtidig står læger med frie hænder, der ikke kan operere.

Et argument imod fleksible faggrænser er ofte, at vi skal sikre patientsikkerheden. Selvom patientsikkerheden er afgørende, mener patienternes robusthedskommission dog, at det også er en stor udfordring for patientsikkerheden, at der er manglende tilgængelighed til rettidig behandling på grund af mangel på specifikke faggrupper.

Vi er stærkt bekymrede for, hvis forslag om at bruge sundhedsvæsenets ressourcer bedre bliver afvist på baggrund af myter og holdninger om, hvilke faggrupper der bør afgrænses til at varetage hvilke opgaver, uden at de bliver undersøgt i dybden eller afprøvet på forhånd.

Vi risikerer, at det sker på bekostning af muligheden for at øge kapaciteten i sundhedsvæsenet, og dermed frigøre ressourcer til sundhedspersonalet, sikre bedre kvalitet og større patientsikkerhed.



Det er bekymrende, hvis forslag om at bruge ressourcerne bedre bliver afvist på grund af myter og holdninger.

Løsning

Vi foreslår, at Sundhedsstyrelsen bliver sat i spidsen for en proces i tre faser. I første fase skal Sundhedsstyrelsen igangsætte en proces, hvor faglige organisationer, patientforeninger, lægevidenskabelige selskaber mv. kan komme med forslag til fleksible faggrænser, flytning af virksomhedsområder mv.

Målet er, at vi skal have et bedre vidensgrundlag for at kunne udnytte faggrænser mere fleksibelt, end vi gør i dag. I anden fase skal organisationernes forslag vurderes med udgangspunkt i dansk og international viden om kvalitet og patientsikkerhed. I tredje og sidste fase, skal der igangsættes de løsninger, hvor der er viden om god effekt.

Samtidig skal der med afsæt i en pulje iværksættes forsøg til at afprøve de forslag om fleksible faggrænser, der ikke på forhånd eksisterer viden om. I sådanne tilfælde skal Sundhedsstyrelsen fastsætte kriterier for forsøgene med hensyntagen til eventuelle lovbarrierer. Det er generelt væsentligt, at opgaveflytning bliver afprøvet og evalueret.



**Med fleksible
faggrænser kan vi
opløse de store
flaskehalse, der er
opstået i
sundhedsvæsenet.**

Der skal tages højde for patientsikkerheden, så opgaveflytning ikke medfører afspecialisering på kritiske områder. Det er vigtigt, at patienten fortsat møder kompetent personale med det rette specialiseringsniveau. Sygeplejersker er på nogle områder for eksempel de bedste til at tage en samtale med patienten, mens sundhedsadministrative koordinatore på andre områder kan koordinere bedre for patienten end andre faggrupper.

Potentiale

Potentialet i at øge fleksibiliteten i faggrænser er, at det kan være med til at opløse de store flaskehalse, der er opstået i sundhedsvæsenet, ved at erstatte én personalegruppe med en

anden. Psykologer kan for eksempel supplere eller erstatte psykiatere, og fysioterapeuter eller farmaceuter kan i nogle funktioner sættes ind i stedet for sygeplejersker.

Blandt andet viser erfaringer fra et projekt på Nordsjællands Hospital, at fysioterapeuter med fordel kan overtage opgaver i forhold til funktionsevnevurderinger og mobilisering, ligesom farmaceuter kan overtage opgaver i forhold til medicin håndtering. Projektet viste, at opgaveflytningen havde ført til en forhøjelse af patientsikkerheden og kvaliteten i patientforløbene, samtidig med at sygeplejerskerne fik frigivet mere tid til omsorgs- og plejeopgaver¹.

Opgaveflytning kan også være med til at skabe grundlag for at opdage nye måder at løse opgaver på, som kan være til gavn for både patienter og sundhedspersonale. I mange situationer kan det blandt andet være en fordel, at farmaceuter overtager medicin håndteringen, hvor også for eksempel interaktioner og andre lægemiddelforhold, som lægen har overset, kan fanges.



Anbefaling 2. Lad patienter varetage mere af deres behandling, hvis de ønsker det

Udfordring

Mennesker, der lever med kronisk sygdom, ønsker langt hen ad vejen at leve et liv, hvor kontakten med sundhedsvæsenet ikke er omdrejningspunktet i deres hverdag. På trods af det, går mennesker med kroniske sygdomme i dag til mange kontroller og behandlinger i sundhedsvæsenet, selvom de med fordel ville kunne tage hånd om flere kontroller og dele af behandlingen i eget hjem. Det er problematisk, at man i sundhedsvæsenet ikke udnytter det kæmpe potentiale, der er i, at mange patienter gerne *vil* deltage i deres egen behandling.

Løsning

Regioner og kommuner skal styrke arbejdet for, at der i højere grad kan tilbydes brugerstyret behandling i form af for eksempel hjemmebehandling, hjemmemonitorering, digitale kontakter mv.

Vi foreslår, at man på tværs af regioner og kommuner igangsætter et arbejde med deltagelse af patientorganisationer og lægevidenskabelige selskaber, der skal pege på områder, hvor hjemmebehandling kan understøtte god patientbehandling og frigøre ressourcer. Fokus skal være på vidensdeling af lokale erfaringer, og fælles udpegning af nye områder med et uudnyttet potentiale.



Man udnytter ikke det kæmpe potentiale, at patienter gerne vil deltage i deres egen behandling.

Ét område med et stort uudnyttet potentiale for øget brugerstyret behandling og øget selvmonitorering er de mange mennesker med kroniske sygdomme, der jævnligt går til rutinemæssige kontroller.

De rutinemæssige kontroller bør i højere grad erstattes af kontroller, der foretages, når patienten har et aktuelt behov.

Hvis patienter kan undgå rutinemæssige kontrolbesøg på hospitaler, som ikke har værdi i forhold til deres sygdom, og i stedet kan komme efter behov til et åbent ambulatorium, kan det både spare patienten for besvær og samtidig frigøre tid hos sundhedspersonalet, som de kan bruge på patienter, der reelt har et behov. Anvendelsen af PRO-data kan understøtte sundhedspersonalets vurdering af, hvem der er de relevante patienter at se.

Det er generelt vigtigt, at patienter og pårørende bliver inddraget i valget af brugerstyret behandling ved hjælp af fælles beslutningstagning. Det kan være med til at sikre, at behandlingen bliver mere målrettet og at patientens ønsker og behov bliver imødebet.

Patienter skal undervises grundigt i, hvordan de foretager behandlingen selv, ligesom det fortsat skal sikres, at deres behandling bliver grundigt monitoreret. For de patienter, der af den ene eller anden grund ikke kan eller vil varetage mere af deres behandling, skal det sikres, at de fortsat modtager en behandling i høj kvalitet.

Patienter og pårørendes kompetencer til egenomsorg bør styrkes via patientuddannelser, som kan udbydes med inddragelse af viden fra patient- og pårørendeforeninger.

Potentiale

Brugerstyret behandling, hvor patienter overtager behandlingsopgaver, som traditionelt har ligget i sundhedsvæsenet, kan bidrage til et mindre ressourcetræk i sundhedsvæsenet, og frigive tid til, at sundhedspersonalet kan tage sig af de patienter, der



***Brugerstyret
behandling kan
frigive tid til, at
personalet kan tage
sig af de patienter,
der har særligt brug
for dem.***

har særligt brug for deres indsats. Samtidig kan det bidrage til højere livskvalitet blandt patienter.

En undersøgelse blandt patienter, der har valgt at modtage hjemmedialyse gennem fælles beslutningstagning, viser, at patienten i højere grad bliver involveret i egen behandling og tager bedre hånd om eget helbred².

Innovationsprojektet "Hjemmekemo", der er udviklet på Rigshospitalet og som er udbredt på alle hæmatologiske afdelinger i Danmark, er et eksempel på hjemmebehandling, der dels giver patienterne mulighed for at have en så normal hverdag som muligt, selvom de modtager højintensiv kemobehandling, og dels medfører et mindre ressourcetræk på sundhedsvæsenet sammenlignet med en traditionel indlæggelse³.

Hjemmebehandlingen er også blevet mulig for andre typer af behandling, såsom antibiotikabehandling, blødermedicin, væskedrop og sondemad via en transportabel pumpe, som derfor med fordel kan udbredes yderligere i sundhedsvæsenet.

Erfaringer fra Aarhus Universitetshospital viser desuden, at brug af det digitale spørgeskema AmbuFlex til brugerstyret behandling giver patienterne større indsigt i deres sygdom og mere fleksibilitet i deres liv, fordi de skal til langt færre kontroller på hospitalet. På nogle sygdomsområder er der sket en reduktion på 50 procent i ambulante besøg efter indførelsen af AmbuFlex. Løsningen er dermed også med til at frigive tid til sundhedspersonalet, fordi de bedre kan vurdere, hvem der er de relevante patienter at se, så de bruger deres tid på de patienter, der har mest behov⁴.



Anbefaling 3. Udnyt potentialet i teknologiske løsninger

Udfordring

Vi udnytter i dag langt fra det store potentiale, der er i øget udbredelse af digitale løsninger og kunstig intelligens. Det er et problem, set i lyset af, at undersøgelser viser, at teknologiske løsninger i mange tilfælde kan være med til at overtage opgaver fra sundhedspersonalet, så de i stedet kan bruge deres tid på andre nødvendige opgaver.

Ligeledes er det problematisk, fordi vi ved fra undersøgelser, at nogle patienter har et ønske om at gøre mere brug af digital kontakt⁵, og generelt er åbne overfor teknologiske løsninger.

Løsning

Vi foreslår, at regeringen igangsætter et arbejde, hvor patienter og sundhedspersonale inden for alle specialer kan være med til at pege på forslag til områder, hvor teknologiske løsninger, fra kunstig intelligens til digital kontakt, kan gavne patientbehandlingen og være med til at frigive ressourcer i sundhedsvæsenet, så personalet får mindre pres i arbejdstiden og patienter får mere luft i hverdagen.



Teknologier kan i mange tilfælde overtage opgaver fra personalet, som i stedet kan bruge deres tid på andre nødvendige opgaver.

Der skal særligt fokuseres på øget udbredelse af digital kontakt i kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienter og deres pårørende. Digital kontakt bør også i højere grad udbredes til kommunikation internt mellem sundhedspersoner, både på tværs af specialer, hospitaler og sektorer.

For eksempel bør praktiserende læger i højere grad kunne inddrage speciallæger i konsultationer, for eksempel i form af en speciallægevagt, der kan understøtte almen praksis over video eller telefon.

Det er afgørende, at patienter får medbestemmelse med hensyn til brug af digital kontakt, så det bliver baseret på valgfrihed og individuel tilpasning til deres ønsker og behov. Digital kontakt skal fungere som et supplement til fysisk kontakt, og der skal tages hensyn til, at brug af digitale løsninger for nogle patienter ikke er det rigtige. Det er vigtigt, at den digitale ulighed ikke medfører en større ulighed i sundhed.

Potentiale

Teknologiske løsninger kan være med til at lette arbejdsgange og frigive ressourcer til sundhedspersonalet. Det gælder moderne og effektive IT-systemer, som er intuitive og taler sammen på tværs af sektorer, regions- og kommunegrænser.



Det er afgørende, at digital kontakt bliver baseret på valgfrihed og individuel tilpasning til patientens ønsker og behov.

For eksempel bør røntgenbilleder og data om blodprøver let kunne ses på tværs af region, hospital og afdeling. Ligeledes gælder det brugen af kunstig intelligens som beslutningsstøtte – for eksempel i bivirkningsovervågning og diagnostik.

Øget udbredelse af digital kontakt mellem sundhedspersoner kan have store tidsmæssige og økonomiske fordele, og give en mere rationel anvendelse af specialistkompetencer. Det kan blandt andet fjerne behovet for, at patienten skal møde op hos flere forskellige specialister, ligesom det kan fjerne behovet for, at speciallæger skal transportere sig til eksempelvis nærhospitaler for at tage en fysisk konsultation. Samtidig kan digital inddragelse af de pårørende i mange tilfælde gøre det lettere for de pårørende at deltage i patientens forløb, til stor gavn for patienten og dennes forløb.

ViosKlinikken, der blev etableret i 2018 i Odsherred Kommune, er en virtuel klinik, hvor borgere, der tilknyttes klinikken, får udleveret relevant måleudstyr med henblik på løbende at lave målinger i hjemmet. Viosklinikken har vist sig at kunne reducere antallet af akutte sygehuskontakter, antallet af sengedage pr. borger og antallet af kontakter til egen læge. Hertil kommer, at der er målt en betydelig øget tilfredshed hos de deltagende borgere og deres pårørende, samtidig med at de tilknyttede sundhedspersoner har oplevet, at deres arbejde er blevet mere meningsfuldt.

Det vurderes, at ViosKlinskens grundlæggende ideer om den udbredte anvendelse af måleudstyr i hjemmet kan implementeres til de fleste mennesker med kronisk sygdom⁶.

Medicinrobotter er et andet eksempel på en teknologisk løsning, der vil kunne frigøre tid hos sundhedspersonalet, fordi de slipper for at dosere medicinen. Samtidig kan medicinrobotter være med til at forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med håndtering af medicin.

I Aalborg Kommune er erfaringen med medicinrobotter i hjemmeplejen for eksempel, at der kan frigives én time pr. borger pr. uge, samtidig med at 99,88 procent af pillerne doseres korrekt, hvilket er betydeligt højere, end hvad der er muligt for mennesker at opnå⁷.



Anbefaling 4. Sæt fokus på, hvordan fælles opgaveløsning på tværs af sektorer kan frigøre ressourcer

Udfordring

Alt for mange patienter oplever forløb, hvor de er kassebolde mellem flere sektorer og hvor der ikke er nogen, der har ansvar for deres forløb. Det gælder ikke mindst for mennesker med langvarig fysisk eller psykisk lidelse, som både har behov for behandling på hospital og opfølgende tilbud i kommunen.

Kassetænkning i sundhedsvæsenet er i dag en central barriere for sammenhængende patientforløb, hvor fokus let forsvinder fra patientens behov og samlede forløb til hver sektors ansvarsområde. Det manglende samarbejde om patienters forløb på tværs af sektorerne, øger risikoen for fejl og unødige genindlæggelser, blandt andet for ældre medicinske patienter og mennesker med psykiatriske diagnoser.

Løsning

Vi foreslår, at der afsættes en pulje i de kommende økonomiaftaler til at igangsætte forsøg med fælles ledelse og fælles finansiering.

En del af puljen kan gives til regioner og kommuner som samlet aktør, eller det kan ske som del af den økonomiske ramme ved større nationale initiativer.

Forsøgene skal vise, om fælles finansiering med tilhørende fælles ledelse og fælles planlægning kan minimere den kassetænkning,



Kassetænkning og manglende samarbejde om patientens forløb, fører til flere fejl og unødige genindlæggelser.

som i dag er en generel barriere for sammenhængende patientforløb og unødigt brug af ressourcer i sundhedsvæsenet.

Forsøg med fælles finansiering skal iværksættes med en planlagt evaluering efter en fastlagt periode – og i en skala, som gør det muligt at udlede valide resultater. Det skal sikre et godt grundlag for at vurdere, om den fælles finansiering skal implementeres permanent.

Fælles ledelse med fælles finansiering kan med fordel tænkes ind i de nye klyngestrukturer, hvor sundhedsvæsenet skal løfte opgaven med at behandle patienter på tværs af sygdomme. Forsøg kan i denne sammenhæng være med til at afdække potentialet i, at man ikke har dobbeltfunktioner, men synergi i, hvad man gør i forløb på tværs af sundhedsvæsenet.

En anden vigtig løsning for at skabe sammenhængende patientforløb, er indsatser med forløbskoordinatorer, hvor navngivne sundhedspersoner understøtter den enkelte patient i at få et sammenhængende forløb, eller konferencer og netværksmøder, hvor fagpersoner fra for eksempel både region og kommune samt patienter og pårørende er til stede.

En afgørende forudsætning for et stærkere samarbejde er øget datadeling mellem hospital, kommune og praksissektoren, herunder blandt andet almen praksis og speciallægepraksis, så sundhedspersonalet ikke skal bruge unødigt tid på at indhente oplysninger eller gentage prøver.



Udbredelse af fælles ledelse og fælles finansiering vil give bedre mulighed for at skabe synergi på tværs af sundhedsvæsenet.

Potentiale

Udbredelse af fælles ledelse med fælles finansiering vil give bedre mulighed for at skabe synergi på tværs af sundhedsvæsenet. Der er få eksempler på fælles ledelse med fælles finansiering, fordi der i dag er en række lovgivningsmæssige barrierer i forhold til at sikre

sammenhæng på tværs. Afdækningen af de lovmæssige barrierer for fælles finansiering og ledelse er lavet i regi af Sundhedsministeriet, og grundlaget for at arbejde videre med barriererne i lovgivningen ligger dermed klar^{8,9}.

Potentialet i fælles ledelse med fælles finansiering er mere effektive og sammenhængende patientforløb, færre fejl og genindlæggelser og dermed mindre unødigt tidsforbrug til sundhedspersonalet.

Psykiatriens Hus i Aarhus er et eksempel på fælles ledelse, hvor regionale og kommunale indsatser er samlet og tænkt sammen. Her har målet været at udvikle nye former for integreret og helhedsorienteret tværsektorielt samarbejde. Efter det første års drift var erfaringen, at borgerne oplever mere sammenhæng i de forløb, hvor sundhedspersonalet i højere grad taler sammen og samarbejder¹⁰.

Et andet eksempel på, at et systematisk og forpligtende samarbejde i sig selv kan styrke kvaliteten af behandlingen, er projektet Tværsektoriel Stuegang, der er et samarbejde mellem Nordsjællands Hospital, otte kommuner og almen praksis. Projektets indsats, stuegangsteamet, vurderes at have forebygget en indlæggelse for ca. 23 procent af de ældre medicinske patienter¹¹.



Anbefaling 5. Prioriter den patientrettede forebyggelse

Udfordring

Alt for mange patienter dør med helbredsmæssige konsekvenser af, at vi ikke forebygger forværring af sygdom i tide – og af, at vi ikke følger op på konkrete behandlingsindsatser med fokus på at støtte patienter i mestring af livet med sygdom. Manglende patientrettet forebyggelse er dermed med til at lægge et unødvendigt øget pres på sundhedsvæsenet.

Desværre er incitamentet for at iværksætte den nødvendige forebyggelse, herunder helhedsorienterede indsatser med fokus på rehabilitering og recovery, i mange tilfælde kompliceret af, at dem, der betaler for iværksættelse af forebyggelsen (for eksempel kommuner), ikke er dem, der sparer penge på forebyggelsen (for eksempel regioner).



Vi forebygger ikke forværring af sygdom i tide. Det er med til at lægge unødvendigt øget pres på sundhedsvæsenet.

Løsning

Vi foreslår, at regeringen sørger for bedre rammer for samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører om patienternes samlede forløb. Det indebærer blandt andet fælles overblik og kapacitet til at kunne iværksætte de nødvendige indsatser gennem et samlet patientforløb, herunder den patientrettede forebyggelse.

Det er væsentligt, at den enkelte patient bliver tilbudt en helhedsorienteret indsats med fokus på rehabilitering eller recovery. Der kan for eksempel anvendes løsninger med fælles ledelse og fælles finansiering, så økonomi ikke bliver en barriere for samarbejdet.

Sundhedsklyngerne kan med fordel spille en rolle i at organisere tværfaglige og tværsektorielle tilbud med fokus på at sikre det nødvendige udbud af fleksible patientrettede forebyggelsestilbud med den rette specialisering.

Det er ligeledes væsentligt, at patienter bliver hjulpet, mens de venter på behandling – for eksempel på grund af den aktuelle situation, hvor der er en stor pukkel af operationer.

Konkret bør de for eksempel tilbydes gratis adgang til fysioterapi med træning og smertehåndtering, så kroppen kan holdes i gang og smerterne nede, mens de venter, ligesom forværring og yderligere komplikationer kan blive forebygget.



Den enkelte patient skal tilbydes en helhedsorienteret indsats med fokus på rehabilitering eller recovery.

Potentiale

Et større fokus på patientrettet forebyggelse vil give mindre alvorlige sygdomsforløb, færre operationer og dermed et mindre pres på sundhedspersonalet. Potentialet er til at få øje på, hvis vi for eksempel undgår benamputationer ved at prioritere den forebyggende karkirurgiske behandling, og undgår tvangsindlæggelser ved tilbud om tidlig terapeutisk behandling.



Anbefaling 6. Styrk arbejdet med at fjerne overflødige behandlinger og procedurer

Udfordring

Mens mange patienter i dag oplever både ventetider og manglende behandlingstilbud, gennemfører sundhedsvæsenet alt for mange procedurer og behandlinger, der er overflødige eller direkte skadelige.

Udenlandske undersøgelser peger på, at 20 procent af alle behandlinger og procedurer er overflødige eller direkte skadelige. I en dansk Vælg Klogt undersøgelse peger patienterne på gentagne undersøgelser, unødvendig fysisk fremmøde og rutinekontroller, som de mest udbredte unødvendige former for kontakt med sundhedsvæsenet¹².

Det er til gene for patienterne, men det er også spild af ressourcer og sker på bekostning af de patienter, der venter på behandling. Det er ikke etisk forsvarligt at fortsætte med overflødige procedurer og behandlinger i en tid, hvor sundhedsvæsenet er så presset¹³.



Det er ikke etisk forsvarligt at fortsætte med overflødige procedurer i en tid, hvor sundhedsvæsenet er så presset.

Løsning

Vi foreslår, at regeringen i samarbejde med kommuner og regioner styrker indsatsen for at fjerne de overflødige procedurer og behandlinger.

Det skal konkret gøres ved at fremme arbejdet med Vælg Klogt-metoden, hvor patienter og læger sammen identificerer behandlinger og undersøgelser, der er overflødige eller til skade for patienten. I forlængelse heraf skal der arbejdes på, at Vælg Klogt-anbefalingerne bliver fulgt i praksis. Det kræver blandt andet, at

hospitalerne har mod til at genbruge andre hospitalers data, så for eksempel dobbelte blodprøver ikke finder sted.

For at vi kan vurdere hvilke behandlinger, der er overflødige eller skadelige, må vi sikre, at vi har den nødvendige viden. Den patientnære, kliniske forskning skal derfor styrkes, så vi kan blive klogere på, hvilke undersøgelser og behandlinger, der med fordel kan skæres fra. Inden for nogle sygdomme mangler der solid forskning bag mange af de behandlinger, som sundhedsvæsenet tilbyder. For eksempel viste et studie i 2019, at kun otte procent af behandlingerne anbefalet i kliniske retningslinjer for hjertekar-patienter beror på solid, klinisk evidens¹⁴. Det samme gælder inden for andre områder.

Der er altså brug for meget mere fokus på den patientnære forskning. Den forskning, der for eksempel kan give svar på, om patienter går til for mange kontroller eller får for meget medicin. Om én operationstype er bedre end en anden – og hvilke patienter, der ikke skal opereres. Om én rehabiliteringsform er bedre end en anden, eller om kostomlægning og motion er bedre end operation – og hvem der har bedst gavn af hvilken indsats.

Der er ligeledes brug for at styrke arbejdet med at teste de behandlinger, sundhedsvæsenet allerede har på hylderne, men hvis effektivitet eller eventuelle skadevirkninger vi ikke har tilstrækkelig viden om. Det kræver, at regionerne indfører faste budgetter til patientnær forskning.



**Hvis blot en del af de
20 procent estimerede
overflødige
behandlinger kan
skæres fra, vil det lette
presset betydeligt.**

Potentiale

Der er et stort potentiale for at skære overflødige behandlinger fra på nogle områder i sundhedsvæsenet. Hvis blot en del af de omkring 20 procent estimerede overflødige behandlinger kan skæres fra, vil det lette sundhedsvæsenet betydeligt.

En sådan udvikling vil frigøre tid til de opgaver, hvor sundhedspersonalet reelt gør en positiv forskel for patienterne. Ligeledes er øget patientnær forskning en god investering med mulighed for store gevinster for både sundhedsøkonomi og patienter, og for frigivelse af ressourcer til sundhedspersonalet.



Anbefaling 7. Prioriter fælles beslutningstagning som tilgang

Udfordring

Alt for mange behandlinger iværksættes i dag, uden at patienterne bliver inddraget i beslutningen om, hvad der er den rigtige behandling for dem. En af konsekvenserne er, at der iværksættes mere indgribende behandlinger end nødvendigt, hvilket medfører overbehandling og et unødvendigt højt forbrug af sundhedsvæsenets ressourcer.

Vi udnytter i dag langt fra det store potentiale, der er i at anvende tilgangen fælles beslutningstagning, hvor patienten og sundhedspersonalet gennem dialog finder frem til, hvilken behandling, der er bedst for den enkelte.



Vi udnytter langt fra det store potentiale ved fælles beslutningstagning.

Det kan for eksempel være stillingstagning til, om patienten skal opereres, træne, iværksætte kostomlægning, vente eller tilknyttes patientuddannelse mv.

Løsning

Regeringen skal lægge rammerne for, at regioner og kommuner systematisk kan arbejde med at inddrage patienter i valget af behandling gennem tilgangen fælles beslutningstagning, der metodisk blandt andet bliver udmøntet gennem beslutningsstøtteværktøjer. Tilgangen skal implementeres i kliniske retningslinjer, ligesom den skal inddrages systematisk på sundhedsfaglige uddannelser.

Potentiale

Fælles beslutningstagning kan være med til at sikre, at behandlinger sker i overensstemmelse med patienternes præferencer, hvilket er

forbundet med mindre overbehandling, herunder blandt andet færre operationer, til gavn for både patienten og presset på sundhedsvæsenet. Tilgangen taler dermed godt sammen med Vælg Klogt-tankegangen.

Et øget fokus på at sikre fælles beslutningstagning med patienten i valget af behandling er blandt andet væsentligt for mennesker i den sidste del af livet. Her kan metoden lægge op til samtaler om, hvornår patienten ønsker at ophøre med aktiv behandling.

Et større review viser, at mere end en tredjedel af patienterne udsættes for nytteløs og ofte bivirkningspræget behandling i den terminale del af deres sygdomsforløb¹⁵. Et andet eksempel, hvor er metoden relevant, er for patienter med knæskader.



Regeringen skal lægge rammerne for, at patienter systematisk inddrages i valget af behandling.

På Idrætsklinikken på Aarhus Universitetshospital får patienter med korsbåndsskade og sundhedspersonalet for eksempel hjælp af et beslutningsværktøj til at træffe valget mellem operation med efterfølgende genoptræning, eller genoptræning uden operation¹⁶.



Anbefaling 8. Støt og inddrag de pårørende – de er en ressource i sundhedsvæsenet

Udfordring

Pårørende bliver i stigende grad inddraget i opgaver i sundhedsvæsenet, og de fungerer i mange tilfælde som en kæmpe ressource for patienten – og for sundhedsvæsenet. Men livet som pårørende kan påvirke både helbred, uddannelse, arbejdsliv og den daglige trivsel i negativ retning.

Omkring hver fjerde pårørende i Danmark er erhvervsaktiv, og en undersøgelse viser, at 35 procent af dem bruger feriedage på pårørendeopgaver, og at ni procent af de pårørende har set sig nødsaget til at melde sig syge på grund af pårørendeopgaver, svarende til 314 millioner kroner årligt i tabt arbejdsindsats.

Undersøgelsen viser også, at godt hver fjerde pårørende har svært ved at fokusere på deres arbejdsopgaver, og cirka hver sjette vurderer, at de er i risiko for at forlade arbejdsmarkedet på grund af deres pårørendeforpligtelser¹⁷.

Udfordringerne knytter sig også til sundhedspersoner, der også kan være pårørende og som følge heraf være udfordrede i deres trivsel og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Løsning

Vi foreslår, at regeringen nedsætter en arbejdsgruppe med bred inddragelse af fagpersoner, myndigheder, brugere og forskere samt repræsentanter fra Pårørendenitiativet, der er en sammenslutning af organisationer, der arbejder for at forbedre vilkårene for pårørende. Arbejdsgruppen skal udarbejde en national



Livet som pårørende kan påvirke både helbred, uddannelse, arbejdsliv og den daglige trivsel negativt.

handlingsplan for en helhedsorienteret, forpligtende indsats, som kan sikre bedre vilkår for pårørende af både psykisk, social og fysisk karakter. Herunder skal der fokus på, hvordan indsatserne skal implementeres i praksis.

Den nationale handlingsplan skal understøtte en systematisk praksis for hjælp til de pårørende med afsæt i viden om pårørendes forskellige behov. Her kan blandt andet tages afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger¹⁸ om systematiske tilbud, pårørendesamtaler, adgang til information samt individuelt tilpassede og fleksible fysiske rammer for sygdomsforløbet. Det bør være et selvstændigt mål, at man sikrer mulighed for fleksible vilkår i de pårørendes tilknytning til arbejdsmarkedet.

Alle faggrupper i sundhedsvæsenet skal trænes i at støtte de pårørende i de behov, de har. Det er vigtigt, at pårørende bliver inddraget med henblik på, hvad de kan og vil bidrage med i patientens forløb. Det skal ligeledes sikres, at der over hele landet er et kvalitetssikret udbud af pårørendevejledere, så borgere kan få hjælp, uanset hvilken sygdom eller lidelse, de er pårørende til.



Der er et væsentligt potentiale i at sikre pårørende vilkår, som gør dem i stand til at udfylde rollen uden selv at blive syge og nedslidte.

Potentiale

Pårørende er for mange patienter en central støtte, som får livet med sygdom til at hænge sammen, og de har viden som styrker patientsikkerheden. Undersøgelser peger på, at patientforløb resultatmæssigt styrkes, og at der sker færre fejl, når pårørende bliver involveret¹⁹.

Uden de pårørende ville sundhedspersonale på hospital og i kommunerne med andre ord have langt flere opgaver med at støtte patienter gennem deres forløb – både i form af støtte til at klare en

hverdag med sygdom, og til at gennemføre et behandlingsforløb. Derfor er der, ud over det åbenlyse rigtige at gøre, et væsentligt potentiale for sundhedsvæsenet i at sikre pårørende rammer og vilkår, som gør dem i stand til at udfylde rollen uden selv at blive syge og nedslidte.



Anbefaling 9. Fokuser på patienter og pårørendes livskvalitet ved investeringer og prioriteringer

Udfordring

Der er dokumenteret et væsentligt samfunds- og sundhedsøkonomisk potentiale ved at øge patienters livskvalitet. Som led i et mere langsigtet arbejde for at lette presset på sundhedsvæsenet, er det nødvendigt at indføre en systematisk anvendelse af livskvalitet som en parameter for udvikling, investering og prioritering i sundhedsvæsenet.

Flere og flere lever et langt liv med sygdom, som kræver en mere helhedsorienteret indsats fra sundhedsvæsenet med fokus på livskvalitet for den enkelte patient.

Det er en del af baggrunden for, at man internationalt i stigende grad anvender data for livskvalitet til vurdering af samfundsudviklingen og for investeringer i sundhedsvæsenet. Det sker blandt andet i New Zealand og Norge, hvor regeringerne er i gang med udvikling af en national strategi for udvikling af livskvalitet.

I Danmark har man inden for sundhedsvæsenet ud fra samme erkendelse gennem de seneste 10 år blandt andet arbejdet med udbredelse af patientrapporterede oplysninger om livskvalitet og funktionsniveau (PRO-data).

Ligeledes udgiver Sundhedsstyrelsen Den Nationale Sundhedsprofil, hvor borgernes selvrapporterede helbred bruges som pejling på udvikling af trivsel og sygelighed i befolkningen. Men skal potentialet udnyttes fuldt ud, er der behov for en mere systematisk anvendelse af data om livskvalitet på både nationalt, regionalt og



Der er en dokumenteret sammenhæng mellem samfundsøkonomi og livskvalitet hos patienter og pårørende.

kommunalt niveau – ikke mindst når det kommer til investeringer og prioriteringer i sundhedsvæsenet.

Nye lovforslag om investeringer og prioriteringer i sundhedsvæsenet skal i dag blandt andet indeholde konsekvensvurderinger i forhold til økonomi, administrative konsekvenser og væsentlige miljømæssige konsekvenser.

Til trods for, at der er dokumenteret sammenhæng mellem samfundsøkonomi og patienter og pårørendes livskvalitet og trivsel²⁰, er det ikke et krav, at fremsatte lovforslag skal indeholde konsekvensvurderinger i forhold til livskvalitet og trivsel.

Løsning

Regeringen skal efter norsk forbillede sætte sig i spidsen for udvikling af en national strategi for systematisk anvendelse af livskvalitet som parameter for udvikling af sundhedsvæsenet og i vurdering af nye investeringer og prioriteringer i sundhedsvæsenet. Herunder vil det være relevant at se potentialet i at bruge nye modeller for beregning af merværdi af nye investeringer i for eksempel medicin og teknologiske løsninger.

Potentiale

Systematisk inddragelse af livskvalitet fremmer faglige prioriteringer, der både gavner patienter, samfundsøkonomi og sundhedsvæsenets robusthed. Graden af livskvalitet har nemlig direkte betydning for vores helbred²¹, og for hvor meget vi bruger sundhedsvæsenet.



'Livskvalitet' skal systematisk bruges som parameter i vurdering af nye investeringer og prioriteringer i sundhedsvæsenet.

For eksempel viser en dansk analyse, at hvis en 50+ årig oplever forringet livskvalitet, kan konsekvenserne aflæses på samfundsøkonomien to år senere i form af flere lægebesøg, hyppigere indlæggelse og ringere tilknytning til arbejdsmarkedet²².

Et større fokus på at fremme livskvalitet hos mennesker ramt af sygdom vil derfor få åbenlyse positive konsekvenser for patienter og pårørendes liv og samtidig kunne lette presset på sundhedsvæsenet.



Anbefaling 10. Skab bedre rammer for samarbejde med civilsamfundsorganisationer

Udfordring

Civilsamfundsorganisationer udfører allerede mange opgaver, som er en støtte for sundhedsvæsenet. Patient- og pårørendeorganisationer løfter vigtige opgaver, for eksempel ved at yde rådgivning og støtte til pårørende og patienter, og ved at udpege og understøtte brugere i at indgå i udvikling af sundhedsvæsenet på mange niveauer – for eksempel i patientinddragelsesudvalgene, Medicinrådet og en række klageinstanser.

Der er dog et stort uudnyttet potentiale i samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundsorganisationerne. Civilsamfundsorganisationerne oplever usikkerhed med hensyn til finansiering og inddrages ikke i tilstrækkelig grad af myndighederne i beslutninger, hvor deres massive viden om patienter og pårørende kan give værdifulde inputs.



Der er et stort uudnyttet potentiale i samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundsorganisationerne.

Løsning

Civilsamfundsorganisationer skal systematisk indtænkes som en naturlig samarbejdspartner i sundhedsvæsenet. Vi foreslår, at regeringen sikrer, at der skabes bedre rammer for samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og civilsamfundsorganisationer.

Der er dels behov for stabil finansiering af civilsamfundsorganisationerne, men også et grundlæggende behov for, at myndigheder som Sundhedsstyrelsen i højere grad anerkender værdien af civilsamfundsorganisationerne, og inddrager deres

massive viden om patienter og pårørende i beslutninger, der vedrører optimal udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Civilsamfundsorganisationer og frivillige kræfter skal ikke kompensere for de opgaver, et presset sundhedsvæsen ikke har ressourcer til at løfte, men skal være et supplement til sundhedsvæsenet med fokus på den merværdi, civilsamfundsorganisationer kan bidrage med.

Potentiale

Inddragelse af civilsamfundsorganisationers viden om patienter og pårørende i sundhedsmyndighedernes arbejde kan være med til at kvalitetssikre og formidle vigtige beslutninger.

Civilsamfundsorganisationernes viden kan blandt andet bidrage til at sætte retningen i valget af svære beslutninger om nødvendige prioriteringer af sundhedsvæsenets ressourcer.

Dertil kommer det store potentiale i øget inddragelse af civilsamfundsorganisationers rådgivende funktioner af patienter og pårørende.

Civilsamfundsorganisationers massive indsats i coronarådgivningen under coronapandemien viste, hvordan for eksempel patient- og pårørendeforeninger kan spare sundhedsvæsenet for mange ressourcer ved at løfte en kæmpe opgave gennem rådgivning og støtte til patienter og pårørende^{23,24,25}. Coronarådgivningen er et godt eksempel på, hvordan civilsamfundsorganisationer kan understøtte myndighedernes opgave med kommunikation, fordi de har en tæt kontakt med patienter og pårørende, og derfor kan kommunikere målrettet til deres behov.



Myndighederne skal i højere grad anerkende civilsamfundsorganisationernes værdi, og inddrage deres viden om patienter og pårørende.

Referencer

- ¹ Sygeplejersken (2015): Opgaveflytning fra sygeplejerske til farmaceut og fysioterapeut
- ² Finderup et al. (2021): Shared decision-making in dialysis choice has potential to improve self-management in people with kidney disease: A qualitative follow-up study.
- ³ Rigshospitalet (02.11.2022): Hjemmekemo – behandling i eget hjem.
- ⁴ Region Midtjylland (26.10.2022): Patienter slipper for unødige besøg på hospitalet
- ⁵ Danske Patienter (2020): Digital kontakt med sundhedsvæsenet – hvad oplever patienterne?
- ⁶ Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen (2022): Bilag – Katalog med beskrivelse af udvalgte cases, Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed.
- ⁷ KL (2022): Caseanalyse. Tidsbesparende teknologier med dokumenteret effekt
- ⁸ Sundhedsstyrelsen (2022): Faglig ramme for etablering af nærhospitaler
- ⁹ Sundhedsministeriet (2021): Afrapportering fra arbejdsgruppe om afdækning af barrierer for sammenhængende patientforløb – Samdrift (fælles finansiering og fælles ledelse).
- ¹⁰ Region Midtjylland og Aarhus Kommune (2020): Psykiatriens Hus i Aarhus Status efter det første års drift
- ¹¹ Nordsjællands Hospital (2019): Tværsektoriel Stuegang – Opsummering af erfaringer og resultater
- ¹² Vælg Klogt (2021): Når mere ikke er bedre
- ¹³ Altinget (juni 2022): Formand for Etisk Råd: Afskaf ambulante besøg uden dokumenteret effekt – Altinget: Sundhed

-
- ¹⁴ Fanarof et al. (2019): Levels of Evidence Supporting American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology Guidelines, 2008-2018
- ¹⁵ Cardona-Morell et al. (2016): Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem
- ¹⁶ Danske Patienter (02.10.2022): Beslutningsstøtteværktøj: Operation eller træning?
- ¹⁷ KMD (2018): Pårørende på arbejdsmarkedet.
- ¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2012): Nationale anbefalinger for sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge
- ¹⁹ Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2016): Pårørendeinvolvering – fakta og evidens. Litteraturgennemgang.
- ²⁰ Institut for Lykkeforskning (2021): Institut for Lykkeforskning (2021): Lange og lykkelige liv – Hvordan fremtidssikrer vi det gode liv i et aldrende samfund
- ²¹ Pressman, Jenkins, & Moskowitz (2019): Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go?; Steptoe, Deaton & Stone (2015): Subjective wellbeing, health, and ageing
- ²² Institut for Lykkeforskning (2021): Lange og lykkelige liv – Hvordan fremtidssikrer vi det gode liv i et aldrende samfund
- ²³ Danske Patienter (2020): Rådgivning til patienter og pårørende boomer under coronaepidemien
- ²⁴ Danske Patienter (2021): Spørgsmål fra patienter og pårørende om vaccination for covid-19
- ²⁵ Danske Regioner (2021): Coronas afledte konsekvenser for sundhed og trivsel – Ekspertpanelets observationer og forslag til handling



**EPILEPSI
FORENINGEN**

Specialister i børnelammelse

POLIOFORENINGEN



BEDRE LIV MED
DEMENS
ALZHEIMERFORENINGEN



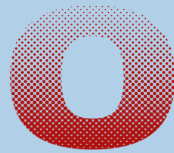
BEDRE PSYKIATRI
LANDSFORENINGEN FOR PÅRØRENDE

diabetes
foreningen



Hjælp til liv, krop og sjæl

ULYKKEPATIENT
FORENINGEN



osteoporose
foreningen

nyreforeningen



Sjældne Diagnoser

Lungeforeningen



Øjenforeningen

Bedre behandling, færre blinde



**Astma-Allergi
Danmark**



**Patientforeningen
Fertilitet og Tab**



**FIBROMYALGI- &
SMERTEFORENINGEN**



MUSKELSVINDFONDEN



Gigtforeningen
Et godt liv i bevægelse



Kræftens Bekæmpelse



**HJERTE
FORENINGEN**



foreningen
**spiseforstyrrelser
& selvskade**



**SCLE
ROSE**
FORENINGEN

PARKINSON
foreningen



**HJERNESKADE
FORENINGEN**
LIV DER REDDES - SKAL OGSÅ LEVES



Colitis-Crohn Foreningen