



NOTAT

01-03-2022
EMN-2019-01106
1517799

Statusredegørelse for teknologibidraget

- Regionernes arbejde med behandlingsomstilling,
effektiv administration og indkøb

Indhold

Resume	2
Læsevejledning	3
Del 1: Regionernes resultater med fokus på behandlingsomstilling og udvikling af opgaveløsningen.....	4
Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen	4
Case 1.1. Monitorering af hjerterytmen i Almen Praksis med fjernstøtte fra kardiologer - Region Hovedstaden	6
Case 1.2. Tidlig opsporing af hjertepatienter, Region Syddanmark	6
Case 1.3. Afdækning af forløb i akutmodtagelserne - Region Nordjylland	8
Case 1.4. Visitation til præhospitale enheder - Region Sjælland	9
Case 1.5. Fremskudt kommunal visitation - Region Sjælland.....	9
Case 1.6. 72 timers behandlingsansvar - Region Hovedstaden.....	10
Digital transformation i regionerne.....	11
Virtuelle konsultationer og forløb	11
Virtuelle konsultationer i praksissektoren	13
Brug af borgerrettede apps	13
Case 1.7. Digital forløbsguide - Region Midtjylland.....	13
Telemedicin, hjemmemonitorering og behandling.....	14
Case 1.8. Hospital@home-projektet - Region Hovedstaden.....	14
Teknologi der giver personalet bedre tid til patienterne	15
Case 1.9. Softwarerobot på Fødegangen, Aalborg Universitetshospital – Region Nordjylland	15
Innovationsboardet	17
Del 2: Regionernes arbejde med at understøtte klinikken med målrettet administration til den patientnære sundhed og borgernære opgaver.....	18
Udgifter til administration og IT	18
Nøgletal for administration og IT i 2021.....	19
Aflastning af det kliniske personale.....	21
Case 2.1. Administrative medarbejdere skal aflaste det kliniske personale, Region Sjælland	21
Del 3: Professionalisering og effektivisering af indkøbsområdet	22
Indkøbsbesparelser som en del af regionernes indkøbsstrategi.....	22

Resume

Teknologibidraget blev med økonomiaftalen for 2019 aftalt som den fremadrettede ramme for arbejdet med effektiviseringer på sundhedsområdet. Teknologibidraget udgør 400 mio. kr. årligt og udgør et finansieringsbidrag for regionerne til prioritering af bedre behandling og kapacitet. Fokus er særligt på følgende:

- Omstilling af behandlingen og udvikling af opgaveløsningen
- Fokuseret administration
- Fortsat effektivisering og professionalisering af indkøb

Regeringen og Danske Regioner er med økonomiaftalen for 2022 enige om, at Danske Regioner skal afgive en statusredegørelse vedrørende regionernes arbejde med realisering af omstilling og modernisering af opgaveløsningen.

Statusredegørelsen illustrerer, at regionernes arbejde med effektivisering og omstilling har været præget af håndtering af Covid-19 herunder den nødvendige behandlingsomstilling som følge af Covid-19, udførelse af test og vaccinationskapacitet mv. Regionerne har både på klinikniveau og i forhold til de understøttende administrative funktioner og initiativer ydet en kæmpe indsats i forhold til håndtering af krisen.

Statusredegørelsen illustrerer samtidig at regionerne i 2021 har mærket udfordringer med kapacitet og personale, som også illustrerer nogle af fremtidens kapacitetsudfordringer, som bl.a. udløses af den demografiske udvikling. Sundhedsvæsenet har stået i en særlig vanskelig situation med håndtering af Covid-19, konsekvenser af sygeplejerskekonflikten og uhensigtsmæssig travlhed på landets afdelinger grundet den stigende aktivitet. Der har samtidigt været en generel stigning i borgernes akutte kontakter med hospitalerne. Regionerne har arbejdet hårdt for at løse behandlingsbehovet for patienterne, men en lavere aktivitet i efteråret betyder, at en del patienter fortsat venter på behandling og at sundhedsvæsenet står overfor et væsentligt efterslæb i 2022.

Presset på sundhedsvæsenet i 2021 viser nogle af de udfordringer, som venter i fremtiden, når flere borgere har behov for indsatser i sundhedsvæsenet samtidig med, at der ikke er tilstrækkelige personaleressourcer at trække på. Alle regioner har i 2021 iværksat initiativer for at håndtere den aktuelle situation. En række af de initiativer kan vise sig også på længere sigt at være en del af løsninger på sundhedsvæsenets udfordringer.

I takt med at det bliver sværere at rekruttere sundhedspersonale er der også behov for, at arbejdsgange løbende gentænkes med henblik på at reducere unødvendig administration eller ændre arbejdsgangene således, at sundhedsfagligt personale fritages for administrative opgaver. Det er et arbejde, som regionerne løbende har fokus på. Det kan både indebære, at konkrete administrative opgaver løses på andre måder

eller helt fjernes, og at administrative medarbejdere bidrager til at frigøre sundhedspersonalets tid til patienterne. Det betyder, at der er et øget fokus på, at administrative medarbejdere skal medvirke til at løse rekrutteringsudfordringen i regionerne med at frigøre det kliniske personales tid fremfor at gå efter et ensidigt måltal om at nedbringe de administrative ressourcer.

Statusredegørelsen viser at alle regioner arbejder løbende med at målrette ressourcer fra administrationen til den patientnære sundhed og borgernære opgaver.

Opgørelsen af regionernes administrationsudgifter for 2021 viser således, at der har været en stigning på knap 110 mio. kr. svarende til ca. 2 pct. Opgørelsen af IT-udgifterne viser en samlet stigning på ca. 330 mio. kr., svarende til knap 9 pct. Det er kun tredje år, at udgifterne opdeles i hhv. administration og IT, og der arbejdes derfor stadig i regionerne med, hvordan forskellige omkostninger skal konteres.

Endelig viser redegørelsen, at regionerne fortsat arbejder på udvikling og effektivisering af indkøbsområdet. Det afspejler sig i regionernes fælles indkøbsstrategi 2020-2025, der indeholder ambitiøse målsætninger i forhold til værdiskabende og grønne indkøb, fortsat professionalisering og udvikling af det regionale indkøbssamarbejde i form af eksempelvis fælles kategoristyring og øget arbejdsdeling, forsyningssikkerhed af kritiske varer og fortsat effektivisering.

Med henblik på fortsat at skabe mere sundhed for pengene og råderum til regionernes økonomi, har regionerne en målsætning om at levere konkrete indkøbsbesparelser for 1 mia. kr. i perioden 2020-2025 akkumuleret, svarende til 200 mio. kr. årligt. Selvom Covid-19 har haft betydning for mængden af udbud i regionerne har regionerne hentet effektiviseringer på 344 mio. kr. i 2021. Heraf er ca. 139 mio. kr. vedvarende effektiviseringer, mens 205 mio.kr. er engangsbesparelser.

Læsevejledning

Redegørelsen er opdelt i tre dele.

Del 1 omhandlende behandlingsomstilling indeholder en beskrivelse af regionernes arbejde med behandlingsomstilling og udvikling af opgaveløsningen. Afsnittet er opdelt i en række temaer, der illustrerer bredden i omstillingen. Afsnittet beskriver omstillingen i det nære sundhedsvæsen samt regionernes arbejde med digitalisering. Afsnittet beskriver desuden regionernes investeringer i løsninger, der giver personalet mere tid til patienterne og endelig beskrives innovationsboardet der fremmer udbredelsen af relevante innovative løsninger. Afsnittet indeholder desuden klinisknære cases. Det skal overordnet bemærkes, at der ikke er tale om en udtømmende beskrivelse af regionernes arbejde med behandlingsomstilling.

Del 2 omhandler regionernes arbejde med at målrette ressourcer fra administration til den patientnære sundhed og borgernære opgaver samt administrations rolle i at understøtte det kliniske personale. Det er tredje år, at omkostningerne er adskilt i administration og IT, og der sammenlignes således med opgørelserne fra 2019 og 2020.

Del 3 omhandler regionernes arbejde med effektivisering af indkøbsområdet, herunder en kort præsentation af regionernes nye fælles indkøbsstrategi 2020-2025, status for realiseringen af den nye besparelsesmålsætning på 1. mia. kr., samt arbejdet med implementering af løftestængerne på tjenesteydelsesområdet.

Del 1: Regionernes resultater med fokus på behandlingsomstilling og udvikling af opgaveløsningen

I 2021 er en stor del af de ledelsesmæssige og planlægningsmæssige ressourcer gået til at håndtere en langvarig akut situation og sikre den nødvendige kapacitet til håndtering af Covid-19. Dertil kommer sygeplejerskestrejken, og de udfordringer det har medført kapacitets- og personalemæssigt. Herudover har alle regioner i 2021 oplevet en generel stigning i antallet af akutte kontakter til hospitalerne sammenlignet med tidligere år – særligt i efterårs- og vintermånederne. Derfor har der også i 2021 været et stort fokus på at forebygge akutte kontakter og håndtere akut behandling i eget hjem eller tæt på eget hjem, når det er hensigtsmæssigt.

Det vil fremadrettet være et fokus, at behandlingsomstillingen sker i forhold til kapacitet og ressourcer – også på tværs af sektorer – så de mange opgaver i sundhedsvæsenet løses mest hensigtsmæssigt i forhold til at anvende den samlede kapacitet bedst muligt. Samtidigt er der behov for en omstilling, der taler ind i den demografiske udvikling, hvor blandt andet flere ældre og kronikere får behov for behandling, forebyggelse og rehabilitering, og deraf øget sammenhæng og styrket samarbejde mellem de forskellige sektorer.

Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Regionerne har i 2021 fortsat arbejdet med omstilling til det nære sundhedsvæsen gennem et styrket tværsektorielt samarbejde. Omlægning til flere nære sundhedstilbud er ligeledes politisk prioriteret, og det er blandt andet med til at mindske den geografiske ulighed i sundhed. Det forventes derfor også, at det nære sundhedsvæsen bliver et centralt element i en kommende national sundhedsaftale. Det er ønsket, at de kommende sundhedsklynger og en kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen kan blive rammen om videreudvikling af det tværsektorielle samarbejde, hvor regioner, kommuner og almen praksis skal arbejde tættere sammen og udvikle nye løsninger i omstillingen til et mere nært sundhedsvæsen. De seneste år har regionerne på flere fronter arbejdet med øget omstilling til det nære sundhedsvæsen, fordi det er til gavn for patienterne, når mere behandling kan udføres tættere på eller i eget hjem, og fordi det er med til at sikre tilstrækkelig kapacitet på hospitalerne. Når mere behandling skal udføres tættere på borgerne, kræver det et tættere samarbejde mellem hospitaler, kommuner og de praktiserende læger.

Det er eksempelvis, når patienter udskives tidligere og skal modtage mere behandling og flere kontroller i almen praksis og i kommunerne. Her får hospitalerne også nye

roller, når der f.eks. er brug for yderligere understøttelse af almen praksis på nye behandlinger eller øget samarbejde med den kommunale hjemmepleje om forebyggelige indlæggelser.

Disse samarbejder og nye måder at gøre tingene på er der de seneste år arbejdet meget med. Der er derfor allerede igangsat mange initiativer, som der arbejdes videre med at udvikle i regionerne. Der er bl.a. igangsat følgende initiativer:

- Specialistrådgivning fra speciallæger til almen praksis, hvor praktiserende læger i forbindelse med konsultationer kan kontakte en speciallæge mhp., at patienten kan modtage den rette specialiserede behandling hos egen læge.
- Samarbejde og organisering omkring visitation. Bl.a. anvendelse af sub-akutte tider som alternativ til akut indlæggelse, hvor læger kan visitere til en tid næste dag på hospital, og en fælles visitation med kommuner for at sikre en bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af sektorer.
- Udlægning af behandling af flere patienter med diabetes og KOL til almen praksis, så disse patientgrupper i vidt muligt omfang ikke skal til kontrol mv. på hospitalet (PLO-overenskomst 2018).
- Opgaveløsning i samarbejde med kommunerne. Bl.a. antibiotikabehandling som intravenøs behandling i venen, som gives til patienter, der ikke kan nøjes med en tabletbehandling. Herudover rehabiliteringsforløb for hjertepatienter, dialysebehandling for nyrepatienter i hjemmet og kemoterapi i hjemmet for egnede patienter.
- Etablering af plejhjemslæge-ordning for at sikre et tættere samarbejde mellem plejhjemsbeboernes læge og plejepersonale (PLO-overenskomst 2022).
- Samarbejde med kommunale akutfunktioner om tidlig udskrivning af udvalgte patientgrupper for at sikre tilstrækkelig kapacitet til hospitalerne. Udskrivelserne sker med et udvidet behandlingsansvar, så hospitalslægerne fortsat har behandlingsansvaret de første døgn efter udskrivelse til den kommunale plads (regionale aftaler ifm. Covid-19).
- Aftaler om at speciallægepraksis overtager dele af udredning- og behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper mhp. at overholde patient- og behandlingsrettigheder (kræftpakke og regionale aftaler ifm. Covid-19).

Ovenstående er alle initiativer, som er besluttet og delvist igangsat før 2021, men som der yderligere er arbejdet med i løbet af året, og som også i forhold til den særlige kapacitetsudfordring i 2021 har vist potentialer for løsninger på længere sigt.

Der er generelt stor opmærksomhed på at omstille behandlingen, så indlagte patienter kan behandles ambulant, hjemme eller hos egen læge. Det kan bl.a. spare patienterne for fysiske fremmøder på hospitalerne, gør patienterne mere selvhjulpne og frigiver ressourcer til anden aktivitet på hospitalerne. Et eksempel blandt mange på behandling, der er udlagt til almen praksis og med opkobling til specialister på hospitalet, ses i nedenstående case 1.1.

Case 1.1. Monitorering af hjerterytmen i Almen Praksis med fjernstøtte fra kardiologer - Region Hovedstaden

På Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er der afprøvet en ny samarbejdsmodel med almen praksis omkring monitorering af hjerterytme. Det betyder, at personalet i almen praksis optager og indsender hjerterytmen til hospitalet. Tidligere var normal praksis at personalet sendte patienter ind på hospitalet for at få optaget hjerterytmen. En kardiolog på hospitalet gennemser optagelsen og sender på den baggrund vejledning til almen praksis.

Projektet viser udbredt tilfredshed i almen praksis og blandt patienter, som føler sig trygge ved at blive udredt hos egen læge med fjernstøtte fra kardiolog. 90% af alle patienter har helt undgået at komme ind på hospitalet

Case 1.2. Tidlig opsporing af hjertepatienter, Region Syddanmark

I Region Syddanmark har man også arbejdet med hjerteområdet, og der er vedtaget en hjerteplan i 2021. Hjerteplanen indebærer nye indsatser, der kan styrke den tidlige opsporing af hjertepatienter, øge nærhed i behandlingen, screene for angst og depression samt styrke indsats for rekruttering og fastholdelse af personale. Anvendelse af ekg-apparater med analyse i lægepraksis og hos vagtlæge er med til at sikre hurtig udredning, hvilket er særlig relevant for akutte patienter. Derfor er en udvidet brug af "intelligent" diagnostisk udstyr understøttende for et mere smidigt diagnostisk samarbejde mellem almen praksis og hjerteafdelingerne på sygehusene.

I 2021 er det blevet særligt tydeligt, at behandlingsomstillingen medvirker til at frigøre ressourcer og sikre kapacitet på hospitalerne. Behandlingsomstilling kommer derfor til at have et to-delt formål. Dels om hvor opgaverne løses bedst til gavn for patienterne, dels hvor opgaverne løses bedst til gavn for det samlede sundhedsvæsen i forhold til, hvordan ressourcerne anvendes bedst muligt. Netop ressourcespørgsmålet har i 2021 fyldt meget grundet de omstændigheder, som sundhedsvæsenet har stået i.

Som følge af Covid-19 blev der f.eks. lavet en aftale som muliggjorde, at sygehusydelse kunne udlægges til speciallægepraksis. Dels for at nedbringe aktiviteten på sygehusene, dels for at understøtte det nære sundhedsvæsen. Aftalen er i forbindelse med den nye overenskomst om speciallægehjælp, som træder i kraft 1. april 2022, permanentgjort. Herudover indeholder den nye overenskomst flere tiltag og midler til demografisk udvikling, som understøtter visionen "En fælles retning", som Danske Regioner og Foreningen af Speciallæger står bag. Disse tiltag fokuserer på at understøtte muligheden for at sikre en bredere geografisk speciallægedækning i regionerne, herunder at der også er rum for en yderligere udvidelse af speciallægekapaciteten (som i perioden 2016-2021, er udvidet svarende til 17 fuldtids praktiserende speciallæger), så der er tilbud om speciallægedækning bredt i de enkelte regioner og speciallægepraksis kan på visse områder bidrage til ekstra kapacitet, som ikke kan tilvejebringes på sygehusene, eller som kan tilvejebringes til en lavere marginal omkostning end på sygehusene.

Generelt har alle regioner gode erfaringer med at frigøre ressourcer, bl.a. ved at omlægge behandlinger i retning af mere ambulante behandling og behandling tættere på borgerens eget hjem. Udviklingen har i 2021 været medvirkende til at frigøre ressourcer og give plads til anden aktivitet, hvor der i høj grad har været behov for at håndtere Covid-19 og den øgede aktivitet på akutområdet samtidigt, med at alle regionerne har haft udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

Særligt fokus i 2021: Covid-19 og håndtering af det aktuelle pres

I 2021 er det tværsektorielle samarbejde yderligere blevet styrket og udviklet, ligesom der i det seneste halve år pga. presset på hospitalerne og mangel på personale er iværksat en række initiativer, der har til formål at aflaste hospitalerne. Omstillingen til det nære sundhedsvæsen har derfor i høj grad i 2021 været fokuseret på at håndtere den aktuelle situation. Mange af de tiltag og initiativer viser potentialer for, hvordan regionerne kan imødegå nogle af fremtidens udfordringer med demografi og arbejdskraft. Derfor skal der arbejdes videre med de opnåede erfaringer.

De emner som regionerne i særlig grad har arbejdet med i 2021 sammenfattes i nedenstående. Der er ikke tale om en udtømmende liste over indsatser.

- **Data/undersøgelser**

Der har f.eks. været arbejdet med afdækning af konkrete akutte patientforløb for at skabe læring og fælles forståelse for tværsektorielle arbejdsgange samt vurdere, om patienter kunne være varetaget i primærsektor og dermed have undgået indlæggelse eller undersøgelse på hospital. Der er også erfaringer med udvikling af dataoverblik med centrale data og udskrivningskonferencer på video med deltagelse af såvel hospital, praktiserende læge og evt. kommunale sygeplejerske.

- **Almen praksis/lægevagt**

Der er bl.a. indgået aftale om, at praktiserende læger som selvstændige konsulenter kan arbejde og aflaste på hospitalerne under Covid-19. Der har været øget fokus på anvendelse af eksisterende aftaler om f.eks. mulighed for at inddrage kommunale akutfunktioner som en del af samlet kapacitet, og flere opfølgende hjemmebesøg fra praktiserende læge efter indlæggelse.

Flere steder er der også arbejdet med at gennemføre simple diagnostiske test via laboratorieudstyr i lægevagten mhp. hurtigere vurdering af behov for indlæggelse og for at yde den rette behandling i hjemmet. Det er også flere steder anvendt flere akutbiler til sygebesøg mhp. at afslutte patienter i lægevagt og undgå indlæggelser.

- **Akutfunktioner**

Grundet stigningen i opkald til akutfunktionerne er der flere steder arbejdet med vejledning i telefonkøen mhp. at patienterne kan få råd til, hvor de kan finde oplysninger og hjælp til ikke akutte tilstande. Herudover har man nogle

steder lavet en akutknap i telefonkøen, så de patienter med hastende henvendelser kommer hurtigere igennem. Der har også været arbejdet med mere information om, hvornår akutfunktioner skal anvendes, og der er også udviklet "Børnelægernes Børnetips" rettet mod (små)børns forældre.

- **Fælles visitation**

Der kan være et potentiale i at se mere tværsektorielt på kapacitet. Derfor har man nogle steder afprøvet et tværsektorielt overblik over akut kapacitet for hhv. regioner, kommuner og praktiserende læger med det formål, at dem, der håndterer de akutte henvendelser, også er dem, der er tættest på og har de rette kompetencer. Der har været oprettet akutte visitationsenheder på sygehuse med tværsektoriel koordinerende sygeplejersker og fasttrack for nogle patienter i de fælles akutmodtagelser, som vagtlæger har ønsket skulle vurderes.

- **Kommunale akutfunktioner og midlertidige pladser.**

Etablering af udvidet behandlingsansvar til brug for tidlig udskrivelse af patienter, som kan håndteres i kommunalt regi. Herudover øget fokus på kommunal hjemtagning af patienter, der er færdigbehandlet og afprøvning af tværgående koordinerende sygeplejerske i de fælles akutmodtagelser for i dialog med almen praksis at identificere patienter, der kan henvises til sygeplejefaglig vurdering i kommunalt akutteam frem for behandling på hospital.

- **Aflastning af akutområdet.**

Afprøvning med at det præhospitale område også kan afslutte patienter i dagtid, for at undgå indlæggelse, anvendelse af udkørende akutsygeplejerske for at sikre sammenhæng og fleksibilitet i patientforløb. Nogle steder har man også afprøvet, at sygeplejersker kan tilse patienter i hjemme (evt. med videoopkobling til læge), og etablering af lægefaglige udkørende team til plejehjem.

Der har været yderligere anvendelse af sub-akutte tider, hvor akutte henvendelser vurderes med henblik på at omlægge til planlagte sub-akutte besøg (f.eks. dagen efter), og forsøg med at akutbilslæger kan henvise til subakutte tilbud.

Nedenstående cases illustrerer noget af arbejdet, jf. de emner som regionerne i 2021 har arbejdet med for at håndtere det aktuelle pres.

Case 1.3. Afdækning af forløb i akutmodtagelserne - Region Nordjylland

Region Nordjylland har gennemført patientinventeringer (afdækning af forløb) i akutmodtagelserne med henblik på bedre at forebygge og håndtere de akutte patienter på tværs af sektorer. Målgruppen for patientinventeringerne er afgrænset til patienter behandlet ambulant i regionens akutmodtagelser. For denne patientgruppe sås en aktivitetsvækst på ca. 20 % i juni-okt. 2021 set i forhold til tilsvarende periode i 2019. Formålet med den tværsektorielle afdækning var:

- At drøfte værdi og relevans af patientens kontakt til akutmodtagelsen.

- At skabe læring og fælles forståelse af tværsektorielle arbejdsgange.
- At involvere klinikere på tværs af sektorgrænser i at drøfte kvaliteten af målgruppes forløb.
- At identificere eventuelle forbedringsforslag i fællesskab på tværs af sektorer og fagligheder.

Patientinventeringen bidrog til en fælles læring på tværs af sektorer om, hvilke patienter der henvises til akutmodtagelsen og om nogle forløb kunne have været varetaget i primærsektoren.

Case 1.4. Visitation til præhospitale enheder - Region Sjælland

Region Sjælland har i gang sat et projekt i november 2021, der visiterer borgere til præhospitale enheder fremfor til Akutafdelingen, når borgere har brug for akut hjælp. Formålet er, at den akutte henvendelse fører til en akut diagnostik og behandling i eget hjem ud fra en sundhedsfaglig vurdering. Den præhospitale enheder består af akutbiler med særligt udstyr og særligt uddannede paramedicinere, der kan konsultere en læge under vejs f.eks. i Akutafdelingen.

Det giver mulighed for at starte eller afslutte behandlingen i eget hjem, og dermed slipper borgeren for unødvendig transport til sygehuset. De første erfaringer viser, at omkring 60 pct. af kontakterne afsluttes i eget hjem. Visitation til de præhospitale enheder bevirker samtidig at Akutberedskabet og Akutafdelingerne aflastes. Projektet med visitation til de præhospitale enheder skal ses i sammenhæng med, at 30 pct. af henvendelserne til Akutafdelingerne "blev vendt i døren" inden for 3 timer.

Målet med projektet er, en aflastning af Akutberedskabet og Akutafdelingerne med 25 pct. for de egnede visiteringer til akutbiler, og derved forebygge unødvendige indlæggelser. Efter projektperioden udarbejdes en evaluering.

Case 1.5. Fremskudt kommunal visitation - Region Sjælland

Som led i Covid-19-beredskabet har Region Sjællands eHospital i samarbejde med kommuner, sygehuse m.fl. varetaget behandlingsansvaret for ikke-færdigbehandlede patienter (benævnt "assistanceudskrivelse") ved udskrivelse fra regionens sygehuse til kommunale sengepladser eller eget hjem. Desuden har eHospitalet i samarbejde med Kalundborg og Næstved kommuner afprøvet "Fremskudt Kommunal Akutfunktion", hvor kommunernes akutsygeplejefaglige personale har haft mulighed for, at henvise til indlæggelse i eHospitalet med fysisk placering af borgere på de to kommuners egne akutpladser. Der bygges videre på disse afprøvninger.

Ordningen forventes at blive udbredt til flere kommuner på baggrund af erfaringerne med Næstved- og Kalundborg kommuner.

I forbindelse med Covid-19 har der ad flere omgange været lavet aftaler mellem regioner og kommuner om udvidet behandlingsansvar ved tidlig udskrivelse. Baggrunden

for aftalerne har været at sikre tilstrækkelig kapacitet på hospitalerne i tilfælde af ekstraordinært mange indlæggelser på grund af Covid-19. Formålet var, at det skulle være muligt for hospitalerne at udskrive patienter tidligere end normalt. Der er bl.a. lavet forsøg med etablering af et udvidet behandlingsansvar, hvor hospitalslægen har behandlingsansvaret de første 48 timer efter udskrivelse.

På baggrund af erfaringer med udvidet behandlingsansvar har Region Hovedstaden indgået en permanent aftale med kommunerne og PLO om et 72-timers behandlingsansvar, hvilket er beskrevet nedenfor.

Case 1.6. 72 timers behandlingsansvar - Region Hovedstaden
Formålet med at tilbyde behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling er at skabe en tryk overgang mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem samt at mindske risikoen for unødvendige genindlæggelser.
Udgangspunktet er, at behandlingsansvaret omfatter skrøbelige patienter, som udskrives til de midlertidige kommunale døgnpladser. Der arbejdes med at udvide aftalen til også at omfatte plejecentre og den kommunale sygepleje i eget hjem. Behandlingsansvaret er en funktion, der påhviler den afdeling, der har udskrevet patienten. Modellen er ensartet, den dækker alle hospitaler og er et tilbud om samarbejde til alle kommuner og praktiserende læger i Region Hovedstaden. Afhængig af de enkelte hospitalers vilkår kan der være variation i, hvordan opgaven gribes an.
Modellen for 72 timers behandlingsansvar efter hospitalsophold er indgået med kommuner og almen praksis.

Der blev desuden i slutningen af 2021 indgået en national aftale mellem Danske Regioner og KL om aflastning af hospitalerne med etablering af et beredskab på 300 midlertidige pladser i kommunerne for patienter, der kun er indlagt kortere tid. Aftalen har ikke været aktiveret.

De kommende sundhedsklynger bliver en ramme om at drøfte og udbrede de mange gode eksempler, som vi har set de seneste år. Sundhedsklyngerne kommer også til at være et godt tværsektorielt redskab til på tværs af sektorer at drøfte nye tiltag, som kan afprøves og eventuel udbredes. Det vil fortsat være en stor opgave se på mulighederne for at udbrede de initiativer, som lokalt viser gode effekter.

De seneste år har mange gjort sig gode erfaringer med, hvordan sundhedsvæsenet kan være mere digitalt. Det var en nødvendighed grundet Covid-19, at flere kontakter blev omlagt til at foregå digitalt, og det har på mange måder banet vejen for, hvad der er muligt ved brug af digitale redskaber. Som en ekstra gevinst understøtter mange digitale redskaber et øget tværsektorielt samarbejde og mulighederne for at løse opgaverne i sundhedsvæsenet på nye måder, hvor sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer og matrikler nemmere kan samarbejde om behandling. Det er bl.a. digitale platforme og systemer, der styrker samarbejdet om de patienter, der går på tværs af sektorer. Digitalisering og øget anvendelse af andre teknologiske redskaber fylder allerede meget i sundhedsvæsenet, og vil også de kommende år være et vigtigt element i ar-

bejdet med at sikre kapacitet og behandling af høj kvalitet. Samtidig understøtter digitale redskaber også mere nærhed i behandlingen. Desuden er en stigning i de virtuelle sygdomsforløb også en del af de fire kriterier i nærhedsfinansieringen.

Digital transformation i regionerne

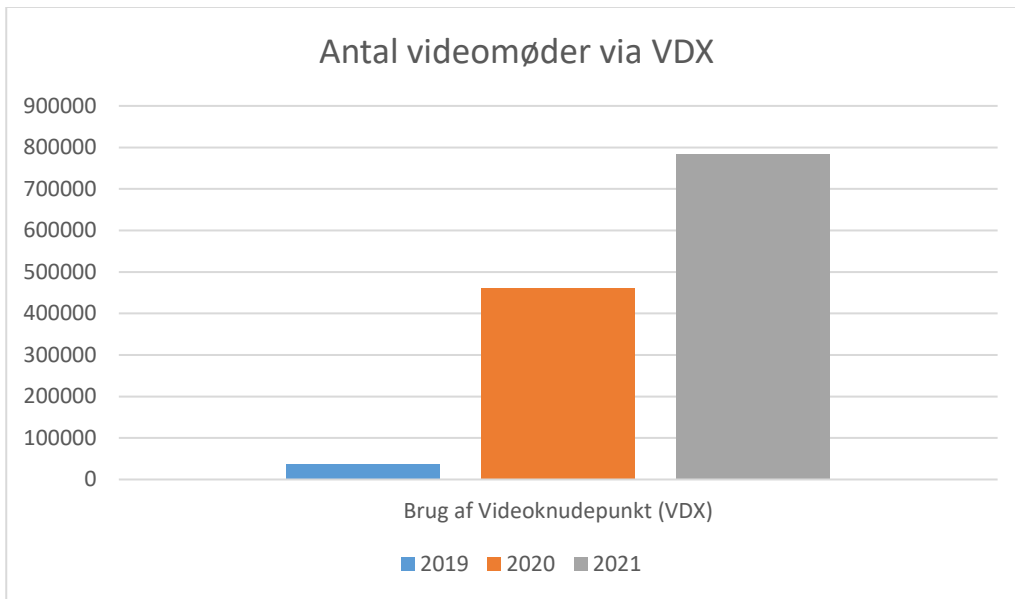
I omstillingen af behandlingen arbejder alle regioner med at identificere, udvikle, afprøve og implementere nye digitale og teknologiske løsninger, der kan bidrage til at løse sundhedsvæsnets udfordringer, og samtidig skabe en bedre behandling og oplevelse for borgerne. Teknologien er en så central del af vores samfund, at det stiller markant øgede krav til kvalitet og funktionalitet, der gør det nemmere at være borger, patient og medarbejder. Den digitale udvikling giver stadig bedre behandling og diagnosticering. Formålet med digital transformation er således at skabe et bedre og mere effektivt sundhedsvæsen, der gør det lettere at være borger, patient og medarbejder, samt tillader regionerne at anvende relevant ny teknologi bedst muligt. Det handler om at skabe bedre og mere sikker behandling af patienterne, færre papirbaserede arbejdsgange for medarbejderne og en bedre udnyttelse af sundhedsvæsnets ressourcer. Sundhed.dk satte i 2021 besøgsrekord med 83 mio. besøgende, hvilket både vidner om digitalt parate borgere og et digitaliseret sundhedsvæsen.

Covid-19 har også i 2021 sat sit præg på regionernes arbejde med den digitale transformation. De nye veje og de store digitale fremskridt, der voksede under epidemien, skal nu fastholde og udbygges. I forbindelse med epidemien har regionerne blandt andet brugt virtuelle konsultationer i langt større udstrækning end tidligere. I 2021 har regionerne haft (og har fortsat) fokus på at fastholde den digitale udvikling og de nye digitale konsultations- og arbejdsformer - også i de perioder, hvor det ikke er Covid-19, der har nødvendiggjort brugen af alternativer til fysisk fremmøde. Der opleves desuden en forventning fra både borgere og personale om brug af digitale løsninger.

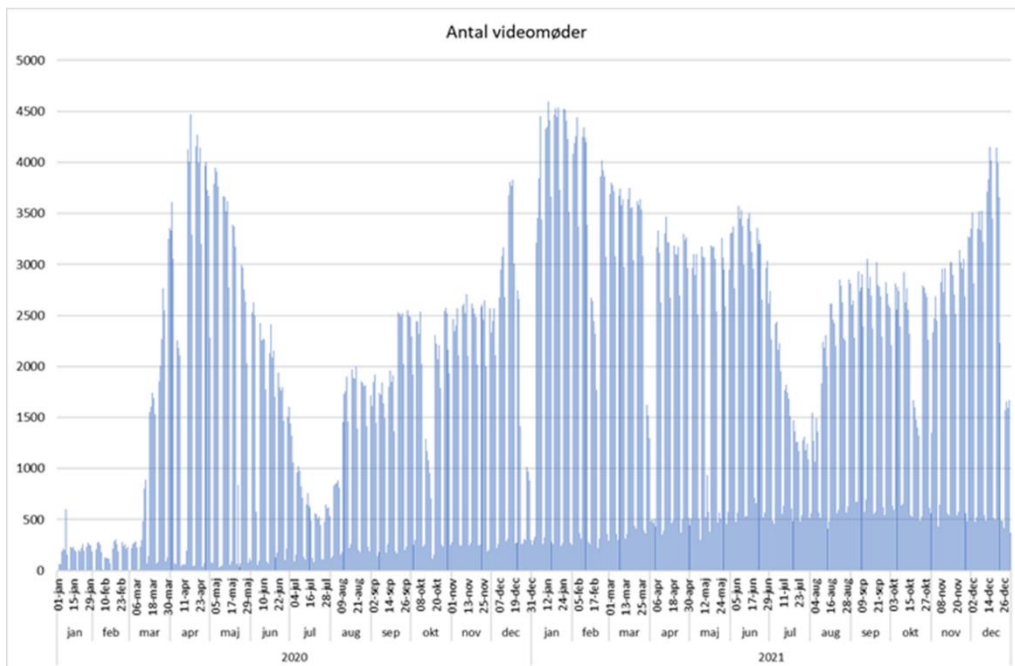
Virtuelle konsultationer og forløb

Den generelle udvikling i sundhedsvæsnets brug af video kan illustreres ved nedenstående tal for brugen af Videoknudepunktet (VDX), som er en fællesoffentlig og tværsektoriel videoinfrastruktur, som benyttes i vid udstrækning inden for sundhedsvæsenet – blandt andet i forbindelse med videokonsultationer.

Anvendelsen af VDX er steget eksplosivt under corona-nedlukningerne. Hvor VDX i 2019 husede godt 37.000 videomøder, var tallet i 2020 knap 462.000 og i 2021 er tallet steget til knap 785.000 videomøder.



Nedenstående graf viser den markante stigning af afholdte videomøder i marts 2020, da første coronabølge ramte. Endnu en kraftig stigning ses i december 2020 og senest ses også en stigning i december 2021. Dette hænger sammen med de nationale nedlukninger. Perioderne med lav anvendelse af VDX ses bl.a. tydeligt i ferieugerne i primært juli og december.



Kilde: [VDX understøtter øget anvendelse af videomøder - MedCom](#)

Der ses en stærk sammenhæng mellem Covid-19 epidemien og andelen af virtuelle sygehusforløb. Hospitalerne har omlagt flere ambulante besøg til virtuelle kontakter under Covid-19 epidemien, hvilket har bidraget til at opretholde aktiviteten i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenet har som helhed digitaliseret patientkontakter og behandling, der før epidemien ikke syntes mulige grundet forskellige faglige, tekniske

og/eller organisatoriske barrierer. Et væsentligt fokusområde for regionerne bliver nu at fastholde og fortsat udvikle de digitale forløb. Det er en fællesregional ambition, at 1/3 af alle konsultationer i sundhedsvæsenet skal være digitale f.eks. ved brug af video, men også andre alternativer til fysisk fremmedmøde. En positiv sideeffekt ved den øgede brug af telefon- og videokonsultationer har været, at flere afdelinger oplever færre udeblivelser. Foruden videokonsultationer med patienter har regionerne også gjort sig erfaringer med videoambulatorie, videostuegang og bagvagt via video.

Virtuelle konsultationer giver ikke alene borgeren fleksibilitet, men betyder også at medarbejdernes kompetencer gøres uafhængige af geografi. Eksempelvis har Region Sjælland siden foråret 2021 haft en onlineklinik i København, der anvender virtuelle konsultationer. Formålet er at øge lægedækningen til psykiatrisk behandling i den sydlige del af Region Sjælland, hvor det er svært at rekruttere, og dermed yde et bedre behandlingstilbud til borgerne.

Virtuelle konsultationer i praksissektoren

I praksissektoren tilbydes der videokonsultation i almen praksis og speciallægepraksis gennem MinLæge appen. I 2021 blev der gennemført 303.521 videokonsultationer gennem appen (mod 180.671 i 2020). Den øvrige praksissektor har det meste af 2021 haft mulighed for at anvende videoløsning via sundhed.dk stillet til rådighed af regionerne. Denne løsning blev benyttet 37.412 gange i 2021 – primært af psykologer (49 pct.) og fysioterapeuter (29 pct.). Psykologer og fysioterapeuter kan fortsat anvende videoløsningen.

Brug af borgerrettede apps

For at øge den digitale transformation i sundhedsvæsenet, bruger regionerne i stigende omfang borgerrettede apps. Apps bruges f.eks. til at give borgeren nem adgang til prøvesvar og egne sundhedsdata. MinSundhed-appen, hvor borgerne blandt andet kan tjekke Covid-svar blev alene i 2021 downloadet 3,9 mio. gange og er i alt downloadet mere end 5,2 mio. gange siden lanceringen. Apps bruges også i forbindelse med selvmonitorering i patientens eget hjem (f.eks. palliative patienter, for tidligt fødte børn og patienter tilknyttet hjerte-lungeambulatorium) og til forløbsunderstøttelse i forbindelse med patientforløb.

Case 1.7. Digital forløbsguide - Region Midtjylland

Region Midtjylland anvender "Digital forløbsguide", som er en app til at kommunikere på en ny og anderledes måde mellem patienter og klinikere. Forløbsguiden er "informationsdosering" krydret med små videoer, grafik og billeder frem for lange standardbreve. Patienterne modtager små doser af information drypvis over tid tilpasset til lige præcis dér, hvor patienten befinder sig i sit sygdoms- eller behandlingsforløb. Information er personaliseret til den individuelle patient, der får serveret personaliseret frem for generisk information om eksempelvis et behandlingsforløb. Borgere kan desuden indsende spørgsmål digitalt, uden at skulle vente på en specifik telefontid. Klinikken besvarer spørgsmål løbende, når det passer i løbet af arbejdsdagen.

Telemedicin, hjemmemonitorering og behandling

Telemedicinske tilbud og hjemmebehandling giver borgerne mere målrettede og fleksible behandlingsforløb. Når der løbende monitoreres hjemme, kan man i nogle tilfælde gøre op med faste, fysiske kontroller for patienterne, hvor de skal møde op på hospitalet. Alle regioner arbejder for at behandle eller monitorere flere patienter tættere på – eller i eget hjem – både i landsdækkende fællesoffentlige initiativer og i eget regi. Derfor kan mange patienter enten udskrives tidligere eller helt undgå sygehusindlæggelse blot med en videoforbindelse fra eget hjem til behandler.

Alle regioner bruger apps for at øge den digitale transformation. Som eksempel kan ses nedenfor:

Case 1.8. Hospital@home-projektet - Region Hovedstaden

Formålet med projektet har været at videreudvikle en model, hvor man forankrer nye måder at håndtere patienter med langvarige eller kroniske infektionssygdomme. Som navnet siger, så er det formålet at flytte så meget af behandlingen og indlæggelsen hjem til patienterne. Dette indbefatter både Intravenøs (iv) antibiotika-behandling i hjemmet samt hjemmemonitorering af en række parametre mhp. at undgå fremmøde – f.eks. lungefunktion, ilt-mætning i blod, blodtryk og puls samt enkle infektionsmarkører i blod med point-of-care (POC) testsystemer med brugervenligt udstyr. Projektet viste at ca. 10 pct af denne patientgruppe var egnet til hjemmebehandling.

Et andet eksempel er fra Region Syddanmark, hvor der anvendes telemedicin i forskellig grad i de udgående palliative team, mens man ligeledes gør sig erfaringer med brugen af telemedicin på palliative sengeafsnit. Ambulante telemedicinske konsultationer til palliative patienter tilbydes bl.a. via app'en Mit Sygehus.

Endelig skal det nævnes, at den teknologiske udvikling inden for en lang række sygdomsområder har medført en hurtigere og mere skånsom behandling. Det gælder f.eks. behandlingen af blodprop i hjernen, hvor diagnostikken indledes i ambulancen, så patienten køres direkte til et specialiseret sygehus, der kan foretage den blodfortyndende behandling (trombolyse) eller minimal invasiv kirurgi (trombektomi). Denne udvikling har betydet, at flere patienter overlever og medfølger efter sygdommen. Det gavner patienterne, men aflaster kommunerne, idet rehabiliterings- og genoptræningsbehovet for disse patienter er mindre end tidligere inden disse behandlingsmuligheder eksisterede.

Regionerne bruger derfor teknologi til at øge sundhedsvæsnets fleksibilitet og bruge ressourcerne bedst muligt – bl.a. ved i højere grad at inddrage borgerne i egen sundhed og behandling samt løse flere opgaver uden for hospitalerne og tættere på patienten – i mange tilfælde i borgerens eget hjem.

Teknologi der giver personalet bedre tid til patienterne

Mangel på arbejdskraft er et vedvarende problem i sundhedsvæsenet, både når det kommer til læger og sygeplejersker, men også inden for andre faggrupper. Den demografiske udvikling gør, at befolkningssammensætningen ændres, og sundhedsvæsenet skal kunne håndtere flere patienter i fremtiden. Der kommer relativt flere ældre med behov for behandling og pleje, mens der er relativt færre yngre personer i arbejdsstyrken til at udføre denne opgave.

Aktuelt er sundhedsvæsenet presset af pukkelafvikling efter Covid-19 epidemien og sygeplejerskestrejken, og et øget pres på landets akutafdelinger. 100.000 patienter har fået udskudt deres planlagte operation, og dette efterslæb arbejdes der på at indhente. Dette udstiller konsekvenserne af mangel på arbejdskraft, men problemstillingen har været kendt i mange år og forventes at vokse i de kommende år.

Regionerne har allerede i dag fokus på at udnytte ny teknologi. Med de nye kvalitetsfundsstøttede hospitalsbyggerier får sundhedsvæsenet et løft med bl.a. enestuer til patienterne, en ny akutstruktur og bygninger der i højere grad lever op til patienternes ønsker og forventninger til hospitalerne. Her får personalet nyt udstyr, hvad end det gælder operationsrobotter, AGV-køretøjer til transport af varer på hospitalerne eller rørpostsystemer der kan transportere blodprøver fra stue til laboratorium langt hurtigere end tidligere. Med robotter kan kirurgerne udføre operationer mere skånsomt og dermed spare indlæggelsestid, og når personalet ikke skal transportere varer eller blodprøver rundt på hospitalet, frigiver det tid til andre opgaver.

Regionerne benytter teknologien til opgaver, der før skulle udføres manuelt. Dette gælder både i selve behandlingen af patienter og i andre af hospitalernes opgaver.

Region Sjælland har igangsat et projekt, der giver hurtigere svar på afføringsprøver. Projektet er støttet af Innovationsfonden og ved at blive CE-godkendt. Ved behandling af kræftpatienter med kemoterapi opstår ofte diarre. Når disse patienter bliver hasteindlagt, kan lægen ikke vide om diarréen er kemoforårsaget eller forårsaget af en patogen bakterie (f.eks. clostridium). Da f.eks. clostridium er yderst smitsom, vælger lægen som regel at indlægge patienten i isolation, indtil en afføringsprøve kan be- eller afkræfte årsagen til diarréen. Sundhedsfagligt er metoden hurtigere, nemmere at udføre, er mere effektiv og giver et bedre arbejdsmiljø. På Aarhus Universitetshospital har man digitaliseret overblikket over medicin. Hvor personalet tidligere skrev oplysninger om lagerbeholdning og udløbsdato ned på papir, scanner de det i dag ind i en app. Dette giver personalet et nemt og overskueligt overblik, hvilken medicin der nærmer sig udløbsdato. På Aalborg Universitetshospital benytter de også software til at lette arbejdsgangen. Dette beskrives i casen nedenfor.

Case 1.9. Softwarerobot på Fødegangen, Aalborg Universitetshospital – Region Nordjylland

Baggrund: Efter en fødsel skal der oprettes data i både regionens PAS og EPJ-system. Der er tale om at samme data skal inddateres to gange. Det tager meget tid fra jordemødrene på en fødegang som i forvejen er præget af ressourceknaphed. Samtidig er der en risiko for at data i de to systemer ikke bliver ens. Der er med projektet

skabt en automatiseringsløsning der sparer dobbeltindtastninger og minimere risikoen for fejl.

Projektet er gennemført sammen med Fødegangen på Aalborg Universitetshospital og er siden implementeret på de øvrige fødeafdelinger i regionen.

Beskrivelse af initiativ: Der er implementeret en softwarerobot på Fødegangen, der automatisk kopierer data fra PAS (Patientadministrationssystemet) til EPJ. Det er en let løsning at implementere, da det kun kræver, at jordemødre aktiverer softwarerobotten og ikke længere skal foretage dobbeltindtastninger, idet systemet kører automatisk. Løsningen er skabt mellem fødeafdelingen på Aalborg Universitetshospital og Region Nordjyllands centrale IT-afdeling.

Effekt og værdi: Løsningen sikrer en besparelse på omkring 20 min. ved hver fødsel døgnet rundt. Løsningen bruges nu på alle regionens fødeafdelinger, og frigør dermed væsentlige ressourcer hos jordemødre som kan anvendes hos de fødende. Med over 5.000 fødsler om året i Region Nordjylland er en besparelse på 20 minutter pr. fødsel af stor værdi, både for personalet, men også for de nybagte forældre som der er frigjort tid til. Jordemødre oplever at der er mere tid til familierne med de nyfødte børn, og at det giver en langt bedre oplevelse for de fødende, idet der er tid til at være der for dem og for barnet. Automatiseringen bidrager til arbejdsglæden og et fokus på de sundhedsfaglige opgaver fremfor administration. Det giver samtidig en motivation til at arbejde videre med at indføre automatisering andre steder i det kliniske arbejde, idet effekten er mærkbar for både patienter og personale.

Ud over at spare medarbejderne for dobbeltindtastning, benyttes kunstig intelligens også til andre opgaver på hospitalerne. I Region Hovedstaden vil man bruge kunstig intelligens til at vurdere mammografier i brystkræftscreeningsprogrammet og dermed frigøre tid fra speciallægerne. Alle kvinder mellem 50 og 69 år tilbydes hvert andet år en screeningsmammografi, som skal opdage eventuelle tegn på brystkræft så tidligt som muligt. Det giver mange mammografier, der skal vurderes af speciallæger, og det tager tid. Tid, som kunne bruges til at sikre hurtigere forløb til patienterne. Det er nemlig de samme speciallæger, der vurderer patienter med symptomer på brystkræft, som også vurderer screeningsmammografierne. Det forventes, at cirka en fjerdedel af den lægelige arbejdsbyrde, der er forbundet med vurdering af brystkræftscreeningsundersøgelserne, kan afhjælpes. Så kan der frigives tid til andre ting, for eksempel at man får hurtigere svar på screening eller bedre overholdelse af behandlingsgarantien. Der vil altid være mindst én speciallæge, der vurderer screeningsmammografien, og i tilfælde af at der er uenighed om resultatet, vil det altid være speciallæger, der beslutter det videre forløb.

På andre områder bruger regionerne teknologi til at undgå at udføre unødvendig behandling. På Kolding Sygehus er antallet af børn, der har brug for generel anæstesi før en MR-scanning, faldet markant. Det skyldes et nyt omfattende koncept, der gør det spændende og trygt for børnene at blive scannet. Konceptet, der hedder Children Centered Care (CCC), består af en interaktiv app og tre andre elementer, der på hver deres måde inddrager og forbereder børnene – og deres forældre – på mødet med MR-scanneren. Før CCC blev indført på Kolding Sygehus, blev 57 procent af alle børn i alderen

fire til seks år lagt i fuld narkose inden en MR-scanning. Nu er tallet faldet til fem procent for de fire til seks årige. CCC har i runde tal kostet to millioner kroner. På et større dansk hospital (med 250 patienter henvist til MR-scanning årligt) er pengene tjent hjem på to år.

Ud over de ovennævnte eksempler der allerede er i gang, er flere projekter i de indledende faser. Det gælder bl.a. et projekt om digitaliseret væskebalance i Region Sjælland, der gennem elektronisk monitorering og kunstig intelligens opfanger, når væskebalancen er kritisk, så personalet kan reagere på det. Region Midtjylland er ved at udvikle en platform, som kan modtage data fra medikotekniks udstyr og levere data via integration til anvendelse systemer som elektronisk patient journal.

Regionerne benytter i dag teknologi til at afhjælpe udfordringerne med mangel på arbejdskraft. Flere af eksemplerne er udelukkende løsninger fra en enkelt afdeling, hospital eller region, og der kan derfor gøres mere for at udbrede dem internt i regionen og på tværs af regionerne. Flere løsninger er allerede blevet udbredt fra en region til andre. I 2018 blev prøverørskiosken implementeret på Aalborg Universitetshospital, og den er for nyligt også implementeret på Herlev, samt på vej på Hvidovre Hospital. Ved ambulant prøvetagning scanner patienter deres sundhedskort i prøverørskiosken, og robotten sørger derefter for ankomstregistrering, klargøring af prøveglas og mærkning af disse. Disse opgaver blev tidligere udført manuelt, og løsningen sparer dermed arbejds gange.

Der skal fortsat være fokus på at udvikle nye løsninger og teknologi. Det vil kræve investeringer i udvikling og implementering i regionerne. Innovationsboardet kan her bruges som et værktøj til at skalere de gode eksempler til alle fem regioner. Arbejdet med Innovationsboardet er beskrevet i næste afsnit.

Innovationsboardet

Regionerne og Danske Regioner nedsatte i august 2019 Innovationsboardet for at fremme udbredelsen af relevante innovative løsninger på tværs af regionerne. Innovationsboardet er et tværregionalt og tværfagligt board. Boardet vurderer og evaluerer innovative løsninger, som er testet og indstillet fra mindst én region med henblik på at indstille til, at disse løsninger implementeres i alle regioner. Formålet er således, at de gode innovative løsninger kommer flest mulige til gavn i det danske sundhedsvæsen – både patienter såvel som sundheds- og administrativt personale.

Løsningerne spænder meget bredt fra lavpraktiske papkort til brug i patientdialog, til komplekse it-systemer til styring af logistikken på hospitaler og kunstig intelligens, der lytter med på opkald til alarmcentralen. Fælles for løsningerne i Innovationsboardet er, at de skal være med til at løse væsentlige udfordringer i sundhedssystemet, at løsningerne har vist dokumenteret positiv effekt i minimum én region, og at værdien, løsningen skaber, forventes at give tilsvarende værdi i de øvrige regioner. Herudover er det et kriterie, at løsningerne er forbi evt. pilotafprøvningerne m.v. og er sat i drift minimum ét sted.

Innovationsboardets opgave består i at kvalificere de indmeldte løsninger ift., om det kan forventes, at løsningen vil kunne give værdi i de øvrige regioner, samt hvor vidt en implementering i de øvrige regioner også synes realistisk at gennemføre.

Innovationsboardet arbejder både med konkrete anbefalinger om landsdækkende implementering af løsninger, samt som vidensdelingskanal hvor gode løsninger, der ikke vurderes at give værdi ved en landsdækkende udbredelse, deles i relevante fora. Sidstnævnte kan f.eks. være løsninger, hvor værdiskabelsen vurderes at være meget kontekstafhængig f.eks. grundet geografi eller andet. Her kan nævnes IV-blandeenheden fra Region Sjælland, som frigiver personaleressourcer i forbindelse med blanding af IV-medicin, hvor businesscasen for løsningen dog udelukkende synes at være positiv for lidt mindre hospitalsender, der ikke er store nok til f.eks. at have implementeret robotteknologi på området. Eller løsningen vedr. en fuldautomatisk mini-cyklotron med radioaktivtvand, som kun vurderes at give positive effekter under visse lokale omstændigheder.

Af løsninger der er anbefalet udbredt landsdækkende, er f.eks. Children Centered Care fra Region Syddanmark (se forrige afsnit i teknologibidraget), Servicelogistik systemer som skaber et real-time logistisk overblik over personale, udstyr og varer på hospitalet. Dette hjælper med at sikre en bedre udnyttelse af lokaler, udstyr, personale m.v., og er derved en af løsningerne omkring kapacitetsudfordringerne på hospitalerne. Ved hjælp af et bedre overblik kan ressourcerne allokeres derhen, hvor det er mest hensigtsmæssigt, og suboptimale arbejdsprocesser kan minimeres.

[Del 2: Regionernes arbejde med at understøtte klinikken med målrettet administration til den patientnære sundhed og borgernære opgaver](#)

Det er centralt for regionerne, at der målrettes flere ressourcer fra administration til den patientnære sundhed og borgernære opgaver. Det kræver fortsat udvikling og omstrukturering af vante strukturer og arbejdsopgaver hos det kliniske personale. Regionerne har igangsat en række initiativer og projekter, der har til formål at aflaste det kliniske personale fra opgaver, der kan varetages af understøttende personale.

Regionerne har i 2021 arbejdet videre ad de spor, som blev præsenteret med redegørelsen for 2019 og 2020.

[Udgifter til administration og IT](#)

Fra og med regnskab 2019 er der mellem regionerne og staten aftalt en ny konteringsmetode, som gør det muligt at få mere præcise tal for regionernes udgifter til administration på sundhedsområdet. Med de nye konteringsregler skelnes mellem omkostninger til administration og IT. Der er fortsat nye og stigende krav til IT-understøttelse af klinikken samtidigt med at de nye systemer ofte er dyrere i drift og licenser, end de ældre systemer. Det betyder, at udgifter til IT i sundhedsvæsenet såvel som på andre velfærdsområder og i virksomheder er stigende, hvorfor det er centralt at kunne se udgifterne hertil adskilt fra administration. Den nye metode er nærmere beskrevet i redegørelsen fra 2020.

Opgørelsen af udgifter til administration (ekskl. IT) viser en stigning på 2,4 pct. i 2021, mens der på IT er en stigning på 8,9 pct. i 2021. Stigningen skyldes særligt professionaliseringen af indkøb, aktiviteten byggeområdet og digitalisering af sundhedssektoren.

Det er 3. gang, at regionerne skal kontere på en ny måde og på flere konti. Tallene er derfor fortsat præget af en vis usikkerhed.

Nøgletal for administration og IT i 2021

Regionerne har løbende fokus på administrative effektiviseringer som led i den årlige budgetproces.

Nedenfor er der en beskrivelse af de konkrete årlige udgifter til administration og de samlede administrationsudgifter i regionerne baseret på opgørelsesmetoden fra 2019. I redegørelsen for 2019 blev der beregnet en administrationsgrad, hvilket har været vanskeligt i 2020 og 2021 på grund af den store påvirkning på omkostningerne fra Covid-19. Derfor indgår opgørelse af administrationsgraden ikke i år.

Udvikling i administrationsudgifter

Opgørelsen af udgifter til administration (ekskl. IT) viser en samlet stigning på 107 mio. kr. i 2021, svarende til en stigning på 2,4 pct., *jf. tabel 1*. Tallet er udtryk, at der både er gennemført en række besparelser men samtidig at andre administrative opgaver vokser både indenfor indkøb, til håndtering af Covid-19 mv. Udviklingen i den enkelte region skal også ses i lyset af udviklingen mellem 2019-2020.

Tabel 1 – Administrationsudgifter (1.50.33-35) inkl. 4.20.12, mio. kr.

22-PL	2019	2020	2021	Difference fra 2020-2021 (mio. kr.)	Difference fra 2020-2021 (i pct.)
Region Hovedstaden	1.383	1.343	1.433	91	6,8%
Region Midtjylland	1.011	979	927	-51	-5,2%
Region Syddanmark	942	955	1.027	72	7,6%
Region Sjælland	719	664	657	-7	-1,0%
Region Nordjylland	473	483	485	2	0,4%
Hele landet	4.528	4.423	4.530	107	2,4%

Kilde: DST og Regionale indberetninger.

*Der er konteret 46,3 mio. forkert i regnskabstallene for 2020, hvilket betyder, at tabellen er blevet justeret i forhold til tallene i DST. Administration (1.50.33) er blevet opjusteret med 46,3 mio. kr. og IT-udgifter (1.50.36) er blevet nedjusteret med 46,3 mio. kr.

Stigningen er i Region Hovedstaden udgør 91 mio.kr. svarende 6,8 pct. Stigningen kan henføres til forskellige årsager, herunder særligt på det decentrale niveau. Et af de opgaveområder, der stiger er indkøbsopgaven. Den grønne omstilling har betydet at særligt indkøb og genanvendelse af affald er blevet nye prioriterede opgaver. Aktiviteten på byggeområdet har også været medvirkende til øgede administrationsudgifter, og omfatter både udgifter til forberedelse af indflytning, planlægning af nye byggerier og forsinkelser på indflytninger på psykiatriområdet i Region Hovedstaden og på de somatiske hospitaler. Hertil kommer insourcing af konsulentopgaver, som en del af den samlede indsats omkring konsulenter. Region Hovedstaden har eksempelvis insourcet

på IT- og medico-området, hvor udviklingsopgaver og databehandling i forbindelse med sundhedsplatformen er håndteret internt. Derudover har regionen anvendt interne konsulenter til HR-relaterede aktiviteter har ligeledes arbejdet fokuseret på at styrke de interne juridiske kompetencer vedrørende entrepriseretlige problemstillinger. Endelig er stigningen stærkt drevet af at en række udgifter forbundet covid-19-indsatsen, herunder på teststeder, coronaudbrudshotline og vaccinationscentre, hvor der har været ansat ledere, kontorassistenter og specialister til at støtte op omkring det kliniske personales arbejde.

Desuden er der en stigning i Region Syddanmark på 72 mio.kr. svarende til 7,6 pct. dele af stigningen knytter sig til politiske prioriteringer vedrørende eksempelvis projekt-og implementeringsstøtte på psykiatriområdet, hvor der er tilført betydelige bevillinger over de senere år. Flytteforberedelse vedrørende det nye OUH medfører også gradvist vækst. Væksten ligger dog altovervejende på decentral administration på sygehusene, fordelt på stort set alle enheder og afdelinger, og er et udtryk for, at sygehusene har prioriteret ansættelse af administrative medarbejdere også på de kliniske afdelinger, som aflastning af det øvrige kliniske personale.

I Region Midtjylland har der været særlige rekrutteringsudfordringer, som medført ledige stillingen i visse stabsfunktioner. Nedgangen i de administrative udgifter på i alt 51 mio.kr. er således ikke et udtryk for en general tendens men en særlig situation i 2021.

Regionerne har generelt arbejdet med initiativer, der kan aflaste det kliniske personale via støttefunktioner. Det handler bl.a. om professionaliseret vagtplanlægning – der medfører at opgaver flytter fra klinisk til administrativt funktioner, *jf. case 2.1 fra Region Sjælland*.

Udvikling i IT-udgifter

Fra 2020 til 2021 er udgifterne til IT steget med 326 mio.kr. svarende til en stigning på 8,9 pct. for hele landet, *jf. tabel 2*.

Omkostningerne til IT forventes at vokse år for år for følge af den generelle digitalisering af sundhedsvæsenet og en øget digitalisering af behandlingsflowet, og i 2021 er området løftet betydeligt. Regionerne har prioriteret at udvikle infrastruktur, ligesom der er nye digitaliserings tiltag som en professionalisering af apoteker systemer, en ny elektronisk patientjournal og nyt billeddiagnostisk system har været medvirkende til øgede udgifter. Der kan desuden peges på den fælles offentlige digitaliseringsstrategi, digitaliseringsstrategien for sundhed og den nye MDR-forordning. Hertil kommer at håndteringen af covid-19 med vaccinationsprogrammet og testindsatsen har stillet krav til nye løsninger og øget digital understøttelse. Det har desuden været øgede udgifter til licensaftaler, insourcing af konsulentopgaver, service og support samt mobilunderstøttelse af administrative medarbejdere.

Regionerne har haft stort fokus på styrkelse af cybersikkerhed, hvilket også har medført øgede udgifter i forhold til 2020. Sundhedssektoren er én af de centrale samfundskritiske sektorer i Danmark, og hvis sundhedssektoren bliver ramt af et cyberangreb, kan det få afgørende betydning for vitale funktioner og samfundets stabilitet. Det er derfor været vurderingen at en styrkelse af området har været væsentlig. Ambitionen

på sigt er, at regionerne skal nå en modenhedsscore på 3,5. Dette er også det anbefalede niveau for samfundskritiske sektorer. Der har derfor i 2021 været en øget indsats på informationsikkerhed, lockning og overvågning, samt blandt andet har krævet nye kontrakter med visse leverandører.

Generelt bemærkes det dog at sammenligninger over tid og mellem regioner er særligt vanskelige på IT-området, hvilket skyldes forskellige i konteringspraksis i forhold til drift og anlæg, samt forskelle i investeringsprofil f.eks. i relation til anskaffelse af EPJ-systemer.

Tabel 2 – IT-udgifter (1.50.36-37) inkl. 4.20.13, mio. kr.

22-PL	2019	2020	2021	Difference fra 2020-2021 (mio. kr.)	Difference fra 2020-2021 (i pct.)
Region Hovedstaden	1.315	1.410	1.476	66	4,7%
Region Midtjylland	695	700	786	85	12,2%
Region Syddanmark	671	687	767	79	11,6%
Region Sjælland	435	451	488	38	8,3%
Region Nordjylland	372	409	466	57	14,0%
Hele landet	3.489	3.657	3.983	326	8,9%

Kilde: Regionale indberetninger.

*Der er konteret 46,3 mio. forkert i regnskabstallene for 2020, hvilket betyder, at tabellen er blevet justeret i forhold til tallene i DST. Administration (1.50.33) er blevet opjusteret med 46,3 mio. kr. og IT-udgifter (1.50.36) er blevet nedjusteret med 46,3 mio. kr.

Aflastning af det kliniske personale

I takt med at det bliver sværere at rekruttere sundhedspersonale har regionerne sat ekstra fokus på, at arbejdsgange og anvendelsen af forskellige faggrupper løbende gentænkes med henblik på at reducere unødvendig administration og anvende administrative kompetencer til at frigøre sundhedspersonalets tid til patienterne. Såvel arbejdsgange for de enkelte faggrupper som samarbejdet på tværs af faggrupper skal løbende gentænkes med henblik på, at opgaverne løses mest hensigtsmæssigt for patienten og for afdelingerne i et ressourcaperspektiv. Det betyder bl.a. at man på hospitalerne arbejder med at gentænke udførelsen af eksempel serviceopgaver såsom rengøring og madservering på de enkelte afdelinger ved at andre faggrupper hjælper med at løse disse opgaver. Tanken er at frigøre tid fra det kliniske personale til mere patientnær kontakt.

Case 2.1. Administrative medarbejdere skal aflaste det kliniske personale, Region Sjælland

I Region Sjælland har man et øget fokus på at benytte administrativt personale til at aflaste det sundhedsfaglige personale, som så har mere tid til den direkte patientbehandling. I den forbindelse er der ansat 4-5 administrative medarbejdere til de medicinske senge- og akutafdelinger på hvert af de fire akutsygehuse.

En af hovedopgaverne for de administrative medarbejdere er at professionalisere vagtplanlægningen på tværs af afdelingerne. Vagtplanlægningen er væsentlig i resourceallokeringen.

Opgaverne omfatter også at bestille patienttransporter, varer til afdelingen, opfølgning på bestilte prøver, undersøgelser og udskrivningsplaner, samt sekretariatsfunktioner som telefonbetjening, borgerkontakt, besvare henvendelser, vedligeholde hjemmeside, HR-opgaver i forhold til stillingsopslag, ansættelser, oprettelse af adgange, introduktionsprogram, administrative- og planlægningsopgaver, som kan aflaste både medarbejdere og ledelsen.

Del 3: Professionalisering og effektivisering af indkøbsområdet

Indkøb er et integreret og fundamentalt element i forsyningskæden i sundhedsvæsenet. Samtidig er det samspillet mellem klinikken og indkøbsafdelingerne, der er med til at sikre indkøb af den nyeste teknologi samt nye og bedre produkter, som understøtter patientbehandling af højeste kvalitet og giver gode vilkår for den kliniske behandling i sundhedssektoren.

Regionerne har et højt modenhedsniveau på indkøbsområdet og har igennem en årrække oparbejdet stor ekspertise i indkøb og udbud på sundhedsområdet. Hver region har professionaliseret deres indkøb i strategiske indkøbsafdelinger, hvor indkøbsopgaverne håndteres af specialiserede og dygtige indkøbere. Dette har skabt øget kvalitet og effektivitet og har samtidig medvirket til at frigive tid hos det kliniske personale.

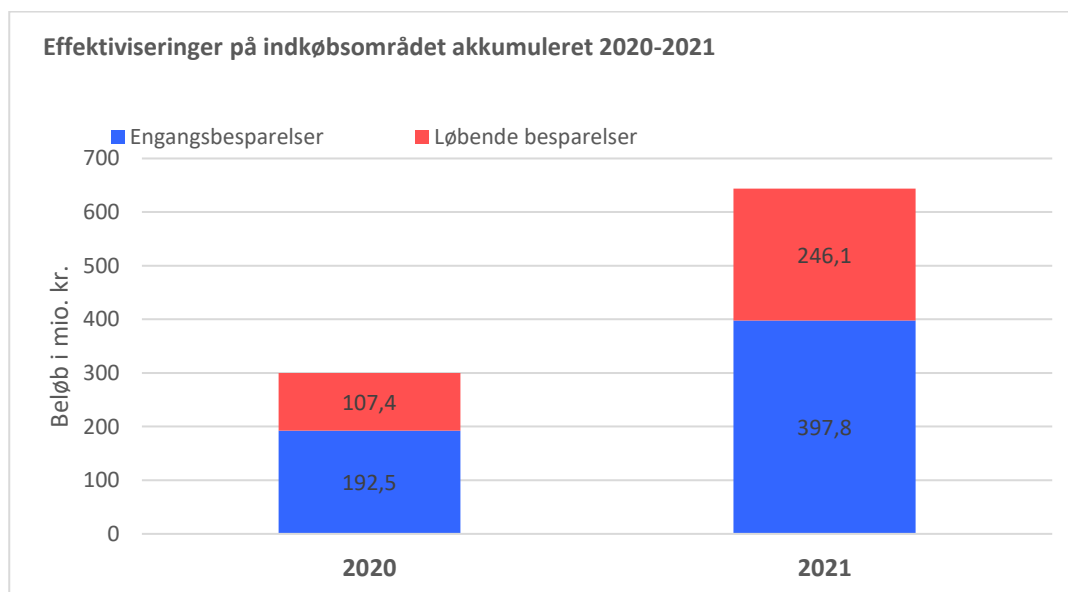
Som beskrevet i sidste års redegørelse, så fortsætter regionerne med udvikling og professionalisering af indkøbsområdet og det regionale indkøbssamarbejde. Således er der i den nye strategiperiode for alvor sat skub på øget standardisering i forhold til kategorisering og kategoristyring, herunder fælles kategoristyring. De kategoriansvarlige indkøbere har ansvar for i fællesskab at udarbejde langsigtede udbudsstrategier for områderne under hensyntagen til bl.a. modning af markedet/innovation, opretholdelse af en konkurrencesituation, forsyningsikkerhed, miljøhensyn, pris og effekt. Desuden vil der i kategoristrategierne indgå en vurdering af, hvorvidt det er mest hensigtsmæssigt at udbyde kategorierne regionsvis eller som fællesudbud.

Der er kategoriansvarlige indkøbere i hver region, men det er således også et arbejde, der er forankret og koordineret tværregionalt, og både indsatsen på indkøbsområdet i hver enkelt region - i kombination med det stærke tværregionale samarbejde - har været med til at sikre fortsat udvikling og effektivisering af indkøbsområdet.

Indkøbsbesparelser som en del af regionernes indkøbsstrategi

Med henblik på fortsat at skabe mere sundhed for pengene har regionerne en ambitiøs målsætning om at hente indkøbsbesparelser for 1 mia. kr. i perioden 2020-2025, akkumuleret svarende til 200 mio. kr. årligt. Indkøbsbesparelserne er med til at begrænse merudgifterne på indkøbsområdet, og er med til at finansiere den generelle og stigende sygehusaktivitet.

Status for regionernes arbejde med realisering af besparelsesmålsætninger viser, at der i 2021 er indhentet effektiviseringer på samlet 344 mio. kr. Heraf er 139 mio. kr. vedvarende effektiviseringer, mens 205 mio.kr. er engangsbesparelser. Engangsbesparelserne i 2021 er bl.a. hentet på større udbud på medicotekniske områder, eksempelvis PET/MR scannere samt større apparatur og IT anskaffelser. Samlet set har regionerne sikret besparelser på over 640 mio. kr. indtil videre i strategiperioden. Det skal i den forbindelse bemærkes, at engangsbesparelserne i væsentlig grad afhænger af, hvorvidt der i de enkelte år skal foretages større udbud og i indkøb på mere komplekse varekategorier.



Kilde: Regionale beregninger af besparelser på indkøb

Trods det flotte resultat er der en række faktorer, der i den kommende tid kan vanskeliggøre realiseringen af besparelser. Det er således en vigtig forudsætning for understøttelsen af kerneforretningen, at regionerne fortsat udvikler sig på indkøbsområdet med henblik på at understøtte et bæredygtigt sundhedsvæsen. Regionerne har derfor også fælles målsætninger om at øge omfanget af værdiskabende indkøb, hvor der er fokus på de totaløkonomiske gevinster ved et produkt og den værdi produktet skaber for klinikken, miljøet eller patienterne, frem for indkøbsprisen.

Et andet stort indsatsområde i strategien er at sikre grønne og bæredygtige indkøb, som væsentligt led i regionernes samlede indsats i forhold til den grønne omstilling. Det indebærer fortsat fokus på at stille grønne krav i udbuddene og dermed medvirke til at modne markedet, udvikling af fælles kravspecifikationer indenfor relevante og modne områder f.eks. emballage, gennemførelse af pilotudbud med fokus på grønne og cirkulære elementer samt fremme af innovative løsninger. Den grønne omstilling på indkøbsområdet er et udviklingsområde hos både de offentlige ordregivere og de private leverandører, og omstillingen vil koste ressourcer og kræve investeringer fremadrettet.

Endelig har Covid-19 krisen betydet et helt nyt fokus på forsyningssikkerhed. Forsyningssikkerhed rummer en række aspekter såsom flerleverandørstrategier, indenlandsk produktion, opbygning af lagerkapacitet på udvalgte kritiske varer, samt et øget samarbejde med erhvervslivet i forhold til de mest forsyningskritiske varer, sikring af vareflow m.v. Det er i høj grad aspekter der medvirker til at drive udgifter.

Håndteringen af Covid-19 har været altoverskyggende på indkøbsområdet i de seneste to år og krisen har determineret prioriteringen i regionernes indkøbsafdelinger. Regionernes primære fokus har naturligvis været at sikre indkøb af værnemidler, test og kritisk udstyr til håndtering af Covid-19 udfordringen. Dette har lagt beslag på en stor del af indkøbsafdelingernes ressourcer, og samtidig har det været vanskeligt for hospitalerne at frigive tid hos det kliniske personale til at give fagligt input i udbudsforberedelsen. Det har betydet, at en del udbud er blevet udskudt. Der er således også i indkøbsafdelingerne en pukkel der skal afvikles i de kommende år. Samtidig har mulighederne for at foretage markedsafdækning og –dialog ligeledes været vanskeligt under Covid19-krisen, og på en række områder vurderes det, at udbud på grund af uroen på verdensmarkedet fortsat vil medføre højere priser.

Regionerne ser generelt ind i et marked med stigende priser på bl.a. energiområdet, transport, råvare og fødevarer. Eksempelvis bruger regionerne nettoprisindekset til at prisregulere de indgående kontrakter, og i løbet af 2021 har prisstigningerne nået næsten 5 procent (nettoprisindekset var i februar 2021 på 104,4 og 109,5 i februar 2022). Så selvom regionerne har hentet flotte besparelser i 2021, så forventes de nødvendige udviklings- og fokusområder på indkøbsområdet samt inflationen og de stigende priser, at få betydning for regionernes mulighed for at hente besparelser fremadrettet. En udvikling som i øvrigt vil blive forstærket af den aktuelle Rusland/Ukraine krise.