



07-09-2017

MDR-2017-00155

Maren Munk-Madsen

Til medlemmerne af
Danske Regioners bestyrelse
m.fl.

Åben

Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den
14. september 2017 kl. 10.30

Deltagere: Bent Hansen, Stephanie Lose, Jens Stenbæk, Sophie Hæstorp
Andersen, Ulla Astman, Leila Lindén, Poul-Erik Svendsen,
Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Per Larsen, Lise Müller,
Henrik Thorup, Lone Langballe, Anne V. Kristensen, Jess V.
Laursen, Martin Geertsen, Susanne Langer

Afbud:

Mødested: Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Fortrolig)	4
3 (Fortrolig)	4
4 (Fortrolig)	4
5 (Fortrolig)	4
6 (Fortrolig)	4
7 (Fortrolig)	4
8 (Fortrolig)	4
9 (Fortrolig)	4
10 (Fortrolig).....	4
11 (Fortrolig).....	5
12 (Offentlig) Formandens meddelelser	6
13 (Offentlig) Godkendelse af åbent referat af møde den 24. august 2017 i Danske Regioners bestyrelse	7
14 (Offentlig) Høringssvar om lov om frikommunenetværk .8	
15 (Offentlig) Sammenhængsreformen	10
16 (Offentlig) Status for Borgernes Sundhedsvæsen	13
17 (Offentlig) Energiaftale med staten og revision af energimærkeordningen	16
18 (Offentlig) Næste møde	19
19 (Offentlig) Eventuelt	20

1 (Fortrolig)

2 (Fortrolig)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Fortrolig)

7 (Fortrolig)

8 (Fortrolig)

9 (Fortrolig)

10 (Fortrolig)

11 (Fortrolig)

12 (Offentlig) Formandens meddelelser

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

13 (Offentlig) Godkendelse af åbent referat af møde den 24. august 2017 i Danske Regioners bestyrelse

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen godkender referatet.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Åbent referat af møde den 24. august 2017 i Danske Regioners bestyrelse
(1080483 - EMN-2017-01845)

14 (Offentlig) Høringssvar om lov om frikommunenetværk

Maren Munk-Madsen

Resumé

Økonomi- og Indenrigsministeriet har fremsendt udkast til lov om ændring af lov om frikommunenetværk i høring. Med lovforslaget ønskes rammerne for frikommunenetværk udvidet på specifikke områder. Lovforslaget omhandler bl.a. kommunalt samarbejde på akutområdet, som indirekte kan berøre regionerne.

Danske Regioner tilslutter sig i høringssvaret generelt tankegangen bag frikommuneforsøg. Friere rammer i kommuner kan give praktiske erfaringer med løsninger på sundhedsområdet.

Danske Regioner har fremsendt høringssvar den 21. august 2017 med forbehold for bestyrelsens godkendelse.

Indstilling

Det indstilles,

at bestyrelsen godkender høringssvar vedrørende ændring af lov om frikommunenetværk.

Sagsfremstilling

Baggrund

Økonomi- og Indenrigsministeriet har den 4. juli 2017 sendt udkast til lov om ændring af lov om frikommunenetværk i høring.

Baggrunden for lovændringen er, at regeringen og KL har indgået en aftale om, at kommuner i 2016-2020 kan gennemføre forsøg, hvor de kan få hjemmel til at blive fritaget for dele af gældende lovgivning. Forsøgene sker i otte frikommunenetværk, som er nedsat under forskellige temaer. Der er fx to netværk under temaet "Sundhed og ældre".

De generelle rammer for frikommunenetværk og deres forsøg blev etableret med lov om frikommunenetværk, som trådte i kraft den 1 juli 2017. Disse rammer ønskes med lovforslaget udvidet på specifikke områder.

Lovforslaget indeholder bestemmelser, der giver kommuner i frikommunenetværk mulighed for at gennemføre forsøg inden for følgende ministerområder:

- Beskæftigelsesministeriet
- Transport-, Bygnings- og Boligministeriet

- Sundheds- og Ældreministeriet
- Undervisningsministeriet

I høringsvaret tilslutter Danske Regioner sig generelt tankegangen bag frikommuneforsøget, som kan give praktiske erfaringer med løsninger på sundhedsområdet.

Med lovforslaget får kommunerne udvidet mulighed for at samarbejde om akutfunktioner, som er en del af hjemmesygeplejen.

I høringssvaret bemærkes, at man i forsøg med fælles kommunale akutfunktioner bør sikre en klar placering af ansvaret for koordinering og samarbejde med resten af sundhedsvæsnet, og at dette bør indgå i evalueringen af forsøg.

Lovforslaget giver også kommunale akutfunktioner mulighed for at oplagre og udlevere medicin. Danske Regioner tilslutter sig forsøget, som kan sikre hurtigere iværksættelse af akutbehandling af borgere – og dermed potentielt føre til færre hospitalsindlæggelser.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af lov om frikommunenetværk (1078654 - EMN-2017-03623)

15 (Offentlig) Sammenhængsreformen

Maren Munk-Madsen

Resumé

I april 2017 præsenterede regeringen en sammenhængsreform, som bygger på fire overordnede spor og en række konkrete initiativer. Bestyrelsen blev orienteret om indholdet i udspillet på sit møde den 20. april 2017.

En række af sammenhængsreformens initiativer igangsættes hen over efteråret 2017.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Regeringens sammenhængsreform bygger på sporene:

1. Mere tid til kerneopgaven
2. Bedre velfærd på tværs af sektorerne
3. En mere tidssvarende offentlig sektor
4. Bedre ledelse.

Regeringen har allerede igangsat flere initiativer under spor 1 og planlægger at igangsætte flere i den kommende tid.

Kulegravning af velfærdsområder

Regeringen har varslet igangsættelsen af en større kulegravning af blandt andet regler, arbejdstilrettelæggelse og bureaukrati på forskellige velfærdsområder. I første omgang gennemføres kulegravningen på dagtilbudsområdet og ældreområdet i kommunerne.

Derudover har innovationsminister Sophie Løhde igangsat en Danmarksturné, hvor hun besøger samtlige regioner og kommuner frem mod årsskiftet. I den forbindelse har regionerne mulighed for at komme med input, som kan indgå i kulegravningen. Regionerne forventes også at blive inddraget i forbindelse med styringseftersynet på sundhedsområdet.

Udfordringsret og regelforenkling – ”Meld en regel-kampagne”

Regeringen har tilkendegivet, at man ønsker at genindføre en udfordringsret, hvor ansatte, borgere, private og organisationer får mulighed for at udfordre eksisterende regler og lovgivning. Udfordringsretten udvides i forhold til

tidligere, idet retten også giver mulighed for at komme med forslag, der kræver ny lovgivning.

Forslagene indsamles blandt andet ved, at samtlige ministerier opretter postkasser på deres hjemmesider, hvor blandt andet borgere og ansatte kan melde forslag ind. Regeringen planlægger at gennemføre en kampagne "*meld en regel*" fra september 2017 til 1. januar 2018, som skal skabe opmærksomhed omkring initiativet.

Digitaliseringsklar lovgivning

Et andet af regeringens initiativer er en målsætning om at gøre ny (og eksisterende) lovgivning digitaliseringsklar. Det betyder blandt andet, at en større del af lovgivningen skal kunne administreres digitalt, så der sikres hurtigere sagsbehandling.

Frikommuneforsøg og friinstitutioner

Siden 2012 har kommunerne haft mulighed for at ansøge om at blive *frikommune*. Det betyder, at kommunen i en forsøgsperiode fritages for nærmere afgrænset lovgivning og regulering. Denne mulighed viderefører regeringen, ligesom der lægges op til også at give en lignende mulighed for fritagelse af en række bindinger til enkelte institutioner. Den konkrete udformning af initiativet vedrørende friinstitutioner er endnu ikke fastlagt.

Social Investment Bonds

Der er ligeledes planer om at igangsætte en række andre initiativer, herunder fx at anvende såkaldte Social Investment Bonds (SIB's) i løsningen af særlige, komplekse og omkostningstunge offentlige opgaver.

Kort beskrevet er SIB's en helt ny måde, hvorpå det offentlige kan samarbejde med private aktører. Det sker blandt andet ved, at den endelige finansiering knyttes op på, om en given opgave løses. Man kender fx SIB's fra Sverige, hvor man har arbejdet med at reducere risikoen for, at børn, der allerede har været i plejefamilie, får brug for yderligere pleje og til at forbedre børnenes faglige kvalifikationer.

Ledelseskommisionen

Under sporet *bedre ledelse* er der nedsat en Ledelseskommision med tidligere Falck-direktør Allan Søgaard Larsen som formand. Kommisionen ventes at komme med anbefalinger om god offentlig ledelse omkring årsskiftet 2017/2018. Danske Regioner følger dette arbejde i en følgegruppe.

Organisering og inddragelse

Organisatorisk er reformarbejdet forankret under innovationsministeren. Samtidig er der nedsat tre udfordringspaneler under ledelse af Claus Juul. Formålet med disse paneler er at komme med nye perspektiver på, hvordan

regeringen kan arbejde med sammenhængsreformens fire spor.
Udfordringspanelerne forventes at afrapportere ved årsskiftet 2017/2018.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

16 (Offentlig) Status for Borgernes Sundhedsvæsen

Maren Munk-Madsen

Resumé

Borgernes Sundhedsvæsen har som kulturforandringsprojekt sat aftryk i sundhedsvæsenet. Initiativerne afspejles i såvel regionale indsatser, fælles projekter mellem Danske Regioner og organisationerne som i nationale indsatser. Dagsordenen er fortsat fastholdt i Danske Regioners vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen, Sundhed for Alle.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Baggrund

Bestyrelsen har i den indeværende periode sat en dagsorden under overskriften "Borgernes Sundhedsvæsen". Rammen blev sat i april 2015 med en [fælles erklæring](#) hvor regionerne, Danske Regioner og en række organisationer i sundhedsvæsenet gav hinanden håndslag på at arbejde for en kultur i sundhedsvæsenet, hvor borgernes viden, behov og præferencer anerkendes og sættes i centrum for behandling, forløb og organisering.

Bag erklæringen står regionerne, Danske Regioner, Danske Patienter, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger, KL, Danske Lægeseekretærer, Jordemoderforeningen, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Bioanalytikere og Radiograf Rådet.

I Danske Regioners opfølgende "[Plan for Borgernes Sundhedsvæsen](#)" fra 2015 blev en række indsatsområder for den resterende del af bestyrelsesperioden beskrevet. Der er arbejdet med disse indsatsområder dels i de enkelte regioner og dels i regi af Danske Regioner, der bl.a. har faciliteret en række partnerskabsprojekter i samarbejde med organisationerne.

Partnerskabsprojekter

Via en række partnerskabsprojekter er der samarbejdet på tværs i sundhedsvæsenet for at finde nye måder at gribe bl.a. patientforløb an. Partnerskabsprojekterne har fokuseret på patientrapporterede oplysninger, beslutningsstøtteværktøjer, brugerinddragelse som element i de sundhedsfaglige uddannelser mv. Ofte har projekterne været afsæt for

yderligere tiltag. Forud for den politiske aftale om den patientansvarlige læge er fx gået et arbejde i et partnerskabsprojekt i regi af Borgernes Sundhedsvæsen. I øjeblikket følger en partnerskabsgruppe bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, DSR, KL og PLO seks forskellige indsatser for at skabe mere helhedsorienterede patientforløb. Arbejdet skal munde ud i anbefalinger til det fremadrettede arbejde.

Der har også været iværksat to modelprojekter, hvor vi i fællesskab med en række organisationer ser på muligheder for at skabe bedre sammenhæng omkring henholdsvis patienters sidste levetid og børn og unge med spiseforstyrrelser. Projekterne er beskrevet nærmere i magasinet "Borgernes Sundhedsvæsen – en kultur i forandring", som også giver et bredere blik på udviklingen i kulturen. Magasinet vil blive uddelt på bestyrelsesmødet.

Øvrige indsatser

Danske Regioner har derudover også sat fokus på dagsordenen via arrangementer og initiativer, herunder:

- Sygehusledelseskonferencen 2016 (gentages i november 2017),
- Konferencen [Hvem Hvad Hvor – Borgernes forventninger og adfærd i sundhedsvæsenet 2017](#)
- Politisk møde 2016 mellem parterne i Borgernes Sundhedsvæsen
- Magasiner: [Borgernes Sundhedsvæsen 2016](#), Borgernes Sundhedsvæsen – en kultur i forandring, [De nominerede til Årets Borgerinddragende Initiativ](#), et indstik i Magasinet Helse 2016, publikation om [Tidstro Feedback](#)
- En kort [film](#) om Borgernes Sundhedsvæsen
- Uddeling af Årets Borgerinddragende Initiativ [2016](#), [2017](#)
- Diverse oplæg rundt i landet om Borgernes Sundhedsvæsen

Der er endvidere holdt en række workshops og konferencer i regi af Borgernes Sundhedsvæsen.

Erfaringerne

Borgernes Sundhedsvæsen er ikke en implementeringsplan, men et kulturforandringsprojekt og med en række indsatser og dagsordenssættende initiativer har projektet fungeret som en fællesregional ramme for en udvikling, der præger sundhedsvæsenet.

Kulturforandringer skabes ikke over tre år, men projektets vision spiller i dag ind i en række tiltag, der vil trække tråde langt frem i tiden. Foruden de tiltag, der er sat i gang med fx patientansvarlig læge, helhedsorienterede patientforløb, brugen af PRO, tidstro feedback og arbejdet med værdibaseret sundhed, gælder det også regeringstiltag som bl.a. arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og sammenhængsreformen, hvor sammenhæng for patienten er et centralt fokuspunkt. Visionen lever også videre som en central værdi i [Sundhed for Alle](#) og [Sundhed for Livet](#).

Projektet har en række læringspunkter i forhold til samarbejdsformen, som vil blive inddraget i det videre arbejde. Der er stor opbakning til selve dagsordenen. Men samarbejdsformen, som forudsætter et ejerskab til projektet, der er bredere forankret end det regionale, har vist sig at være en svær konstruktion, både i forhold til inddragelsen af samarbejdsparter og forventningsafstemningen. Dette understøttes bl.a. af en rundspørge blandt parterne i Borgernes Sundhedsvæsen.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Materialet bag de aktive links kan findes på Danske Regioners hjemmeside:
www.regioner.dk

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Borgernes Sundhedsvæsen - en kultur i forandring (1080298 - EMN-2017-01912)

17 (Offentlig) Energiaftale med staten og revision af energimærkeordningen

Maren Munk-Madsen

Resumé

Klima-, Energi- og Bygningsministeriet henvendte sig i 2014 til Danske Regioner om indgåelse af en ny frivillig energiaftale med regionerne om energieffektivisering af bygninger til erstatning af den gamle aftale fra 2009. Danske Regioners forudsætning for at indgå en ny aftale var et større økonomisk råderum til at afholde udgifter til gennemførelse af energibesparende foranstaltninger. Da ministeriet ikke kunne sikre dette, afviste Danske Regioner at indgå en ny aftale.

Samtidig blev det besluttet at fortsætte drøftelserne om revision af energimærkeordningen for at sikre, at ordningen i højere grad understøtter de offentlige myndigheders arbejde med vedligeholdelse og med energieffektivisering af bygninger, samt for at sikre, at energiforbrug til aktiviteter på hospitalerne (procesenergi) i højere grad kan indgå i energimærket.

Indstilling

Det indstilles,
at bestyrelsen tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Ny energiaftale

Klima-, Energi- og Bygningsministeriet henvendte sig den 2. marts 2014 til Danske Regioner om indgåelse af en ny frivillig energiaftale med regionerne om energieffektivisering af bygninger, som ejes eller benyttes af regionerne. Den nye aftale skulle afløse den gamle energiaftale fra 2009.

Energistyrelsens oplæg til en ny aftale var:

- At regionerne tilkendegiver målsætninger/hensigter/planer om at gennemføre energibesparelser i bygninger, som ejes/benyttes af regionerne.
- At regeringen giver udtryk for at understøtte indsatsen i regionerne med konkrete tiltag.
- At der udarbejdes en fælles handlingsplan for samarbejdet mellem Danske Regioner og Ministeriet for Klima-, Energi og bygninger om gennemførelse af energibesparelser i regionerne.

Bestyrelsen drøftede sagen på sit møde den 8. oktober 2015, hvor en forudsætning for indgåelse af en ny energiaftale var, at Energi-, Forsynings- og Klimaministeriet, som led i en ny energiaftale, sikrer regionerne forbedrede muligheder for at afholde udgifter til energiforbedringer. Det blev besluttet, at Danske Regioner indledte forhandlinger om en ny energiaftale med udgangspunkt i, at de enkelte regioner selv dels fastsætter mål for reduktionen af deres energiforbrug frem til 2020, og dels vedtager energieffektivitetsplaner, som beskriver de tiltag, der skal gennemføres for at nå de fastsatte mål. En endelig aftale skulle forelægges bestyrelsen til godkendelse.

Energi-, Forsynings- og Klimaministeriet meddelte 23. juni 2016, at ministeriet ikke, som led i drøftelser om en energiaftale, kan sikre regionerne et større økonomisk råderum til gennemførelse af energibesparende foranstaltninger end det, der kommer ud af de årlige økonomiforhandlinger om regionernes økonomi. Energistyrelsen foreslog samtidig, at drøftelserne om revision af energimærkeordningen videreføres.

Danske Regioner meddelte på den baggrund, at man ikke ser nogle fordele ved at indgå en ny energiaftale på nuværende tidspunkt, da det vil være vanskeligt for regionerne at afholde yderligere udgifter til energibesparende tiltag inden for de snævre økonomiske rammer, som følger af anlægsloftet. Danske Regioner meddelte samtidig, at man anser den gamle energiaftale fra 2009 for ikke mere at være gældende. Danske Regioner meddelte desuden, at vi er interesserede i at fortsætte drøftelserne med Energistyrelsen om revision af energimærkeordningen.

KL har tilsvarende besluttet ikke at indgå en ny energiaftale med Energi-, Forsynings- og Klimaministeriet.

Revision af energimærkeordningen

Danske Regioner deltager i et projekt under Energistyrelsen om revision af energimærkeordningen. Målsætningen med arbejdet er:

- At sikre, at energimærkeordningen understøtter de offentlige myndigheders arbejde med vedligeholdelse og energieffektivisering, herunder energireovering.
- At komme med anbefalinger til, hvordan energimærkeordningen bedre kan tilpasses indsatsen for energieffektiviseringer af bygninger med et stort procesenergiforbrug
- At udarbejde anbefalinger til, hvordan energikonsulenternes arbejde i forbindelse med energimærkeordningen kan bruges mere effektivt i forhold til vedligeholdelse af de offentlige myndigheders bygninger.

Forlængelse af energimærkets gyldighed til 10 år

Energistyrelsen har foreslået ændring af bekendtgørelsen om energimærkning af bygninger, så energimærkerne får en gyldighed på 10 år, hvor nogle energimærker i dag kun har en gyldighed på 7 år. Det vil betyde, at regionerne kun i begrænset omfang skal forny energimærker i 2018.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

18 (Offentlig) Næste møde

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,

at næste møde holdes torsdag den 12. oktober 2017 kl. 10.30 – 14.00 i

Regionernes Hus.

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

19 (Offentlig) Eventuelt

Maren Munk-Madsen

Resumé

-

Indstilling

-

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Bilag Titel:	Åbent referat af møde den 24. august 2017 i Danske Regioners bestyrelse
Dagsordens titel	Godkendelse af åbent referat af møde den 24. august 2017 i Danske Regioners bestyrelse
Dagsordenspunkt nr	13
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Medlemmerne af Danske Regioners
bestyrelse 2014-2018
m.fl.

31-08-2017

EMN-2017-01845

1078053

Maren Munk-Madsen

Åbent referat af møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 24. august 2017 kl. 10.30

- Deltagere:** Bent Hansen, Stephanie Lose, Jens Stenbæk, Sophie Hæstorp Andersen, Poul-Erik Svendsen, Per Larsen, Henrik Thorup, Anne V. Kristensen, Jess V. Laursen, Martin Geertsen
- Afbud:** Ulla Astman, Lone Langballe, Susanne Langer, Leila Lindén, Susanne Lundvald, Charlotte Fischer, Lise Müller
- Regionsdirektører:** Hjalte Aaberg, Jacob Steengaard Madsen, Jane Kraglund, Per Bennetsen
- Deltagere fra sekretariatet:** Adam Wolf, Signe Friberg Nielsen, Erik Jylling, Rikke M. Friis, Tommy Kjelsgaard, Katrine Tang, Nanna Skau Fischer, Niels Ditlev Preisler, Trine Friis (referent)

Pkt. 16 Formandens meddelelser

Maksimale ventetider på kræftområdet

Formanden orienterede om den seneste tids presse om området, og konstaterede opbakning til Danske Regioners linje i pressemeddelelse, der udsendes efter bestyrelsesmødet.

Kommissorium for et styringseftersyn

Formanden orienterede om det kommissorium for styringseftersynet, som regeringen offentliggjorde den 27. juni 2017.

På bestyrelsesmødet den 14. september 2017 vil bestyrelsen få mulighed for at drøfte styring.

Efteruddannelse af speciallæger

Formanden orienterede om, at bestyrelsen vil få mulighed for at drøfte efteruddannelse af speciallæger på bestyrelsesmødet den 14. september 2017.

Ny opgave til regionerne

Formanden orienterede om, at regeringen forventes at foreslå, at kompetencen til at tillade anvendelse af forurenede arealer flyttes fra kommunerne til regionerne.

Borgernes Sundhedsvæsen

Formanden orienterede om, at der i regi af Borgernes Sundhedsvæsen afholdes en konference den 1. september 2017 med fokus på borgernes forventninger og adfærd i fremtidens sundhedsvæsen.

Program for konferencen blev omdelt.

Ferielovsudvalget

Formanden orienterede om, at Ferielovsudvalget har afleveret en betænkning til regeringen, hvor der lægges op til en ny ferieordning med samtidighedsferie.

Aflysning af bestyrelsens møde den 16. november 2017

Formanden orienterede om, at bestyrelsesmødet den 16. november 2017 aflyses.

Pkt. 17 Godkendelse af åbent referat af møde den 15. juni 2017 i Danske Regioners bestyrelse

Bestyrelsen godkendte referatet.

Pkt. 18 Assisteret reproduktion i speciallægepraksis

Bestyrelsen godkendte, at der fastlægges samme serviceniveau for assisteret reproduktion i speciallægepraksis, som er gældende for sygehusene, jfr. § 1a i lov om assisteret reproduktion.

Resumé

Der har været rejst tvivl om lovgivningen vedrørende assisteret reproduktion i speciallægepraksis. Sundheds- og Ældreministeriet har i den forbindelse oplyst, at regionerne kan aftale et serviceniveau i speciallægepraksis, som dog ikke må ligge under det serviceniveau, som er gældende for sygehusene. Det anbefales derfor, at der fastlægges et serviceniveau svarende til serviceniveauet på sygehusene.

Pkt. 19 Aftale med Rigspolitiet om lægelige ydelser herunder blodprøvetagning

Bestyrelsen godkendte aftale med Rigspolitiet om lægelige ydelser, herunder blodprøvetagning.

Resumé

Rigspolitiet og regionerne har fået hjemmel til at indgå aftale om, at politiet kan benytte hospitalernes personale til at foretage blodprøvetagning af spiritusblister. Aftalen vil betyde, at politiet afregner med regionen frem for at afregne med den enkelte læge.

Pkt. 20 Høring vedrørende forslag til lov om databeskyttelse (supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne)

Bestyrelsen godkendte høringssvar om forslag til databeskyttelseslov.

Resumé

Justitsministeriet har sendt forslag til databeskyttelseslov i høring som led i forberedelserne til EU-forordningen om databeskyttelse, der træder i kraft den 25. maj 2018. Databeskyttelsesloven regulerer sammen med EU-forordningen principperne for adgangen til persondata og afløser den gældende persondatalov. For regionerne har balancen mellem hensynet til den enkeltes privatliv og muligheden for at bruge data til udvikling og drift af sundhedsvæsenet stor be-

tydning. Forordningen og lovforslaget læner sig op ad den eksisterende lovgivning, men lægger også op til nyskabelser blandt andet i forhold til at kunne anvende data indsamlet til forskning direkte i patientbehandlingen.

Pkt. 21 Høring vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven (udvidelse af perioden for drift af regionsklinik samt forenklet overdragelse af ydernumre)

Bestyrelsen godkendte høringssvar vedrørende forslag til lov om ændring af sundhedsloven.

Resumé

Regeringens lægedækningsudvalg præsenterede i januar 2017 udvalgets anbefalinger. Regeringen og alle Folketingets partier har efterfølgende indgået en politisk aftale, som følger op på flere af udvalgets anbefalinger.

To anbefalinger kræver en ændring af sundhedsloven. Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven er derfor sendt i høring hos Danske Regioner.

Høringssvaret er fremsendt den 14. august 2017 med forbehold for politisk godkendelse.

Pkt. 22 Høring vedrørende forslag til lov om forsøgsordning med medicinsk cannabis

Bestyrelsen godkendte høringssvar over forslag til lov om forsøgsordning med medicinsk cannabis.

Resumé

Sundheds- og Ældreministeriet har fremsendt høring over lovforslag til forsøgsordning med medicinsk cannabis. Med lovforslaget implementeres den politiske aftale, som blev indgået i Folketinget i efteråret 2016. Formålet med forsøgsordningen er at sikre, at personer med bestemte behandlingsindikationer kan behandles med medicinsk cannabis ordineret af en læge, fremfor at de skal medicinere sig selv med ulovlige produkter.

Der mangler imidlertid viden om bl.a. dosis, effekt og bivirkninger. Danske Regioner forslår derfor i sit høringssvar, at der iværksættes et protokolleret klinisk forsøg med de patienter, der indgår i forsøgsordningen. Herudover foreslås det, at det alene er speciallæger inden for de relevante specialer, som kan ordinere produkterne.

Danske Regioner har fremsendt hørings svar den 11. august 2017 med forbehold for politisk behandling.

Pkt. 23 Evaluering af Folkemødet 2017 og bevilling til 2018

Bestyrelsen evaluerede dette års folkemøde.

Bestyrelsen besluttede, at der fra bestyrelsens pulje i 2018 bevilges 350.000 kr. til næste års aktiviteter på Folkemødet samt 200.000 kr. til sponsorering af Folkemødet.

Resumé

Det 7. folkemøde fandt sted den 15.-18. juni 2017. Danske Regioner stod for et aktivt debattelt, hvor den store LEGO-event torsdag "Kan man bygge et hospital på en dag?" gav en helt ny form for liv i teltet. De øvrige 19 debatter strakte sig over en bred vifte af regionernes ansvarsområder, og gav et afvekslende og spændende program. Borgere, regionspolitikere, ministre, MF'ere, interesseorganisationer, skoleelever, erhvervslivet og mange flere deltog undervejs. For at fastholde et naturligt samlingspunkt og sikre regionernes synlighed på Folkemødet foreslås det, at fortsætte efter samme grundlæggende format næste år.

Pkt. 24 Status på indkøbsområdet 2016

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Overordnet vurderes det, at der er god fremdrift på indkøbsområdet, hvor der fortsat opnås vigtige resultater. Der er dog tale om ambitiøse målsætninger, og flere områder vil kræve fortsat øget fokus i det kommende år.

Samarbejdet har taget udgangspunkt i at høste de laveste frugter først, og det bliver formentlig mere komplekst fremover. En fastholdelse af fremdriften fordrer derfor øget samarbejde og mere strategisk tilgang til udvælgelse af fælles udbudsområder, hvilket kan føre til øget specialisering mellem regionerne.

I ØA18 blev det bl.a. aftalt at styrke det tværoffentlige samarbejde, herunder at lave flere tværoffentlige indkøb samt at se på regionalt medejerskab af SKI (Staten og Kommunernes Indkøbsservice). Det indgår desuden i ØA18, at regionerne fremadrettet skal afrapportere årligt på besparelses målet samt fremdriften i implementeringsplanerne for indkøb af tjenesteydelser.

Pkt. 25 Anvendelse af Fælles Medicinkort i 2. kvartal 2017

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Bestyrelsen bad på mødet den 15. december 2016 om at modtage kvartalsvise monitoreringer af anvendelsen af Fælles Medicinkort i de fem regioner opgjort på henholdsvis indlagte og ambulante patienter.

Nærværende opgørelse er den anden kvartalsvise afrapportering, og viser en gennemsnitlig regional anvendelsesprocent på indlagte patienter på 74 procent og ambulante patienter på 60 procent i 2. kvartal 2017.

Målsætningen er, at regionerne skal opnå 90 procents anvendelse af Fælles Medicinkort for både indlagte og ambulante patienter med udgangen af 2017.

Pkt. 26 Forenklingsudvalg på erhvervsfremmeområdet

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Regeringen har nedsat et forenklingsudvalg, der skal udarbejde en konkret model for den fremtidige erhvervsfremmeindsats. Danske Regioners fem forslag til et fokuseret, forenklet og forbedret erhvervsfremmesystem vil være grundlaget for Danske Regioners bidrag til udvalgets arbejde.

Pkt. 27 Regionernes arbejde med jordforurening i 2016

Bestyrelsen tog redegørelsen om regionernes arbejde med jordforurening "I bund og grund" for 2016 til efterretning.

Resumé

Regionerne har udarbejdet en samlet redegørelse for indsatsen mod jordforurening i 2016. Der blev brugt 424 mio. kr. Heraf gik ca. halvdelen til fortsat at sikre rent grundvand som grundlag for vores vandforsyning. Screeningen af forureninger, der alene truer overfladevand, er nu mere end halvvejs gennemført. Regionerne har fortsat fokus på udvikling af nye metoder, der sigter på bedre og billigere løsninger og på at skabe vækst og nye arbejdspladser.

Pkt. 28 Generelle orienteringer

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning.

Resumé

Følgende emner er til orientering:

- Rigsrevisionens forundersøgelse af ulighed i behandling på hospitalerne

- Partnerskabsaftale om nationalt partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg 2017- 2020
- NemID app til mobile enheder
- Implementering af information om nye patientrettigheder
- Børns rettigheder i psykiatrien

Pkt. 29 Næste møde

Næste møde afholdes torsdag den 14. september 2017, kl. 10.30 – 14.00 i Regionernes Hus.

Pkt. 30 Eventuelt

-

Bilag Titel:	Høringssvar vedr. forslag til lov om ændring af lov om frikommunenetværk
Dagsordens titel	Høringssvar om lov om frikommunenetværk
Dagsordenspunkt nr	14
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



Økonomi- og Indenrigsministeriet
Slotsholmen 10
1060 København K
frikommuner@oim.dk
Att: Magnus Jarl Brunés

21-08-2017
EMN-2017-03623
1076222
Jonas Melhim With

Svar på høring over udkast til lov om ændring af lov om frikommunenetværk

Danske Regioner har den 4. juli 2017 modtaget høring over udkast til lov om ændring af lov om frikommunenetværk. Regionernes høringsvar fremsendes med forbehold for bestyrelsens drøftelse.

Høringssvaret er opdelt i generelle og specifikke bemærkninger.

Generelle bemærkninger

Regionerne er generelt positive over for formålet med frikommunenetværk. Regionerne mener, at friere rammer til forsøg i kommuner – såvel som regioner – kan give praktiske erfaringer og ny viden, som kan bidrage til regelforenkling, bedre ressourceudnyttelse og kvalitetsløft til gavn for borgerne.

Specifikke bemærkninger

Regionerne har specifikke bemærkninger til følgende to ændringer under kapitel 6 a i lovforslaget:

- § 27 a. Kommunalbestyrelsen i en frikommune i frikommunenetværket om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde kan delegere ansvaret for tildeling af hjemmesygepleje efter lægehenvielse, jf. § 138 i sundhedsloven, som udføres i den fælles kommunale akutfunktion, til de øvrige kommunalbestyrelser i netværket.
- § 27 b. Sundhedsministeren kan godkende frikommuneforsøg i frikommunenetværket om nye samarbejdsformer på det somatiske akutområde, der fraviger reglerne i lægemiddelovens § 39, stk. 1, for så vidt angår oplagring og udlevering af lægemidler

Bemærkninger til § 27 a.

Regionerne er positive over for formålet med §27 a. Formålet antages at være bedre kvalitet og ressourcudnyttelse i tildelingen af hjemmesygepleje efter § 138 ved at denne foretages af den relevante medarbejder i den fælles kommunale akutfunktion - uanset hvilken kommune medarbejderen er ansat i.

Regionerne iagttager samtidig en risiko for en uklar ansvarsplacering ved uddelegering af ansvar mellem kommuner og mener, at der bør tages hensyn til dette ved tilrettelæggelsen og evaluering af forsøg.

Regionerne mener, at frikommunenetværk i tilrettelæggelsen af forsøg bør være opmærksom på at sikre, at uddelegering af ansvar mellem kommuner ikke skaber usikkerhed om, hvilken kommune, eller organisatoriske enhed (fx fælles kommunal akutfunktion), som er ansvarlig for koordineringen af patientforløb og øvrigt samarbejde med sygehuse, almen praksis og andre dele af sundhedsvæsenet.

Ovenstående hensyn skal ses i lyset af, at hjemmesygepleje typisk tildeles ældre og borgere med kronisk sygdom. Særligt hos disse grupper er koordineringen mellem sygehuse, almen praksis og kommuner vigtig for at sikre gode og sammenhængende patientforløb. Det fremgår blandt andet af anbefalingerne fra "Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen", hvor kommuner, regioner og stat er repræsenteret.

Regionerne mener endvidere, at hensynet til et klart og entydigt ansvar for samarbejde med andre af dele sundhedsvæsenet bør være afspejlet i evalueringen af forsøg under § 27a. Relevante sygehuse og praktiserende læger bør inddrages i evalueringen.

Bemærkninger til § 27 b.

Regionerne er positive over for forsøg med, at kommunale somatiske akutfunktioner kan opbevare og udlevere medicin til patienter.

Regionerne deler opfattelsen af, at adgang til at opbevare og uddele medicin kan give de kommunale akutfunktioner mulighed for hurtigere iværksættelse af behandling til gavn for patienterne. Hurtigere behandling vurderes i tilfælde at kunne forhindre indlæggelse på sygehuset til gavn for sundhedsvæsenets samlede økonomi.

Regionerne er ligeledes enig i de begrænsninger for forsøgene, som beskrives i bemærkningerne til 27 b. på side 27 i lovforslaget:

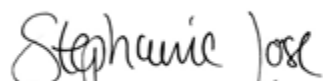
"Det skal bemærkes, at der alene er tale om udvalgte lægemidler, der kan oplagres i den fælles kommunale akutfunktionens medicinskab, og som af sygeplejerskerne i den fælles kommunale akutfunktion kan medbringes til borgere, der modtager hjemmesygepleje i den fælles kommunale akutfunktion, og at lægemidlerne alene kan anvendes efter ordination af en læge. Proceduren i borgers hjem eller på en stationær plads, vil være, at den behandlingsansvarlige

læge, typisk borgerens egen læge, ordinerer lægemidlet pr. telefon, hvorefter behandlingen iværksættes”.

Høringssvaret fremsendes med forbehold for bestyrelsens drøftelse.

Venlig hilsen


Bent Hansen


Stephanie Løse

Bilag Titel:	Borgernes Sundhedsvæsen - en kultur i forandring
Dagsordens titel	Status for Borgernes Sundhedsvæsen
Dagsordenspunkt nr	16
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

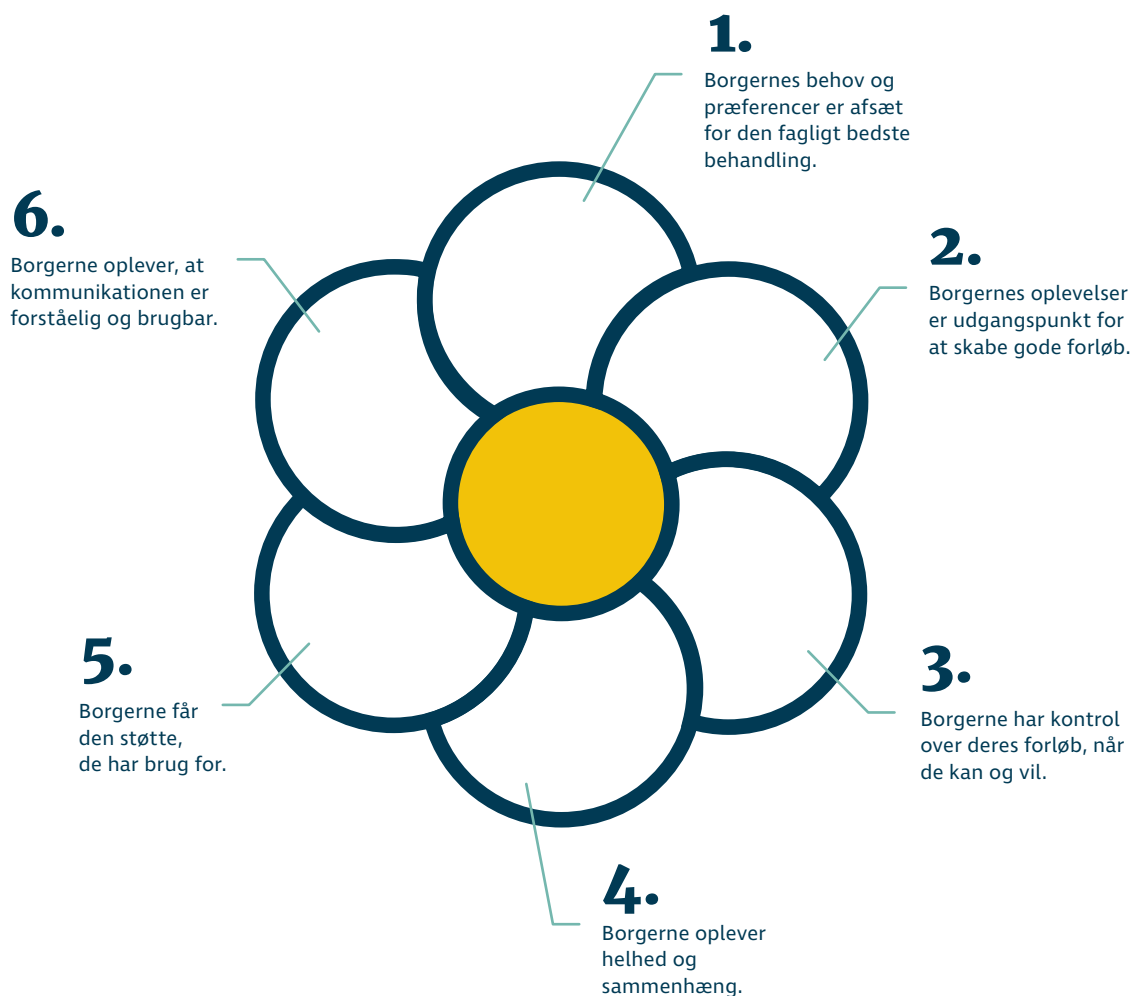


Borgernes Sundhedsvæsen – en kultur i forandring



Én blomst samler alle indsatserne

Borgernes Sundhedsvæsen er inddelt i seks overordnede indsatsområder – seks blade i blomsten. Hvert område er brudt ned i en række konkrete indsatser. Dem møder du nogle af i løbet af magasinet.





Forord af Bent Hansen, formand i Danske Regioner,
og Stephanie Lose, næstformand i Danske Regioner

Sammen om sundhedsvæsenet

Da Danske Regioner og regionerne i samarbejde med 14 organisationer i 2015 formulerede visionen om Borgernes Sundhedsvæsen, var det selvfølgelig ikke en helt ny tanke. Det nyskabende ved Borgernes Sundhedsvæsen består i den fælles vilje til at skabe forandring. For når vi skal forandre en kultur, er vi nødt til at gøre det sammen.

Vi har valgt, at vores sundhedsvæsen skal være blandt de bedste i verden. Ikke bare det bedste målt på aktivitet og overlevelse – men det bedste for dig. For borgeren. Og det har krævet kulturelle kolbøtter i et sundhedsvæsen, som traditionelt har været båret af en tårnhøj faglig ekspertise, men måske i mindre grad har haft fokus på borgernes egen ekspertise i deres eget liv.

Den fælles indsats skaber resultater. Sundhedsvæsenet er under forandring. Vi bliver bedre og bedre til at tilrettelægge forløb og behandling på patientens præmisser. Det gælder på de høje digitale nagler, hvor brug af ny teknologi gør, at patienter kan modtage behandling og konsultation, når det passer ind i deres liv og med dem for bordenden. Men også på et mere grundlæggende niveau er der en erkendelse af, at vi skal blive bedre til at gøre os forståelige, både i tale og på skrift – fx i skiltningen på hospitalerne. Vi er ved at indføre den patientansvarlige læge, der skal sikre, at borgerne oplever helhed og sammenhæng i behandlingen. Og hospitaler anvender i stigende grad tidstro feedback fra patienterne til at forbedre behandlingen. Og mange, mange flere eksempler blomstrer frem. I dette magasin har vi forsøgt at give et indtryk af dem. Vi giver eksempler på indsatser og konkrete cases, der viser, hvordan projekterne udmønter sig i regionerne. Vi er ikke i mål. Men vi har taget vigtige spadestik til et

sundhedsvæsen, hvor inddragelse og feedback er den mest naturlige arbejdsform.

Vi tror, at der er sandhed i, at når man forlader hospitalet, så kan man ikke nødvendigvis huske, hvad der præcist blev sagt til én. Men mange af os husker nok, hvad det fik os til at føle. Og den følelse kan være afgørende for, om vi oplever behandlingen som god, eller om vi følger lægens råd og anvisninger. Følte du dig hørt, eller blev du overrumplet af en række fremmedord, som gjorde dig usikker og bange? Vi kigger derfor ind i en fremtid, hvor det at sætte patienten i centrum forhåbentlig er mainstream i alt, hvad vi foretager os. En af de mange store udfordringer, vi kommer til at stå over for, er dog, at borgernes behov og muligheder for at udtrykke deres behov er forskellige. Det stiller nye krav til sundhedsvæsenet. Vi skal udvikle en langt mere nuanceret forståelse for borgernes behov, præferencer, og for hvad der skaber værdi for den enkelte.

Arbejdet med at udvikle og forbedre Borgernes Sundhedsvæsen er kommet et stort skridt i den rigtige retning. Men arbejdet for borgerne fortsætter af nye veje og mod nye mål de næste mange år. Det er derfor, vi er her. Regionspolitikere skal agere lyttepost for borgernes ønsker og forventninger til sundhedsvæsenet og handle på det. For forandringskraften kommer fra de borgere, hvis liv i en periode skal leve i samklang med sundhedsvæsenet. Og den kommer fra det sundhedspersonale, der kan og vil løfte opgaven.

Med dette magasin viser vi, hvordan vi i fællesskab er i gang med at udvikle sundhedsvæsenet, så fokus er på det, der er rigtigt for patient og pårørende. Dét er Borgernes Sundhedsvæsen.

Indholdsfortegnelse

06

Inddragelse

Regionerne satser på patientinddragelse

Klumme: "Der er sket en bevidsthedsændring"

De unges rolle i Borgernes Sundhedsvæsen

En patientkultur i forandring

Brugere og medarbejdere skaber ny seng til psykiatrien

Patienternes hospital

Klumme: "Patientens informerede valg er udgangspunktet"

Beslutningsstøtteværktøjer understøtter patientens valg af behandling

16

Værdi for patienten

Patientens behov skal være ledestjerne for styring af fremtidens sundhedsvæsen

Patientens egne oplysninger skal give en bedre behandling

Tidstro feedback bredes ud i hele landet

Det digitale sundhedsvæsen er borgernes sundhedsvæsen

Afstandene bliver mindre med telemedicin

26

Sammenhæng i forløbet

Patientansvarlig læge – en ny national model, der giver helhed og sammenhæng

Helhedsorienteret patientforløb skaber overblik og tryghed

Samarbejdsmodeller skal give sammenhængende forløb for børn og unge med spiseforstyrrelser

Klumme: "Vi skal samarbejde på tværs"

Nye anbefalinger til patientens sidste tid

33

Inddragelse i uddannelsen

Klumme: "Forskning skal understøtte kulturforandringer i sundhedsvæsenet"
Brugerinddragelse er kommet på skemaet

36

Tilfredse patienter

Patienterne føler sig godt behandlet
Klumme: "Vi skal turde gøre en forskel"

38

Borgernes Sundhedsvæsen: En fælles indsats

En fælles indsats
Parterne bag Borgernes Sundhedsvæsen

Magasinet er udgivet af
Danske Regioner i regi af
Borgernes Sundhedsvæsen

Tekstkredit:
Anne Sofie Sørensen, Danske Regioner,
Ida Klitgaard, Advice A/S og
Marie Louise Plenborg, Advice A/S

Grafisk tilrettelæggelse:
Helena Hilma Eriksen-Aagreen, Advice A/S

Oplagstal: 500



Regionerne sætter på patientinddragelse

En ny kultur blomstrer frem i sundhedsvæsenet i disse år: En kultur, der i højere grad end tidligere inddrager patienter og pårørende aktivt hele vejen rundt – lige fra beslutninger om den enkelte patients behandling til inddragelse af patienter og pårørende i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Borgernes Sundhedsvæsen udspringer af en vision om at sætte gang i en kulturforandring i sundhedsvæsenet, der i højere grad end tidligere sætter borgeren i centrum for sin egen behandling. En kultur, hvor patient og pårørende inddrages i vigtige beslutninger og planlægning, og hvor patienten ses som ekspert i sit eget helbred og liv.

Det er grundlæggende en ændring i sundhedsvæsenet. Det fortæller Marie Fuglsang, der er enhedschef i Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden.

”Traditionelt har man i sundhedsvæsenet haft en meget klinisk tilgang til behandling af patienter. Altså hvad kan man anbefale ud fra en klinisk synsvinkel? Men den nye patientkultur er, at man inddrager patienterne mere og har en mere dialogorienteret

tilgang. Nogle gange finder man måske ud af, at det er meget vigtigt for den pågældende patient ikke at have bivirkninger i en bestemt periode, og så kan det være, at man venter en måned med at sætte behandlingen i gang.”

Projekter i gang

Den mere patientinddragende kultur bliver tydeligere og tydeligere overalt i sundhedsvæsenet. Fordelt på de danske hospitaler er der mindst 800 projekter i gang, som søger at inddrage patienter og pårørende mere. Det viser en kortlægning, som Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) gennemførte i 2015. Indsætterne er samlet i en database på ViBIS' hjemmeside.

”Der er et væld af tiltag i gang ude på de danske hospitaler – både nationale og regionale

indsatser, men der er også små initiativer på afdelings- og afsnitsniveau,” fortæller Josine Legêne, der er projektleder i ViBIS.

Guide samler metoder til organisatorisk inddragelse

I patientinddragelsesguiden, der er et landsdækkende projekt finansieret af fondsmidler fra Sundhedsstyrelsen, samles de metoder til organisatorisk inddragelse, der har vist størst effekt baseret på sundhedsprofessionelles konkrete erfaringer med anvendelse af metoderne over hele landet. Det er blandt andet brugerråd, feedbackmøder og lederrunder.

Guiden giver ledere og medarbejdere i sundhedsvæsenet et samlet overblik og anbefalinger til valg af metode og udførelse af organisatorisk brugerinddragelse i sundhedsvæsenet.

Case

Patientens team i Region Nordjylland

I Region Nordjylland har arbejdet med mere inddragelse blandt andet resulteret i samarbejdsformen Patientens team.

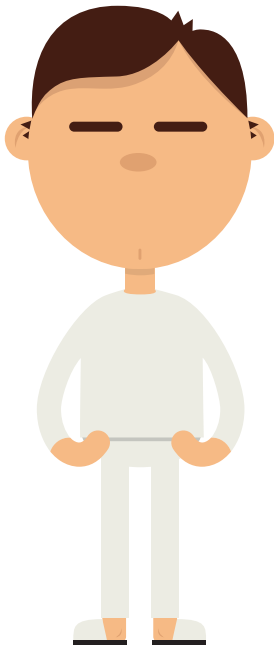
I både de somatiske og psykiatriske afdelinger i hele Region Nordjylland er der siden 2014 blevet arbejdet med Patientens team, som går ud på, at der for hver patient sættes et fast team, som patienten er en del af. Sådan er det fx på decentralt sengeafsnit N7/Frederikshavn, der hører under Klinik Psykiatri Nord i Brønderslev, hvor patienten aktivt tager del i sit behandlingsforløb, hvis personen kan og vil.

Projektet vandt Årets Borgerinddragende Initiativ 2016.

Patientinddragelsesguiden er et samarbejdsprojekt mellem Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden og DEFACTUM i Region Midtjylland. Projektet er organiseret med en styregruppe bestående af fem regionale repræsentanter, en repræsentant fra Københavns Universitet samt tre patientrepræsentanter.

**FLERE END
800
PROJEKTER
I GANG**

Inddragelse kan inddeles i tre kategorier: individuel patientinddragelse, inddragelse af pårørende og organisatorisk inddragelse



Individuel patientinddragelse

Individuel patientinddragelse betyder, at patienten har indflydelse på beslutninger om og planlægning af sit eget forløb, det være sig diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. En del af arbejdet med individuel patientinddragelse er udviklingen og indførelsen af beslutningsstøtteværktøjer, som kan hjælpe både patient og sundheds-

personale med at afgøre, hvad der er den bedste beslutning for den enkelte patient. Individuel patientinddragelse handler også om at hjælpe patienten til at sætte mål for sin egen sygdom og behandling.

Inddragelse af pårørende

Inddragelse af pårørende betyder dels, at pårørende støtter patienten i sygdomsforløbet, dels at pårørende kan have behov for at blive styrket i rollen som pårørende. I nogle tilfælde er der behov for begge dele.



Organisatorisk inddragelse

Organisatorisk inddragelse betyder, at patienter og pårørendes viden og perspektiver inddrages i beslutningsprocesser om organisering, udvikling og evaluering af sundhedsvæsenet (som ikke omhandler individuelle behandlingsforløb).

Case

Inddragelse af børn

Ingen tvang eller fastholdelse på Sygehus Lillebælt

Også børn og unge inddrages mere og mere i sundhedsvæsenet. På tværs af regionerne ses initiativer, som søger at inddrage unge patienter mere og tilrettelægge behandlingen på deres præmisser.

Et eksempel ses på Børneafdelingen på Sygehus Lillebælt, hvor de har ændret procedurerne i forbindelse med angst- og smertevoldende procedurer som fx stik i forbindelse med blodprøver.

Både børn, forældre og personale blev inddraget i processen for at finde frem til en ny og ens tilgang til, hvordan man kan erstatte den ufrivillige fastholdelse eller tvang. Blandt andet fandt de i projektet ud af, at det samlet set ikke tog længere tid at tale og lege med barnet inden et stik, end det tog at holde barnet fast.

Flere teknikker, der kan aflede børnenes opmærksomhed under procedurer, er blevet udviklet og er nu udbredt på afdelingen. Blandt andet brug af en lattergas, sæbebobler eller en "magisk handske", der fjerner opmærksomheden fra smerten.

Det har krævet en kulturændring, for mange mente ikke, at det var muligt at gennemføre smertevoldende procedurer uden at fastholde barnet. Men i dag er alle medarbejdere, der har med børn at gøre, blevet involveret i den nye tilgang, og flere undervisnings- og temadage er blevet afholdt for at sikre en ensartet tilgang i behandlingen af børnene.

“ **Initiativer som dette er utrolig vigtige, fordi det gør en verden til forskel for børnene, når personalet bruger enkle greb for at undgå tvang og unødige smerter i behandlingen. Det er mit store ønske at få udbredt de gode erfaringer og den viden, der allerede findes, om at inddrage børn i behandlingen, så vi kan få en gennemgribende kulturændring på alle landets hospitaler.** ”

Per Larsen, formand for Børnerådet.





Klumme af
Camilla Hersom, formand for Danske Patienter

“Der er sket en bevidsthedsændring”

For os at se er der ingen tvivl om, at der de senere år er sket en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor brugerinddragelse i dag er i alles bevidsthed.

Hvor inddragelse måske førhen var noget, man nævnte, fordi man skulle, så er der nu en fælles forståelse for, at kvaliteten bliver bedre, når

man inddrager patienter og pårørende. Og netop den forståelse er i virkeligheden den første og vigtigste forudsætning for, at vi lykkes med at skabe en reel kulturændring i sundhedsvæsenet. Det kan vi godt være stolte af! Og i Danske Patienter er vi stolte af at have været en del af den kulturændring.

Den udfordring, som vi står overfor nu, er at sikre, at inddragelse forankres i arbejdstilrettelæggelsen på alle niveauer i sundhedsvæsenet, så det sker systematisk alle steder. Og vi skal sikre os, at alle sundhedsprofessionelle har de rette redskaber og den rigtige kunnen til at kunne inddrage brugerne. Derfor ser

vi fx gerne, at inddragelse bliver en del af curriculum på alle sundhedsfaglige uddannelser, sådan så inddragelse er en færdighed, man bliver uddannet i.

Grobunden er skabt for en ny kultur. Nu skal vi have den kultur ud i alle kroge af sundhedsvæsenet.



De unges rolle i Borgernes Sundhedsvæsen

Børn og unge er også patienter i sundhedsvæsenet, og flere projekter arbejder på at inddrage dem mere. Der er nemlig nogle helt særlige forhold og vilkår, der gør sig gældende, når man både er patient og et ungt menneske, der gerne vil leve et normalt liv.

I 2016 og 2017 uddelte Danske Regioner i regi af Borgernes Sundhedsvæsen prisen Årets Borgerinddragende Initiativ til initiativer, der sikrer den gode inddragelse. Enten i form af patientinddragelse, pårørendeinddragelse eller organisatorisk inddragelse.

I 2017 var prisen målrettet initiativer med fokus på børn, unge og deres familier. Dette var for at sætte fokus på børn og unges rolle i Borgernes Sundhedsvæsen. Der er nemlig nogle helt særlige vilkår, der

gør sig gældende, når man er et ungt menneske, der på den ene side er patient, men på den anden side også skal leve et normalt liv med venner, fritid, og alt det, der hører sig til, når man er ung.

I 2017 vandt et projekt, der har udviklet et internetprogram til børn og unge med tarm-sygdomme. Projektet har gjort det lettere for de unge at håndtere deres sygdom og samtidig være unge mennesker. Det kan du læse mere om på side 25.



En patientkultur i forandring

Gennem årene er der sket en markant udvikling i forhold til, hvordan sundhedsvæsenet ser på patienten – og hvilken rolle patienten spiller i sit behandlingsforløb. Hvor borgeren i begyndelsen og frem til midten af 1900-tallet havde en passiv rolle, er patienten i dag en aktiv medspiller. Netop den aktive rolle er kernen i Borgernes Sundhedsvæsen.

Fra begyndelsen til midten af 1900-tallet

Ingen spørgsmål. Lyt til lægen, tak

Frem til 1950'erne er patienten kendetegnet ved at være autoritetstro og helt fremmedgjort fra sin behandling. Lægerne taler sammen bag patientens ryg – og uden involvering af patienten. Patienten lytter til lægerne, og evt. spørgsmål holder man for sig selv.



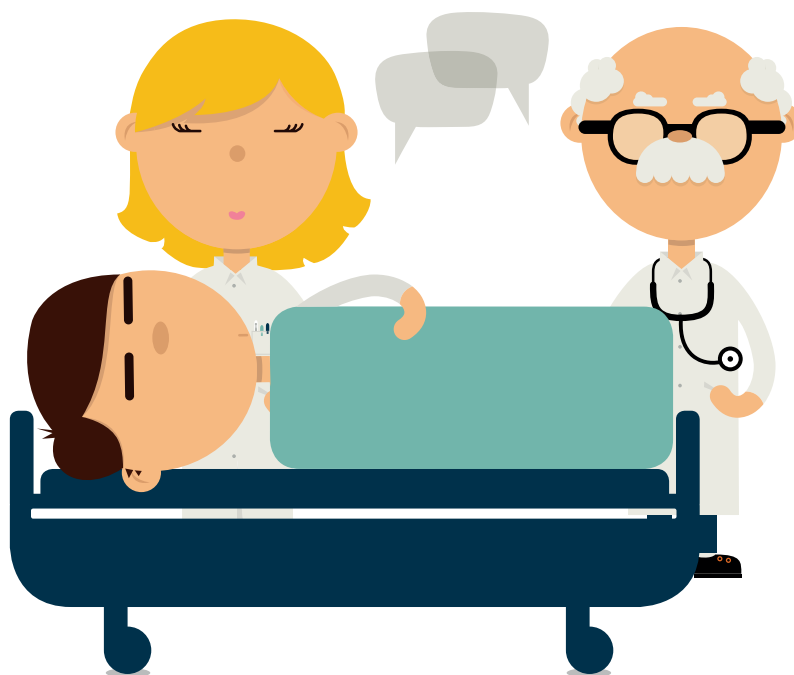
1900

1950

1970'erne

Har du spørgsmål til din behandling?

Der sker dog en udvikling i 1970'erne, hvor flere faggrupper kommer ind og supplerer lægen. Patienten kommer nu også i en rolle, hvor man gerne må stille spørgsmål, men man vil ikke vide alt. Det er også på dette tidspunkt, at man begynder at hente sine pårørende ind som støtter.



I dag

Hvilken behandling er den rette for dig?

Patientrollen i dag er meget anderledes. Patienten ønsker en personlig behandling, hvor han/hun bliver taget med i beslutningsprocessen, når der skal træffes valg om behandling og lignende. Patienten giver hele tiden sin feedback og forholder sig kritisk, så sundhedsvæsenet hele tiden kan blive bedre.

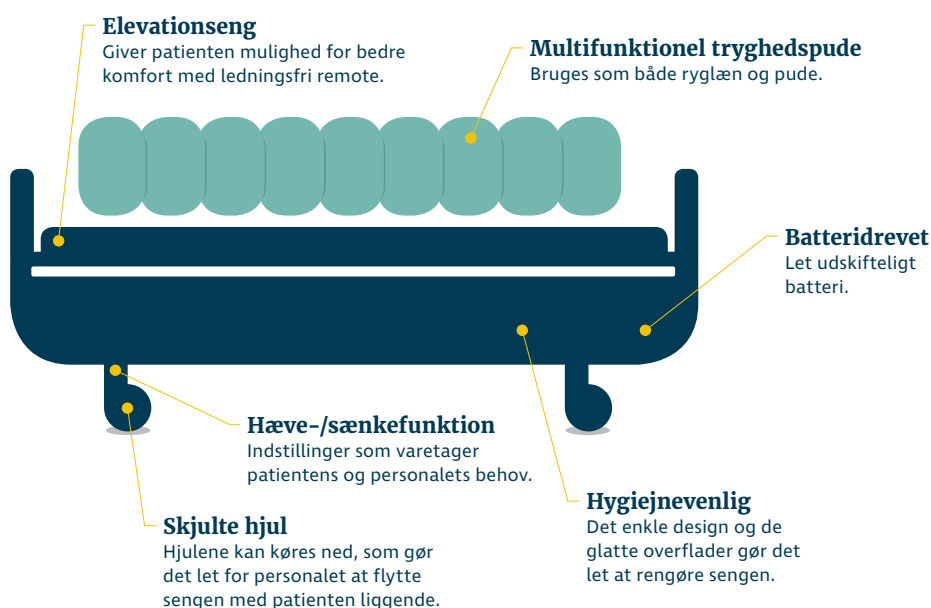
1970

I dag



Brugere og medarbejdere skaber ny seng til psykiatrien

På alle danske hospitaler arbejdes der på at forbedre de fysiske rammer om patienterne. Blandt andet med en ny seng i psykiatrien, der optimerer indlæggelses- og soveoplevelsen for patienten. Sengen er foreløbigt leveret til ni afdelinger i Region Syddanmark, Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Ambitionen er, at den nye seng skal være med til at forbedre oplevelsen for patienter, som opholder sig på psykiatriske afdelinger.



lignende, som patienten kan bruge til at gøre skade på sig selv – eller andre.

Den nye seng adskiller sig markant fra de eksisterende senge. Designet er hjemligt, indbydende og funktionelt – uden at gå på kompromis med personalets og patienternes sikkerhed. Blandt andet har den et ikke-hospitalslignende design og en tilhørende multifunktionel tryghedspude, der både kan bruges til ryglæn og pude, og som skaber tryghed og ro. Sengen er desuden ledningsfri og batteridrevet, og så er den hygiejnevænlig og let at rengøre.

Samarbejde på tværs af regioner og interessenter

Den nye seng i psykiatrien er et resultat af tværregionalt samarbejde. Repræsentanter fra psykiatriske afdelinger og patienter fra hele landet har deltaget aktivt i de åbne innovationsworkshop hos Syddansk Sundhedsinnovation.

Ambitionen er, at den nye seng i samspil med nye fysiske rammer, nye arbejdsgange og fokus på forebyggelse af konflikter og tvang skal være med til at levere moderne psykiatrisk behandling af høj kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

I en innovativ proces med brugerne og i samarbejde med sengeproducenten Agitek Aps har Region Syddanmark og Region Hovedstaden skabt en ny seng til psykiatrien: En seng, der både føles hjemlig og giver øget tryghed og sikkerhed til patienterne.

Borgeren i centrum – også når det gælder fysiske rammer

Sengen er udviklet gennem brugerinddragelse af patienter og medarbejdere på tværs af regioner og virksomheder i Danmark. Patienterne på forskellige psykiatriske

afdelinger har i samarbejde med regionerne afprøvet, testet og videreudviklet prototyper af sengen. Resultatet er bedre komfort, øget tryghed og sikkerhed for patienten. Fokus har været på at nå frem til en seng, som ikke har skarpe kanter, huller, ledninger eller



Patienternes hospital



Den nye seng til psykiatrien er ikke eneste eksempel på, hvordan der arbejdes på at optimere de fysiske rammer i sundhedsvæsenet.

I disse år moderniseres hele sygehusvæsenet. Blandt andet med bedre wayfinding – herunder skiltning, der er til at forstå for patienter og pårørende eller vejvisere, der kan lede på rette vej. Der indrettes også mere ungenvenlige afsnit, som tager højde for de unges behov og ønsker samt mere åbne stuer, hvor patienter og pårørende nemt kan komme i dialog med

personalet, hvilket er med til at give øget tryghed.

Men der kommer også helt nyt til: I alle fem regioner bygges der nye hospitaler. Målet med de nye hospitaler er bedre og mere sammenhængende patientforløb, øget patient-sikkerhed og højere kvalitet. På Sydvestjysk Sygehus i Region Syddanmark skal der fx bygges ny sengebygning, og i den forbindelse har man valgt at inddrage tidligere patienter og pårørende i beslutningsprocessen, så de kan give deres besyv med, når de nye senge-stuer skal indrettes og udstyres.



Klumme af
Knud Kristensen, landsformand for
Landsforeningen for psykisk sundhed (SIND)

“Patientens informerede valg er udgangspunktet”

Med Borgernes Sundhedsvæsen ønsker vi grundlæggende at forandre kulturen i sundhedsvæsenet. Borgernes behov og ønsker skal anerkendes og sættes i centrum. Det er patientens informerede valg, der skal være gældende.

I psykiatrien er der en særlig udfordring. Her er der en gruppe patienter, der modtager behandling mod deres vilje –

under tvang. Hvordan kan man sætte borgerens ønsker i centrum, hvis borgeren slet ikke ønsker eller kun modvilligt accepterer behandling?

Første skridt er at acceptere, at disse svært syge borgere også er borgere, der har ønsker og behov, der skal anerkendes og sættes i centrum.

Med ændringen af psykiatri-loven fra 2015 blev det

fastslået, at også svært syge skal inddrages i beslutninger om behandlingen.

Det hedder således i lovens § 3, at patienten ved indlæggelsen skal høres om præferencer i forhold til behandlingen, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale. Det hedder endvidere, at patientens præferencer skal fremgå af journalen og i videst

muligt omfang inddrages i behandlingsplanen.

Patienten skal altså ikke fratages indflydelse. Tvært imod skal han/hun støttes i sin beslutningstagen. Det er stadig patientens informerede valg, der skal være udgangspunktet.



Beslutningsstøtteværktøjer understøtter patientens valg af behandling

Over hele landet udvikler og implementerer hospitaler, kommuner og almen praksis beslutningsstøtteværktøjer, der er med til at sikre, at patientens værdier og præferencer bliver inddraget, når valget af behandling skal træffes.

Case

Beslutningsstøtte for kvinder med blødningsforstyrrelser

På Gynækologisk Obstetriske Afsnit i Hjørring arbejder de netop nu på at udvikle et beslutningsstøtteværktøj målrettet kvinder, der oplever blødningsforstyrrelser.

Konkret skal der i projektet udvikles materialer, der giver kvinden viden om valgmuligheder og konsekvenser, allerede før hun møder lægen og sygeplejersken i ambulatoriet. Målet er, at den enkelte kvinde får mere viden om, hvilke behandlingsmuligheder hun har, og at hun får en øget bevidsthed om symptomer og behandlingsmuligheder.

Bliver værktøjet en succes er håbet, at det kan udbredes til andre områder. Projektet blev igangsat i efteråret 2016 og skal evalueres i 2018.

Patienter er forskellige, og derfor kan deres valg af behandling variere. Valget afhænger af den enkelte patients behov, ønsker og vægtning af forskellige bivirkninger.

Når der er flere behandlingsmuligheder at vælge imellem, som alle har god evidens, men som kan have forskellige implikationer, må beslutningen om behandling derfor også træffes med udgangspunkt i, hvad der er bedst for patienten.

For eksempel vil nogle patienter med slidigt i knæet måske foretrække at få indsat et kunstigt knæ, fordi de ved, at det at tage smertestillende medicin er uforeneligt med deres livskvalitet. Omvendt kan der være andre, der helst vil undgå en operation, fordi de ikke føler sig trygge ved at skulle igennem en operation i fuld narkose.

Her kan et beslutningsstøtteværktøj hjælpe patienten og de sundhedsfaglige med i fællesskab at træffe en beslutning, der passer bedst til den enkelte patient.

Et oplyst valg

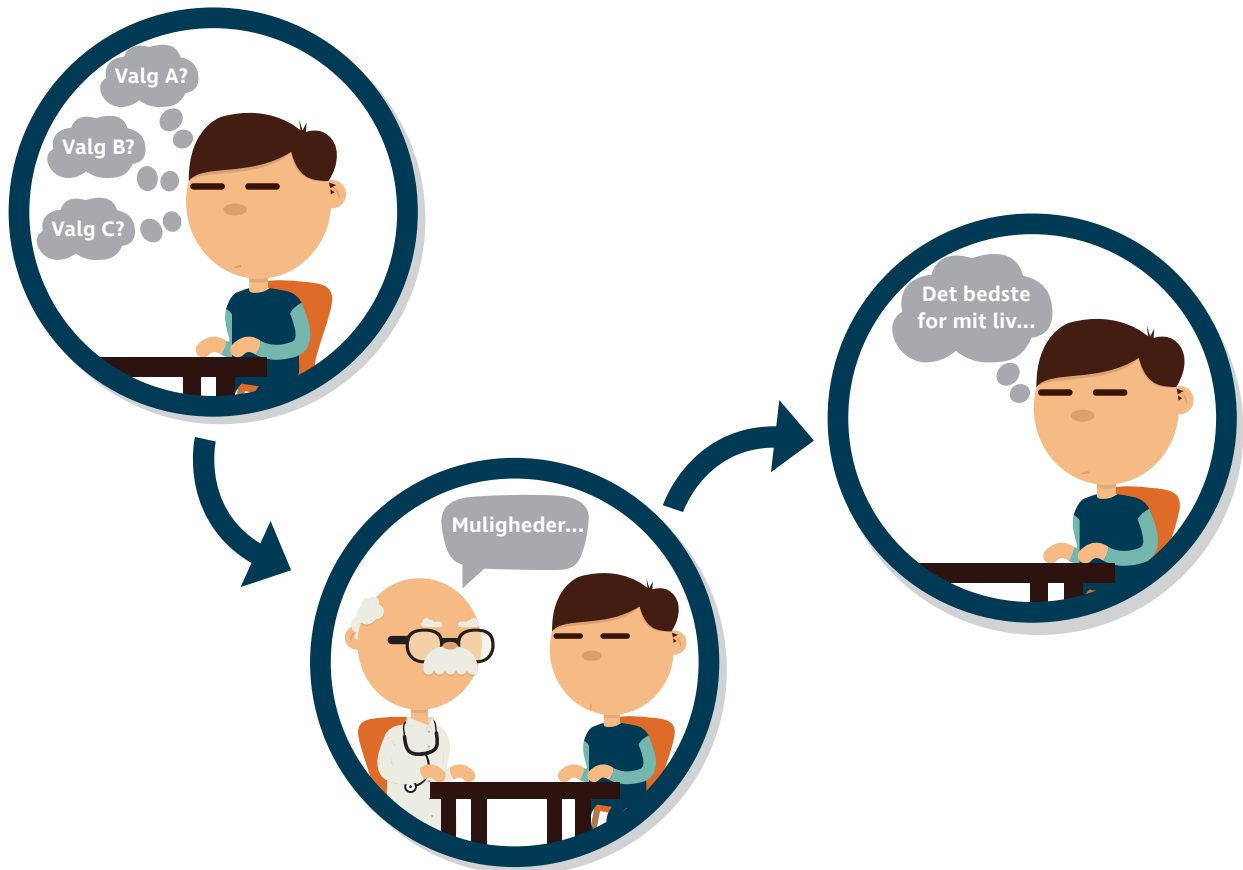
Beslutningsstøtteværktøjer er

med til at sikre, at patienterne får indsigt i og et klart overblik over behandlingsbeslutninger og deres behandlingsforløb. Patienterne har med beslutningsstøtteværktøjer mulighed for at forstå, hvilke fordele og ulemper en given behandlingsform har. Ved at få viden om behandlingsformens fordele og ulemper kan patienten træffe et oplyst behandlingsvalg, der passer til den enkelte patients liv og situation.

Samtidig bidrager beslutningsstøtteværktøjer til at strukturere samtalerne med det sundhedsfaglige personale, idet patienten med afsæt i beslutningsstøtteværktøjet har bedre forudsætninger for at stille spørgsmål og tage stilling til de forskellige beslutninger i patientens forløb.

Ét behandlingsforløb, ét beslutningsstøtteværktøj

Der er udvalgt, udviklet og afprøvet en række beslutningsstøtteværktøjer til både somatiske og psykiatriske patienter. Fælles for værktøjerne er, at de er baseret på et veldokumenteret fagligt grundlag og udformet, så de bidrager til den viden, der er nødvendig for patienten i den givne behandlingssituation.



Beslutningsstøtteværktøjerne er enten generiske eller udformet specifikt til den enkelte behandlingsform med udgangspunkt i de specifikke parametre for hver behandlingsform, som patienten må tage stilling til. Ligesom beslutningsprocesserne omkring en behandling kan veksle fra behandling til behandling og fra patient til patient.

Det er derfor også forskelligt, hvordan beslutningsstøtteværktøjerne er udformet, og der arbejdes løbende på at udvikle og afprøve beslutningsstøtteværktøjer rundt om på de danske hospitaler, kommuner og i almen praksis.

Fælles for beslutningsstøtteværktøjerne er, at de understøtter den fælles beslutningstagning ved at:

- Tilbyde patienten evidensbaseret information
- Hjælpe patienter med at træffe en beslutning ud fra deres egen livssituation
- Beskrive behandlingsmuligheder, effekter og mulige bivirkninger på en forståelig måde
- Medvirke til en struktureret samtale mellem det sundhedsfaglige personale og patienten

Udbredelsen af beslutningsstøtteværktøjer er stigende, og det øgede fokus på patientinddragelse bidrager til denne udbredelse.

Case

"Vælg selv med held" – beslutningsstøtteværktøj for korsbåndsskadede patienter

På Ortopædkirurgisk afdeling på Aarhus Universitetshospital har de fx udviklet et beslutningsstøtteværktøj, der giver patienter med korsbåndsskader mulighed for at få viden om og tage stilling til, hvilken behandlingsform der passer bedst til dem.

Beslutningsstøtteværktøjet er her et skema, hvori patienten får evidensbaseret viden om fordele og ulemper ved de to behandlingsformer: Operation med genoptræning eller genoptræning uden operation. I skemaet indgår spørgsmål, der også omhandler patientens dagligdag, hvilket er et relevant parameter for patienten at have med i sin beslutningsproces.



Patientens behov skal være ledestjerne for styring af fremtidens sundhedsvæsen

Behandlingen i sundhedsvæsenet skal give værdi for den enkelte patient. Fokus skal ikke kun være på, hvor mange behandlinger og operationer, der gennemføres – men også hvad effekten er for patienten. Det er princippet i værdibaseret sundhed, som er en ambition i Borgernes Sundhedsvæsen, og som lige nu afprøves i regionerne.

Hvordan skal der styres efter værdi for patienten?

Effekten af indsatserne for patienterne skal kendes og anvendes til forbedring.

Regionerne styrer så vidt muligt efter effekt og med fokus på omkostninger.

Hospitaler, praksissektor og kommuner samarbejder om at sikre kvalitet og sammenhæng.

Regionerne udvikler finansiering og afregning af hospitalerne ud fra, hvad der understøtter arbejdet med værdi for patienterne.

Skal patienten mere i centrum i sundhedsvæsenet, skal der ikke alene måles på antallet af behandlinger og operationer, men også på hvad der giver mest værdi og effekt for den enkelte patient. Det er hovedtanken bag **værdibaseret sundhed**.

Her drejer det sig ikke alene om opgaven isoleret på hospitalerne, men om at have fokus på det samlede forløb – hvad enten det foregår på hospitalet, i almen praksis eller i kommunerne. Kommunernes genoptræning eller pleje kan have afgørende betydning for effekten af en behandling for patienten.

Det gennemgående princip i værdibaseret sundhed er, at det er effekten for patienten, der primært styres efter. Det handler om at holde fokus på de resultater, der har værdi for patienten (både de kliniske og patientoplevede).

Regionernes forsøg med værdibaseret sundhed

Værdibaseret sundhed er en klar ambition fra regionernes side, men de konkrete styringsmodeller for, hvordan der skal arbejdes med værdibaseret

sundhed, er fortsat på tegnebrættet og under udvikling.

Regionerne har i et fælles udviklingsprojekt sat forsøg i gang med at styre efter såkaldte "effekt mål" på syv forskellige områder. Altså mål for, hvilken effekt man vil opnå og styre efter. Projektet trækker på erfaringer og metoder fra udlandet. Projekterne for værdibaseret sundhed er landsdækkende og forankret i de fem regioner. Områderne dækker forskellige typer af patienter og behandlingsområder – og dermed forskellige vilkår og udfordringer.

I begyndelsen af 2017 var man klar til at fremlægge effekt mål på fem områder.

De fem områder er:

- Prostatakræft
- Epilepsi
- Angst og depression
- Knæ- og hoftealloplastik
- Apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen)

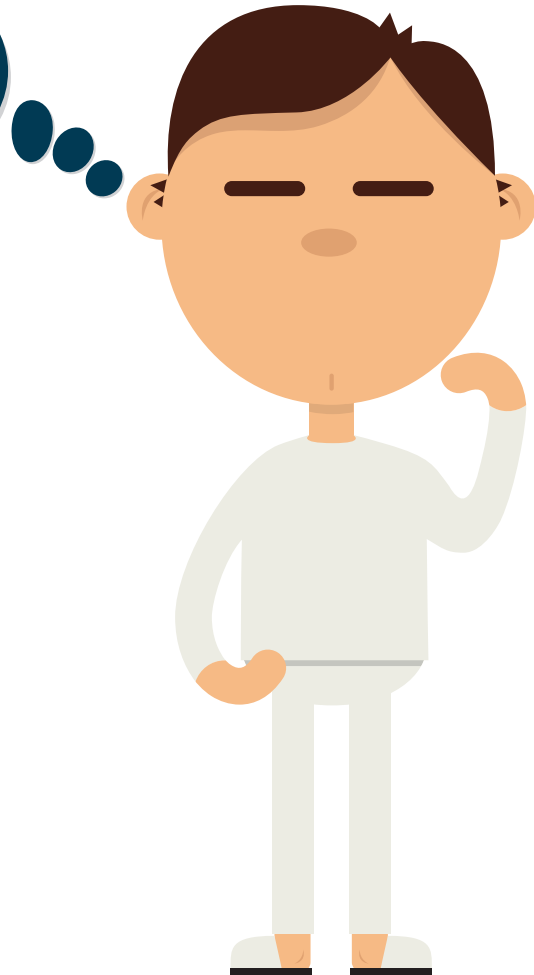
Forskellige effekt mål afhængig af område

Effekt målene varierer for hvert

**Har jeg følt mig
aktiv og energisk?**

**Har jeg følt, at jeg pludselig
er bange uden grund?**

**Har jeg haft en følelse af,
at alting er anstrengende?**



behandlingsområde, fordi hver sygdomsgruppe har særlige kendetegn. For patienter med epilepsi vil man fx bruge "reduktion i antallet af anfald" som ét af flere effektmål, der skal bruges til at følge op på, at behandlingen giver værdi for patienten. For patienter med knæproblemer er et effektmål, hvor godt patienten går efter behandlingen. Effektmålene er grundlaget for regionernes konkrete forsøg med at følge op på resultaterne for patienterne i næste fase. De udvalgte effektmål skal understøttes med data og anvendes både til kvalitetsudvikling og forbedring af de individuelle patientforløb. Nogle data vil komme fra eksisterende kliniske databaser og registreringssystemer, mens andre oplysninger vil være

baseret på patientrapporterede oplysninger. Indsamling af data om patienterne og fra patienterne vil således spille en endnu større rolle ved indføring af værdibaseret sundhed. Som arbejdet med værdibaseret sundhed skrider frem, vil regionerne også arbejde med at koble information om resultater på effektmålene sammen med information om omkostninger. Det skal på sigt bruges til at finde og udbrede løsninger, som er bedre for patienten og billigere for samfundet.

Projekterne i regionerne løber indtil ultimo 2018, hvorefter der skal tages stilling til, i hvilken form og i hvilket omfang de skal implementeres og bredes ud til resten af sundhedsvæsenet.

Eksempel: Dét måles der på inden for angst og depression

- Symptombyrde (angst og depression)
- Bivirkninger (af både medicin og terapi)
- Social funktionsevne
- Livskvalitet
- Tilbagekomst af lidelse



Patientens egne oplysninger skal give en bedre behandling

Hvis vi skal styre efter det, der skaber værdi for patienten, så er vi nødt til at vide mere om, hvad der skaber værdi. Det gør vi med patientrapporterede oplysninger. Vi spørger ikke bare til, om operationen lykkedes, men til hvordan patienten trives – hænger din hverdag sammen, var en operation det rigtige valg for dig?

Patienten skal være en aktiv medspiller i det moderne sundhedsvæsen. Og det betyder blandt andet, at sundhedsvæsenet skal lytte til patientens egne oplysninger om sin tilstand og sit behandlingsforløb. Sundhedsvæsenet skal med andre ord indsamle patientrapporterede oplysninger (PRO).

Idéen med PRO er, at man før, under og efter behandlingen stiller patienten en række spørgsmål om helbred, livskvalitet, aktivitetsniveau, psykisk trivsel under behandlingen, symptomer og bivirkninger.

Patienten svarer på et elektronisk spørgeskema inden hvert møde på hospitalet eller hos

lægen, og svarene danner ramme om dialogen med lægen. Det kan både give en bedre patientinddragelse og bruges til kvalitetssikring og en bedre udnyttelse af ressourcerne. Det fortæller Camilla Hassing Grønbæk, der er programleder for Partnerskab om PRO og kvalitetskonsulent i Kræftens Bekæmpelse.

“Man kan først og fremmest bruge PRO i patientens møde med sundhedsvæsenet, så man i højere grad kan målrette behandlingen til den enkelte patient. Derudover er der potentiale for at få en stor mængde data som et biprodukt. Data, som ikke findes i dag, og som kan sige noget om, hvordan det går patienterne – også flere år efter man er

færdigbehandlet. Derfor giver det mening at spørge patienterne om resultaterne af deres behandling, når man måler og vurderer kvalitet i sundhedsvæsenet,” siger Camilla Hassing Grønbæk

Spørgeskemaerne er standardiserede og validerede og har været anvendt til klinisk forskning i årtier. Det nye er, at man bruger dem i mødet med patienten. Spørgsmålene træder med andre ord ud af forskningen og ind i mødet mellem patient og sundhedsvæsen.

PRO målretter behandlingen til den enkelte patient

Fordelen ved PRO er, at

behandlingen bliver målrettet den enkelte patient, idet lægen inden mødet får indblik i, hvad der optager patienten. Lægen modtager svarene inden mødet, og selve konsultationen tager udgangspunkt i de svar, der skiller sig ud.

Med PRO-værktøjet kommer patienten altså mere på banen, for dialogen kommer til at handle om det, der slår ud i patientens besvarelser: Samtalen handler om det, der er vigtigt for den enkelte patient.

PRO igennem hele patientforløbet

Ambitionen er, at patienten bruger PRO gennem hele sygdomsforløbet. Også når

behandlingen er slut, og patienten kommer ud hos egen læge. Det giver et systematisk overblik og en mulighed for at følge patienten over tid.

5 projekter sat i søen

Partnerskab om PRO blev etableret i 2016 og er et samarbejde mellem en række forskellige aktører i sundhedsvæsenet. Formålet med partnerskabet var altså at finde frem til en metode for, hvordan man bedst inddrager patientens oplysninger – til gavn for patientens forløb.

Partnerskabet er treårigt og er lige nu i fuld gang med at udrulle fem konkrete projekter. I projekterne inddrages PRO i kræftbehandlingen på fem forskellige hospitaler, et i hver region.

Projekterne undersøger brugen af PRO inden for behandlingen af blandt andet tyktarmskræft, modernmærkekræft og lymfekræft.

To af forskningsprojekterne undersøger, hvordan PRO kan bruges i behandlingen. Fokus er her på at overvåge patientens bivirkninger tættere, så man kan handle hurtigere og mere proaktivt. I sidste ende er formålet at undersøge, om brugen af PRO kan være med til at nedbringe bivirkninger.

Et tredje projekt har fokus på, hvordan man integrerer PRO på en hel onkologisk afdeling, så patienten involveres tættere og mere konsekvent fra start til slut. Fx vil man også benytte værktøjet til alle patienter på afdelingen, uanset om de er indlagte eller i et ambulant forløb.

Tester forskellige modeller

Det er lægen, der har til opgave at facilitere PRO-ansøgningen: Præsenter patienten for muligheden for at indrapportere oplysninger, og bagefter skal lægen så drive indsamlingen og anvendelsen af data.

Planen er, at PRO skal integreres med den elektroniske patientjournal, så lægen modtager svarene på linje med alle andre prøvesvar. Ifølge Camilla Hassing Grønbæk afprøver man forskellige løsninger til at integrere systemerne.

”Tre af vores projekter bruger en it-plattform med egen patientportal, hvor patienten logger ind med cpr-nummer og enten svarer online fra egen pc eller tablet eller gør det i venteværelset. Data kommer direkte fra patienten til behandleren og integreres med de

elektroniske patientjournaler og med nogle af de øvrige systemer på hospitalerne. Så kan lægen klikke ind på svarene med det samme,” fortæller Camilla Hassing Grønbæk.

Det er forskelligt, hvordan og hvor nemt man tilgår data. Det er noget af det, som partnerskabsmodellen skal afdække. Udover at teste ude på hospitalerne og konsultationen, ses der også på, hvordan man bedst samler data op i databaser og registre, så man kan følge hele patientgruppens udvikling og foretage komparative analyser af forskelle på tværs af afdelinger, hospitaler og regioner.

På sigt fås en national løsning – den er på vej.



En national PRO-indsats

Program PRO i regi af Kræftens Bekæmpelse har været forløber for en national indsats for at bruge patientrapporterede oplysninger i Danmark.

Der er nu etableret et ambitiøst samarbejde på tværs af kommuner, praksissektoren og regionerne (hospitalerne), der skal sikre, at patienterne spørges om det væsentlige – på samme måde på tværs af landet. Se mere her www.pro-danmark.dk

Regionerne er derudover i gang med at anvende patienternes svar til at sikre, at ambulante kontroller målrettes dem, som har behov for det. Dette skal sikre, at patienterne følges, som de skal, men at de samtidig ikke forstyrres unødigt ved at blive indkaldt til kontroller, som kunne være klaret på anden vis.

Regionerne er i gang med områderne epilepsi, prostatakræft og kemobehandling mod brystkræft bl.a. baseret på et godt forarbejde i Region Midtjylland.



Feedback nu og her

Tidstro feedback bredes ud i hele landet

Tidstro feedback sikrer, at patienter og pårørendes feedback bliver indsamlet, mens behandlingen foregår eller stadig er i frisk erindring – fra sengekanten, ambulatoriet, under genoptræningen, ved eller kort efter udskrivningen. Alle regioner arbejder i dag med indsamling af tidstro feedback fra patienten.

I mange år er patienterne blevet spurgt ind til, hvordan de oplever deres behandlingsforløb. Det har givet sundhedsvæsenet en stor viden. Men der skal indsamles endnu mere viden.

Derfor arbejdes der i regionerne med en række metoder til at få patientens tilbagemelding, imens behandlingen er i gang. Metoden kaldes for "tidstro feedback".

I den tidstro feedback indsamles oplysninger om de oplevelser, som patienten har haft i forbindelse med sit besøg på hospitalet. Fx om patienten følte, at personalet lyttede til bekymringer, ønsker og behov. Og om patienten alt i alt føler, at han/hun fik en god behandling.

Indsamling af tidstro feedback gavner både patienter og pårørende såvel som personale. Feedbacken bliver givet lokalt på de enkelte afdelinger, og

derfor får personalet mulighed for at reagere hurtigere på tingene og skabe ændringer for patienterne nu og her.

Den tidstro feedback skaber samtidig større feedback-motivation hos patienterne, fordi de får mulighed for at give feedback, mens de stadig er indlagt, eller mens de har deres behandling i frisk erindring – og nogle gange kan de nå at mærke en ændring, mens de er indlagt. Patienter og pårørende føler derfor, at det har større relevans for dem at give feedback.

Fra samtale til it-løsninger og postkort

Tidstro feedback er et landsdækkende initiativ, der arbejdes med i alle regioner. Regionernes arbejde med tidstro feedback spænder over flere tiltag og metoder. Hvordan den enkelte afdeling skal tilgå feedbacken organiseres og struktureres af

ledelsen i samarbejde med personalet på afdelingen. På side 22 kan du se tre dogmer for arbejdet med tidstro feedback.

Det tidstro element strækker sig tidsmæssigt til at dække lige fra behandlingens start på dag 1 over indlæggelsesforløbet, udskrivelse og slutteligt til et stykke efter indlæggelsen fx ved follow-up-samtaler. På dag 1 kan det være, at patienten giver feedback om den information, vedkommende har modtaget om fx indlæggelse og behandlingsforløb, mens det endnu er klart i hukommelsen.

Et eksempel på den tidstro feedback ses på Kardiologisk afsnit 202A i Hjørring i Region Nordjylland, hvor feedback indsamles løbende via samtaler med patienterne. Også på Gynækologisk afsnit ved Aalborg Universitetshospital i Region Nordjylland arbejdes der med tidstro

feedback. Her får patienterne udleveret elektroniske spørgeskemaer ved udskrivelse, som afdelingens personale indsamler, omsætter til grafer og synliggør resultaterne for alle på afdelingen. Og på Ortopædkirurgisk Afdeling på Regionshospitalet i Randers hjælper frivillige Røde Kors-medarbejdere med at få patienterne til at besvare elektroniske spørgeskemaer ved udskrivelse.

En del af en større plan

Tidstro feedback er en integreret del af patient- og pårørendeinddragelse og indgår i flere af de fem regioners strategier, handlingsplaner og budgetaftaler. Initiativet er ligeledes en del af det data-drevne forbedringsarbejde.

Eksempler på metoder og redskaber i arbejdet med tidstro feedback

- Feedbackkort
- Feedback ved stuegang
- Feedback ved lederrunder
- Postkasse i afdelingen, hvor patienter kan lægge et postkort med ris/ros
- Happy Or Not-standere med forskellige smileys
- Standere med spørgeskemaer
- Spørgeskema på tablets
- Online spørgeskemaer
- Udskrivningssamtaler med patienter, bl.a. via anvendelse af udskrivningskort
- Frankerede postkort, som patienter får med hjem ved udskrivelse

ALLE
**5**
REGIONER
ARBEJDER
MED **TIDSTRO**
FEEDBACK

Kendetegn ved tidstro feedback



Feedback indsamles så tæt på realtid som muligt.



Feedback indsamles på lokalt niveau, så tæt på de kliniske teams som muligt.



Feedback indsamles regelmæssigt og systematisk.



Det digitale sundhedsvæsen er borgerens sundhedsvæsen

Digitalisering åbner mange døre – ikke mindst når det handler om en optimering af sundhedsvæsenet og mere inddragelse af patienten. Det danske sundhedsvæsen er allerede et af verdens mest teknologisk veludviklede, og det er en dagsorden, som præger hele sundhedsvæsenet i disse år. Mange digitale løsninger, som forandrer sundhedsvæsenet og borgerens rolle i det, er allerede udrullet.

Adgang til egen journal

En af de digitale løsninger, der lever i sundhedsvæsenet, er sundhedsjournalen på sundhed.dk. Her kan patienten følge med i sin egen sundhedsjournal og se resultater af prøver efter få dage, hvilket fjerner forsinkelse til gavn for patienten. At patienten har adgang til egen journal er en udvikling, der giver patienten mulighed for hele tiden at kunne følge aktivt med i sit forløb og

er derfor et vigtigt skridt for at skabe et mere borgernært sundhedsvæsen. Dog stiller patientens adgang til sin egen journal også krav til sundhedspersonalet om at støtte og forberede patienten på den information, han/hun kan finde i journalen, da denne kan indeholde beskrivelser, der kan være svære for patienten at forholde sig til.

De pårørende kan også følge med

På sundhed.dk er der også en funktion for de pårørende, hvor de kan følge med i det specifikke sygdomsforløb.

De pårørende får dog ikke automatisk adgang til journalen – patienten skal aktivt gå ind og tillade det på sundhed.dk.

Selvtjeningsløsninger til booking af aftaler

Det giver en lettere hverdag, når man selv digitalt kan booke eller ændre de mest almindelige patientaftaler med hospitalet, fx graviditets-scanninger. Og det sparer også personalet for administrativt arbejde. Fra 2014-2015 blev der gennemført pilotprojekter i alle fem regioner

med digital booking af aftaler på hospitalerne. I Region Nordjylland gennemførte man et projekt, der gav borgere over 15 år mulighed for at booke udvalgte røntgenundersøgelser. Alle pilotprojekterne viste, at der er en entydig positiv holdning blandt patienterne til digital booking.

Digitale løsninger til patienten med et komplekst forløb

Stat, kommuner, regioner og almen praksis er i gang med at udvikle løsningerne, der digitalt kan understøtte, at patienter med komplekse sygdomsforløb får en nemmere vej igennem deres behandlingsforløb. Det skal bl.a. ske ved,

at den enkelte patient deler oplysninger om, hvilke aftaler han/hun har, hvilke stamoplysninger der knytter sig til patienten – fx hvem de pårørende er, og hvilke planer der er for en bestemt patient.





Afstandene bliver mindre med telemedicin

Mere digitalisering og nye teknologiske løsninger til gavn for borgerne er et mål i Borgernes Sundhedsvæsen. Og der er sket meget i løbet af de senere år på den front, hvor løsninger med telemedicin er blevet afprøvet i pilotprojekter i hele Danmark. Projekterne har bl.a. vist, at telemedicin kan give bedre patientforløb og hjælpe patienter til bedre at mestre deres behandling. Næste skridt er nu en national udbredelse af en række telemedicinske løsninger.



Over 400 telemedicinske tilbud. Så mange tilbud udvikles, afprøves og evalueres der i øjeblikket på – på tværs af hele sundhedsvæsenet i hele Danmark.

En telemedicinsk løsning vurderes blandt andet på dens patientnære, kliniske og økonomiske effekter. Bidrager løsningen succesfuldt til de tre parametre, kan en national udbredelse overvejes. En række af de eksisterende telemedicinske løsninger er allerede så langt i processen, at de er klar til at blive nationalt udbredt.

Telemedicin til patienter med KOL

Et af de projekter, der er i gang med at blive nationalt udbredt, er et telemedicinsk tilbud til patienter med svær KOL.

I sommeren 2015 indgik regeringen en aftale med Danske Regioner og kommunerne om, at telemedicin skal være et tilbud til alle relevante borgere med KOL over hele landet ved udgangen af 2019. Den landsdækkende udbredelse er organiseret i fem landsdelsprogrammer – et for hver region med tilhørende kommuner.



**OVER
400**
TELEMEDICINSKE
LØSNINGER

Det er et udbredelsesprojekt, der er udsprunget af TeleCare Nord-projektet i Region Nordjylland, og det er et af de første storskala projekter på telemedicin, der er lavet i Danmark.

Udbredelsen af denne telemedicinske tilbud er samtidig med til at lægge kimen for, hvordan der skabes gode samarbejdsveje mellem kommuner, regioner og almene praksisser.

Silopdelingen og silotænkningen i det danske sundhedsvæsen kan være en udfordring, og derfor arbejdes der på, hvordan den eksisterende infrastruktur i datadeling kan blive bedre, ligesom der tænkes i nye arbejdsgange, større samarbejde og ansvarsdeling på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet.

Der er et stort ønske om at skulle drage nytte af de erfaringer, der opnås med KOL-projektet, således at borgere med andre sygdomme også kan nyde godt af telemedicinske tilbud.

Foruden den store landsdækkende udbredelse af telemedicin til KOL-patienter har Danske Regioner og regeringen også indgået aftale om, at telemedicin skal udbredes som tilbud til gravide med komplikationer på fødeafdelinger i hele landet inden udgangen af 2020.

Telemedicin er digitale sundhedsydelser

Telemedicin er forskellige typer af internetdrevne og digitalt understøttede sundhedsydelser, der gør kontakt mellem patienter og sundhedsfagligt personale muligt – på trods af geografiske afstande. Patienten skal afhængigt af sygdommen og telemedicinens udformning tage billeder, indtaste måleresultater og/eller svare på spørgeskemaer, der derefter videregives til det sundhedsfaglige personale. Telemedicin giver læger og sygeplejersker mulighed for løbende at holde øje med patientens sygdomstilstand. Dette muliggør, at det sundhedsfaglige personale i samarbejde med patienten kan reagere proaktivt og fore-

byggende, såfremt patientens tilstand forværres.

Et nyere forskningsprojekt har vist, at patienter både oplever færre og kortere hospitalsindlæggelser, når de er del af et telemedicinsk tilbud. Dette er i særdeles til gavn for patienten, ligesom at det kan være med til at lettet noget af presset på hospitalerne.

Telemedicin gavner patienterne, fordi de får mere frihed i hverdagen. Det medfører, at patienterne ligeledes oplever

et reduceret antal af fraværsdage fra skole og arbejde. Samtidig giver telemedicin patienten mulighed for at få et indblik i sin helbredstilstand og mestre sin egen sygdom.

Erfaringerne fra projekterne viser desuden, at borgerne, som er i et telemedicinsk tilbud oplever, at de har større kontrol over eget sygdomsforløb. Derudover giver det telemedicinske tilbud også borgere en øget følelse af tryghed i deres liv med sygdom.

Case

Børn og unge med tarmsygdomme håndterer sygdommen via internetprogram

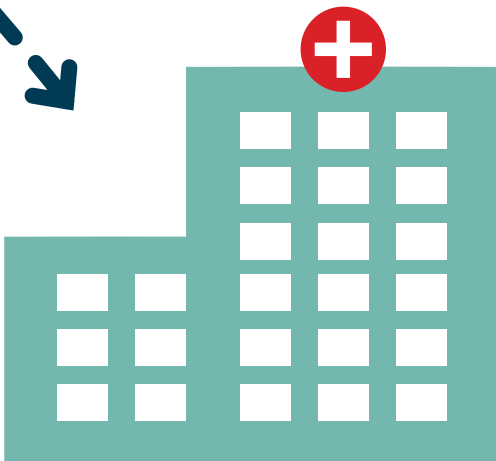
På Børneafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital behandler man blandt andet børn og unge med kroniske inflammatoriske tarmsygdomme. Og her har de oplevet gode resultater med brug af telemedicin.

Afdelingen har gennem et toårigt eHealth-projekt udviklet et webprogram, der er designet til børn og unge i alderen 10-17 år med kroniske tarmsygdomme. Telemedicinen giver de unge patienter mulighed for hjemmefra at registrere deres symptomer og medicinindtag samt få svar på afføringsprøver. Det betyder, at de unge patienter har færre hospitalsbesøg – hvilket giver dem færre fraværsdage fra skolen og gør det nemmere for dem at leve et normalt liv, fordi de ikke ligeså ofte skal til kontrol på hospitalet.

Både børnene og deres forældre er trygge ved internetløsningen, som hjælper de unge med at forstå sygdommen, huske medicinen og få tilpasset sygdommen til hverdagen.

En evaluering af børneafdelingens projekt har blandt andet vist, at børnene, der benyttede den telemedicinske løsning, havde færre hospitalsbesøg og færre fraværsdage fra skole.

Børneafdelingen på Amager og Hvidovre Hospital vandt med initiativet prisen som Årets Borgereindragsende Initiativ 2017, som Danske Regioner uddelte i regi af Borgernes Sundhedsvæsen.





Patientansvarlig læge – en ny national model, der giver helhed og sammenhæng

Én patient, én ansvarlig læge. Den patientansvarlige læge er et centralt initiativ i Borgernes Sundhedsvæsen, fordi det giver mere trykke og sammenhængende behandlingsforløb – til glæde for patienterne. Initiativet har haft så god succes, at det skal indføres i hele landet.

Ingen patienter i det danske sygehusvæsen må være i tvivl om, hvem der er ansvarlig for deres udrednings- og behandlingsforløb, og hvem de skal opsøge, når de vil have viden om deres behandling eller sygdom.

Det er en grundpille i Borgernes Sundhedsvæsen, og Danske Regioner har derfor i samarbejde med Sundheds- og Ældreministeriet, Kræftens Bekæmpelse, Danske Patienter, Overlægeföreningen, Yngre Læger og Dansk Sygeplejeråd indgået en aftale om en national model for at indføre den patientsvarlige læge på de danske hospitaler. Aftalen udspringer af regeringens Kræftplan IV og regionernes økonomiaftale for 2017.

Pilotprojekter med gode resultater

Baggrunden for udbredelsen af patientansvarlig læge er 44 pilotprojekter, der blev igangsat i 2015 på tværs af alle fem regioner. Projekterne, der havde forskellig udformning afhængig af den enkelte afdelings opbygning og struktur, løb til ultimo 2016 og

fik gode evalueringer med på vejen: Patienterne oplevede en større trykthed, og indførelsen af den patientansvarlige læge medførte i flere af projekterne også et mere forpligtende og tilfredsstillende arbejde for det sundhedsfaglige personale.

Et af pilotprojekterne fandt sted i samarbejde mellem Kirurgisk Afdeling på Sjællands Universitetshospital, Køge og Sjællands Universitetshospital, Roskilde, der samarbejder om at varetage diagnosticering, udredning, staging (vurdering af fase) og operation af patienter med kræft i tyk- og endetarm. Behandlingen foregår ofte på tværs af de to hospitaler og flere afdelinger. Patienterne har derfor mange veje gennem systemet, før behandlingen er gennemført. I pilotprojektet havde de to afdelinger succes med at udpege én ansvarlig læge, der sammen med en forløbskoordinator fulgte patienten i hele forløbet.

95 % af de involverede patienter fortalte, at de følte sig sikre på deres behandlingsforløb på grund af tilknytningen til deres patientansvarlige læge.

Et fælles koncept på tværs af regioner

For at sikre udbredelsen og en fælles forståelse af den patientansvarlige læge har Danske Regioner og de involverede parter på baggrund af erfaringerne fra pilotprojekterne i foråret 2017 udarbejdet

”Hvidbog for den patientansvarlige læge”, som oplister, at det overordnede formål med den patientansvarlige læge er at understøtte patienten i følgende:

En styrket inddragelse af patienten (og evt. pårørende) i patientens behandlingsforløb.

Bedre koordinering af den sundhedsfaglige indsats med henblik på at øge den patientoplevede kvalitet.

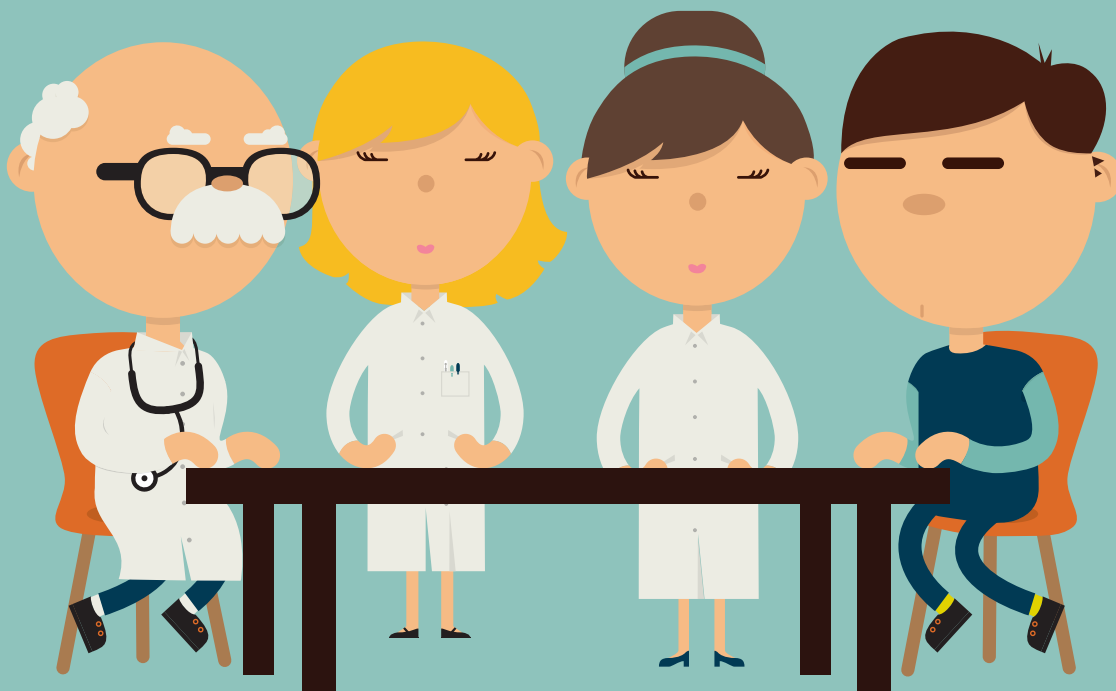
Bedre sammenhæng og fremdrift i patientforløbet, så unødvendig ventetid/spildtid undgås.

En øget arbejdsglæde hos lægerne ved at øge muligheden for at følge den enkelte patients udrednings- og behandlingsforløb på hospitalet og ved at øge lægens mulighed for bedre at udnytte sin viden og ekspertise.

En kulturændring, der indebærer, at patientforløb tilrettelægges i samarbejde mellem læge, patient og eventuelle pårørende samt øvrige relevante sundhedsfaglige personer og med hensyn til patientens ønsker og samlede livssituation.

Større patienttilfredshed og en reduktion i antallet af negative patientrapporteringer i overgange både mellem sundhedspersoner inden for egen afdeling/speciale og på tværs af afdelinger og matrikler.

**44
PILOT
PROJEKTER
SIDEN 2015**



Hvem er den patientansvarlige læge?

Den patientansvarlige læge er en navngiven læge, der er udpeget til at bære det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb på hospitalet. Den patientansvarlige læge har **et fast team omkring sig**, og patienten inddrages i beslutninger om og afvikling af patientforløbet.

Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale, men har en koordinerende rolle i forhold til patienten og patientens udrednings- og behandlingsforløb.

Patienten skal kunne søge til sin patientansvarlige læge, hvis han/hun er i tvivl om noget i forhold til sit forløb.



Helhedsorienteret patientforløb skaber overblik og tryghed

Helhedsorienteret forløb, der tilrettelægges ud fra patientens behov og samlede livssituation, og som er sammenhængende på tværs af afdelinger og sektorer, giver patienten en større oplevelse af tryghed og kvalitet. Erfaringerne fra seks indsatser på tværs af landet skal føre til en række gode råd og anbefalinger, der kan gavne udbredelsen af det helhedsorienterede patientforløb.

“ I kraft af min sygeplejefaglighed kan jeg hjælpe patienten med andre ting end eksempelvis at få en tid på en bestemt afdeling. Jeg kan hjælpe patienten på flere niveauer, hvilket også kan være at få patienten i form til at kunne begynde en specifik behandling, fx kemoterapi. Et andet eksempel er, at en pårørende henvender sig og beder om vejledning til behandling af patienten i hjemmet. Her træder min faglighed igen i kraft og bidrager til den specifikke situation. ”

Anne Elisabeth Bjerrum,
forløbskoordinator

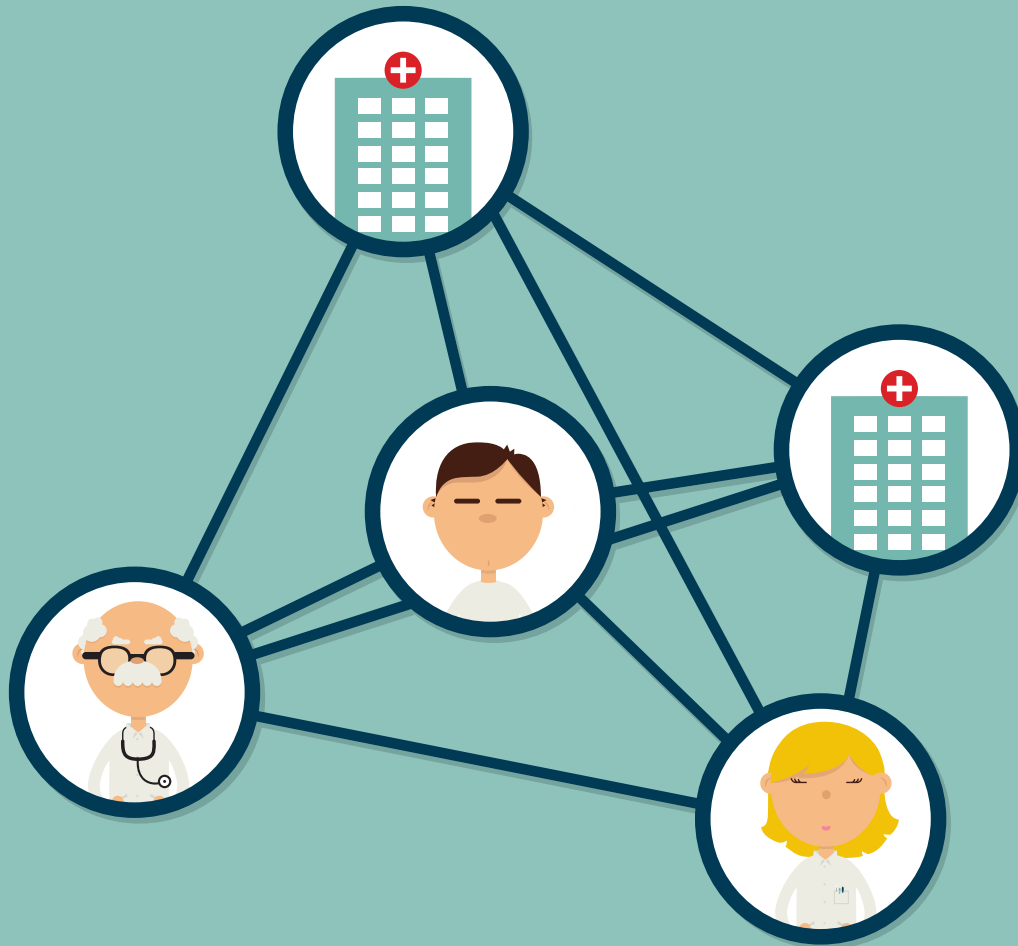
Det er vigtigt, at patienter, der har behandlingsforløb på tværs af afdelinger og sektorer, oplever, at de har overblik over deres forløb, så der ikke opstår usikkerhed hos dem eller deres pårørende.

Indførelse af patientansvarlige læger skal være med til at sikre helhedsorienterede patientforløb, hvor hensyn til patientens viden, livssituation og præferencer inddrages i afviklingen af patientforløbet. Den patientansvarlige læge har det overordnede ansvar for patientens forløb, men skal i et tæt samarbejde med det øvrige team omkring patienten sikre, at der er fremdrift og en rød tråd i patientens forløb – også når forløbet går på tværs af afdelinger eller hospitalet.

Med initiativet helhedsorienterede patientforløb, som Danske Regioner, PLO, KL og DSR har samarbejdet om i regi

af Borgernes Sundhedsvæsen, undersøges det, hvordan seks forskellige projekter kan give mere trygge og sammenhængende forløb – særligt i forhold til en hverdag med sygdom. Mere konkret undersøges det, hvordan det kan sikres, at patienter oplever at have kontrol og indflydelse, og hvordan patienternes forløb bliver tilrettelagt i forhold til deres sociale, psykiske og fysiske behov og livssituation. I den sammenhæng er der fokus på samarbejdet mellem de forskellige fagpersoner omkring patienten. Det gælder fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, lægesekretærer, fysioterapeuter og læger.

Tre af indsatserne har fokus på forløbskoordinatorer, som har en særlig rolle i forhold til at sikre gode overgange mellem afdelinger og sektorer, opdaterede samarbejdsaftaler



og tværprofessionel koordinering. Forløbskoordinatorerne fungerer som faste kontaktpersoner. De kan fx besvare spørgsmål om patientens forløb og tage stilling til eventuelt behov for at videresende patienten.

Patientens situation definerer indsatsen for forløbskoordinatoren

Anne Elisabeth Bjerrum er en af forløbskoordinatorerne ved Rigshospitalet. Hun fortæller, at der er stor forskel på de henvendelser, der kommer fra patienter og pårørende. Derfor må hun som forløbskoordinator hver gang vurdere den enkelte patients situation.

”Min rolle som forløbskoordinator er at vejlede patienter og pårørende. Det varierer meget, hvilken hjælp eller vejledning der er brug for, og jeg følger derfor ikke et skema, når en

patient eller en pårørende tager kontakt. Jeg bruger i stedet tid på at finde ud af, hvad henvendelsen drejer sig om, og hvordan jeg bedst muligt kan hjælpe patienten eller den pårørende. På den måde sikrer jeg, at jeg imødekommer den enkeltes behov og tager højde for den enkeltes sygdoms- og behandlingsforløb”, fortæller Anne Elisabeth Bjerrum, forløbskoordinator ved Rigshospitalet.

Forløbskoordinatorerne på Rigshospitalet er ofte sygeplejersker. De bidrager til en helhedsforståelse for den enkelte patients sygdoms- og behandlingsforløb, som rækker ud over kommunikationen på tværs af afdelinger.

Gode råd og anbefalinger til det helhedsorienterede patientforløb

På baggrund af de seks indsatser skal en projektgruppe bestående af Danske Regioner, PLO, KL og DSR i 2017 udarbejde en rapport med gode råd og anbefalinger til det fremtidige arbejde med helhedsorienterede patientforløb.

De seks indsatser vil blive beskrevet som hver sin case i rapporten. Casebeskrivelserne forholder sig bl.a. til baggrunden for at iværksætte indsatsen, hvilke resultater der er opnået, organiseringen omkring patientforløb og inddragelsen af patienter og pårørende.

Målet er, at rapporten kan bidrage med ny viden og inspirere sundhedsvæsenets aktører til at arbejde videre med at sikre helhedsorienterede og sammenhængende forløb.



Samarbejdsmodeller skal give sammenhængende forløb for børn og unge med spiseforstyrrelser

Unge patienter med spiseforstyrrelser møder ofte udfordringer af både psykisk, fysisk og social karakter. Oven i det oplever de også ofte, at samarbejdet mellem regionerne og kommunerne om deres forløb ikke er helt optimalt. Et partnerskabsprojekt i regi af Borgernes Sundhedsvæsen arbejder på en udvikling af gode, sammenhængende forløb, der skal give bedre oplevelser og behandlingsforløb for de unge patienter.

I projektet indgår tre regioner og otte kommuner

- Region Hovedstaden
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Københavns Kommune
- Gladsaxe Kommune
- Lyngby-Taarbæk Kommune
- Bornholms regionskommune
- Odense Kommune
- Sønderborg Kommune
- Favrskov Kommune
- Holstebro Kommune

Det er ikke nemt at leve med en spiseforstyrrelse. Slet ikke når man er en ung person. Og desværre oplever de unge patienter med spiseforstyrrelser også ofte, at deres forløb ikke glider helt let, fordi samarbejdet mellem regionerne og kommunerne ikke altid fungerer optimalt.

For at reagere på den udfordring indgik Danske Regioner, KL, Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser m.fl. i 2015 et partnerskab med det formål at udvikle en ny samarbejdsmodel for børn og unge ramt af spiseforstyrrelser af typen anoreksi og bulimi og deres forældre/pårørende.

Ambitionen med partnerskabet var at udarbejde lokale forløbsmodeller for børn og unge med spiseforstyrrelser. Forløbsmodeller, som går på tværs af sektorer, og som skal afprøves med henblik på evaluering og udbredelse.

"Initiativet med samarbejdsmodeller er vigtigt, fordi vi i mange år har talt om besværlighederne i overgangene mellem indsatserne til mennesker med spiseforstyrrelser. Nu er der endelig udkast til konkrete samarbejdsmodeller, der skal forsøge at skabe glidende overgange og identificere de

barrierer, der er. Det er ikke det vigtigste for patienter og pårørende, hvem der giver eller betaler for indsatserne, men at de får hjælpen på rette tid og sted og med den fornødne kvalitet tilpasset den enkeltes behov," siger Steen Andersen, generalsekretær i Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade.

Glæde hos patienter og pårørende

Arbejdet med at udvikle modeller vækker også glæde hos patienter og pårørende – som ser frem til mere glidende overgange imellem regioner og kommuner.

"At kommunerne og regionerne arbejder hen imod at gøre overgangen mellem dem lettere, kan jeg som pårørende kun glæde mig over. Jeg har selv oplevet konsekvenserne af manglende samarbejde og er derfor glad for at blive hørt, og jeg er glad for, at jeg har kunnet komme med forslag til, hvordan tingene kunne gøres," siger Ditte Rosenkrands, pårørende.

Case

Samarbejdsmodellerne tager form i regionerne

Et af pilotprojekterne, der arbejder på en samarbejdsmodel for børn og unge ramt af spiseforstyrrelser, er et samarbejde mellem Region Midtjylland, Favrskov Kommune og Holstebro Kommune, der har beskrevet en samarbejdsmodel for børn og unge i alderen op til 18 år, som er ramt af en moderat til svær spiseforstyrrelse. Formålet med modellen er at opstille retningslinjer for "best practice" i samarbejdet mellem regionen og de to kommuner. Ambitionen er, at flere kommuner ønsker at deltage i dette samarbejde.

"Ambitionen med samarbejdsmodellen er, at der skal være en koordinerede indsatsplan med fokus på en række vigtige temaer i forhold til at levere den rigtige støtte under og efter behandling på tværs af sektorer, og som det enkelte barn og unge og pårørende tydeligt mærker effekten af,"

fortæller ledende centeroverlæge Jens Buchhave fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland og leder af Rådgivningscentret i Favrskov kommune, Dorte With.

Forløbsmodeller i Region Syddanmark og Region Hovedstaden

I Region Syddanmark er regionen, Odense Kommune samt Sønderborg Kommune meget tæt på at færdiggøre en beskrivelse af et projekt, som efterfølgende skal afprøves.

I Region Hovedstaden og Københavns Kommune er der i regi af KKR Hovedstaden (kommunekontakttråd) taget initiativ til at etablere en tværsektoriel arbejdsgruppe vedrørende spiseforstyrrelser. I arbejdsgruppen indgår pt. fire kommuner og to regionale behandlingssteder.



**Klumme af
Andreas Rudkjøbing, formand for Lægeforeningen**

“Vi skal samarbejde på tværs”

Ambitionen med Borgernes Sundhedsvæsen har været at påvirke sundhedsvæsenet i en retning, hvor der er fokus på den enkelte patients behov og forudsætninger. Sammen med andre organisationer har vi i Lægeforeningen været partner i arbejdet. Det er vigtigt at bakke op om en indsats, der vil fremme en mere individuel tilgang til de millioner af mennesker, der hvert år behandles i det danske sundhedsvæsen.

For Lægeforeningen er det afgørende, at fremtidens sundhedsvæsen har patienten som udgangspunkt. Det burde være indlysende, men sundhedsvæsenet er i dag desværre stadig præget af sektortænkning og manglende samarbejde på tværs. Taberen er patienten, der oplever tunge usammenhængende overgange, som forlænger og forringer behandlingen. Ofte medfører manglen på sammenhæng

også spild af ressourcer. Derfor er det vigtigt, at Borgernes Sundhedsvæsen har fokus på netop sammenhæng.

Det er klart, at der er brug for strukturelle tiltag. Lige nu venter vi på sundhedsministeren varslede politiske udspil om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Men det er også klart, at vi selv og gode kolleger fra andre fag skal sætte gang i det samarbejde på

tværs, som umiddelbart kan lade sig gøre. Det samme gælder ledelser i sundhedsvæsenet, regioner og kommuner. Borgernes Sundhedsvæsen har i høj grad bidraget til, at det står klart for sundhedsvæsenets aktører, at vi har et fælles ansvar for denne opgave.



Nye anbefalinger til patientens sidste tid

Hvordan kan sundhedsvæsenet i højere grad imødekomme patienternes og de pårørendes ønsker til den sidste levetid? Det har en række organisationer set nærmere på.

Selvom de fleste danskere har et ønske om at dø hjemme, er det ikke altid, at sundhedsvæsenet evner at imødekomme patientens ønsker og forventninger til den sidste tid. En indsats i Borgernes Sundhedsvæsen har derfor været at sikre bedre kvalitet og sammenhæng i forbindelse med patientens sidste levetid, så denne tid i højere grad end tidligere tager udgangspunkt i patientens ønske.

Indsatsen hedder "Patientens sidste levetid". Det første møde i projektgruppen blev afholdt i oktober 2015, og i foråret 2017 udkom så seks anbefalinger til arbejdet med patienternes sidste tid. Anbefalingerne ligger nu ude hos de forskellige interessenter og aktører i sundhedsvæsenet og er klar til at blive omsat til handling.

Et vellykket samarbejde på tværs

Projektgruppen består af KL, Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA), Dansk Sygeplejeråd, Kræftens Bekæmpelse, FOA, Danske Fysioterapeuter, Danske Lægesekretærer, PLO, Danske Regioner samt repræsentanter fra regionerne.

Det næste skridt er nu at udbrede kendskabet til anbefalingerne og opfordre blandt andet ledelsen på landets hospitaler til at gøre brug af dem.

Region Sjælland forankrer arbejdet om patientens sidste tid

Et af de steder, hvor der arbejdes på at styrke arbejdet omkring patientens sidste tid, er i Region Sjælland. Sammen

6 anbefalinger til patientens sidste levetid

med 17 kommuner og almene praksisser er Region Sjælland i Sundhedsaftalen for 2015-2018 blevet enige om en styrket og harmoniseret indsats i forbindelse med patientens sidste tid. Derfor har man i projektet nedsat en gruppe på tværs af sektorer, der arbejder for en forbedret indsats over for patienterne.

En fælles aftale

En indledende kortlægning foretaget af Region Sjælland viste, at de fagprofessionelle

havde begrænset viden om både interne og eksterne tilbud i regionen i forbindelse med patientens sidste tid. Kortlægningen viste også, at der manglede et fælles sprog om patientens sidste tid, og at der var uens tilbud på tværs af kommuner og hospitaler på det basale og specialiserede område. På baggrund af undersøgelsens resultater, er der udarbejdet en aftale for patientens sidste tid i Region Sjælland for både det basale og specialiserede niveau.



Projektgruppen anbefaler

1. Patienternes behov skal identificeres og vurderes systematisk. Patienter og pårørendes ønsker skal inddrages i vurderingen, og der skal skabes et tværfagligt netværk af fagprofessionelle, som sikrer patienten et helhedsorienteret forløb.
2. Der skal sættes fokus på pårørendes behov, samt støtte til pårørende under sygdomsforløbet og efter patientens død.
3. Alle patienter med behov for palliation skal tilbydes palliativ indsats.
4. Palliativ indsats skal koordineres på tværs af sektorer for at sikre det bedste forløb for patienten og optimal kompetenceudnyttelse.
5. Palliation er et fælles ansvar mellem ledelser og medarbejdere. De skal sammen sikre, at palliativ indsats tilbydes patienter med behov.
6. Sundhedsvæsenets palliative indsats skal kortlægges. Overblik over aktuelle tilbud skal skabe grundlag for optimering og udvikling.

“Forskning skal understøtte kulturforandringer i sundhedsvæsenet”

Patientinvolvering sker i dag på alle landets hospitaler og i det nære sundhedsvæsen, men det fulde potentiale er langt fra realiseret endnu.

Derfor er det positivt, at der er initiativer i gang, som bidrager til at ændre kulturen og skabe nye løsninger. Patienter stiller høje krav til kvaliteten af deres behandling og forventer at have indflydelse på behandlingsforløbet. De fleste vil gerne klare sig selv, så fokus skal flyttes fra at gøre noget for patienterne til i højere grad at gøre noget med patienterne.

Et godt eksempel er det brugerinddragende hospital i Aarhus. Her har inddragelse af nyrepatienter har været med til at udvikle nye behandlingsmuligheder, hvor patienterne

tilbydes hjemmedialyse. Det skaber livskvalitet for patienterne og bedre arbejdsgange.

Men der er stadig brug for en mere systematisk metode til patientinvolvering på tværs af hele landet. Det er vigtigt at anerkende, at forandringerne skal bæres igennem af de sundhedspersoner, som møder patienterne. Det handler både om patientsamtaler, fælles beslutningstagen og udvidet brug af patientrapporterede oplysninger, når man overvåger effekten af behandlingen.

Det kræver, at der skabes viden om, hvad der virker. Det er der mangel på i dag. Derfor ønsker vi, at forskning og evaluering bliver en vigtig del af udviklingen af den sundhedsfaglige indsats på patientens præmisser.



Brugerinddragelse er kommet på skemaet

Brugerinddragelse gør sit indpas på de sundhedsfaglige grunduddannelser. Ambitionen er, at de studerende allerede under deres uddannelse bliver rustet til at inddrage patienter og pårørende. Det skal danne grobund for en mere inddragende kultur i fremtiden, hvor de sundhedsfaglige har inddragelse som en kernekompetence.

“ Bruger- og patientinddragelse er centrale elementer i vores elevers uddannelsesforløb, hvor formålet er, at eleverne udvikler kompetencer og dannelse, som de omsætter som professionelle velfærdsmedarbejdere efter endt uddannelse. Vores elever skal i et tværfagligt samarbejde indgå som en aktiv og professionel del af patientens behandling og plejeforløb, og derfor er det vigtigt, at eleverne i deres opgaveforståelse og opgaveløsning hele tiden har patienten som omdrejningspunkt ”

Elsebeth Melgaard, direktør ved SOSU C.

Studerende på de sundhedsfaglige grunduddannelser skal uddannes i brugerinddragelse. De skal oparbejde en evne til at sætte sig i patienternes sted, lære at identificere, hvad der er vigtigt for patienter og pårørende, og de skal lære, hvordan de inddrager patienter og pårørende. Det er en ambition i Borgernes Sundhedsvæsen.

Målet med undervisningsindsatsen er derfor, at patient- og pårørendeperspektivet skal kunne aflæses i de forskellige uddannelsers teoretiske fag, i målene for praktikperioder og i klinikophold og i den lægelige videreuddannelse.

Når de sundhedsfaglige allerede, mens de studerer, rustes i brugerinddragelse, er der nemlig dannet grobund

for et mere borgercentreret sundhedsvæsen.

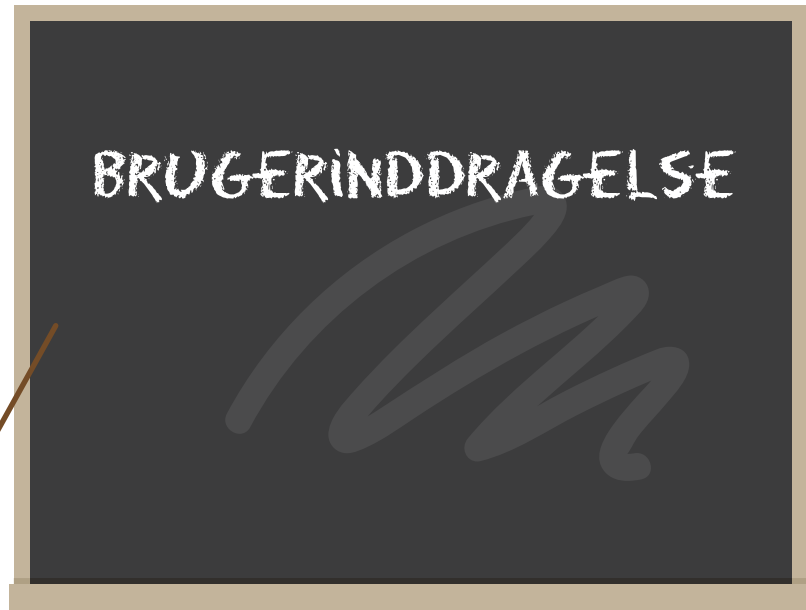
Udviklingen er godt i gang

Og der er sket en udvikling, hvor der i dag arbejdes med brugerinddragelse på flere sundhedsfaglige uddannelser.

Professionsuddannelserne

Et eksempel er arbejdet med revisionen af professionsbacheloruddannelserne, hvor patientinddragelse har været et centralt element.

De sundhedsfaglige professionsbachelorer omfatter uddannelserne til sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, jordemoder, radiograf, bioanalytiker og sundheds- og ernæringsuddannelserne.



SOSU-assistentuddannelsen

I den nye SOSU-assistentuddannelse, der trådte i kraft 1. januar 2017, indgår samspillet mellem borgeren, patienten og de pårørende i målene for både elevernes fag og praktik. Revisionen af SOSU-assistentuddannelsen havde bl.a. til formål at styrke de kommende social- og sundhedsassistenter kompetencer i at kunne varetage mere kompleks sygepleje og understøtte, at patienterne inddrages i eget forløb og behandling.

Den nye social- og sundhedsassistentuddannelse har desuden et styrket fokus på samarbejde, sammenhæng og overgange i borger-/patientforløbet, og borger-patient-pårørende-perspektivet går igen i både fag- og praktikmål.

“ Afsættet i patientens behov og livssituation har altid været en del af vores undervisning, men det øgede fokus på rehabilitering i forbindelse med Borgernes Sundhedsvæsen er naturligvis med til, at der i uddannelsessammenhænge også er et øget fokus. Det har blandt andet medført revision i uddannelsesordningen for social- og sundhedsassistenter i 2012, 2015 og 2017 ”

Elsebeth Melgaard, direktør ved SOSU C.

Medicinstuderende skal også være eksperter i inddragelse

I december 2016 afholdt Danske Regioner og Lægeforeningen i samarbejde med landets fire universiteter en workshop om patientinddragelse på medicinstudiet.

På workshoppen deltog de sundhedsvidenskabelige dekaner og øvrige repræsentanter fra universiteterne samt repræsentanter fra regioner, patientorganisationer, studenterorganisationer og læger. Workshoppen satte fokus på fire fokusområder nemlig kompetencer, undervisning, optagelse og kliniske ophold. Arbejdet fortsætter herfra.



Patienterne føler sig godt behandlet

Den samlede tilfredshed med behandlingen på de danske hospitaler er høj. Det viser den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) fra 2016.

“ Det er glædeligt, at familierne føler sig set og hørt. Der er fortsat god plads til forbedringer og derfor forventer jeg, at regionerne fremover i endnu højere grad lever op til de gravide og fødendes ønsker om tid til dialogen, nærhed i omsorgen og grundig forberedelse til fødsel og familiestart. ”

Lillian Bondo,
formand for Jordemoderforeningen.

Mange initiativer er sat i gang overalt i det danske sundhedsvæsen for at skabe en kultur, der sætter borgeren i centrum, og et system, der belønner den indsats. Men hvor tilfredse er borgerne egentlig?

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) fra 2016, som udgør et væsentligt bidrag i arbejdet med at forbedre kvaliteten for patienten i sundhedsvæsenet, viser, at patienterne generelt er tilfredse med det sundhedsvæsen, de møder, selvom der stadig er noget at tage fat på.

Gode resultater på det somatiske område

Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2016 for somatikken viser fine resultater.

9 ud af 10 vurderer "i høj grad" og "i meget høj grad", at personalet er venligt og imødekommende. Samtidig er kommunikationen mellem sundhedspersonalet og borgeren også god.

Henholdsvis 8 og 9 ud af 10 patienter svarer, at den mundtlige information "i meget høj grad" og "i høj grad" er

forståelig, og at de "i meget høj grad" og "i høj grad" får svar på de spørgsmål, de stiller.

Desuden mener 65 procent af patienterne, at de "i høj grad" eller "i meget høj" grad får mulighed for at deltage i beslutninger om behandlingen, hvilke er flere end tidligere. Undersøgelsen viser dog også, at patientinddragelsen stadig kan blive bedre. Mellem 10 og 27 procent af patienterne svarer, at personalet "slet ikke" eller "i ringe grad" giver dem mulighed for at deltage i beslutninger om behandling og pleje.

Stor tilfredshed blandt patienter og pårørende i psykiatrien

Landets psykiatriske behandling vurderes godt af patienterne i LUP Psykiatri 2016.

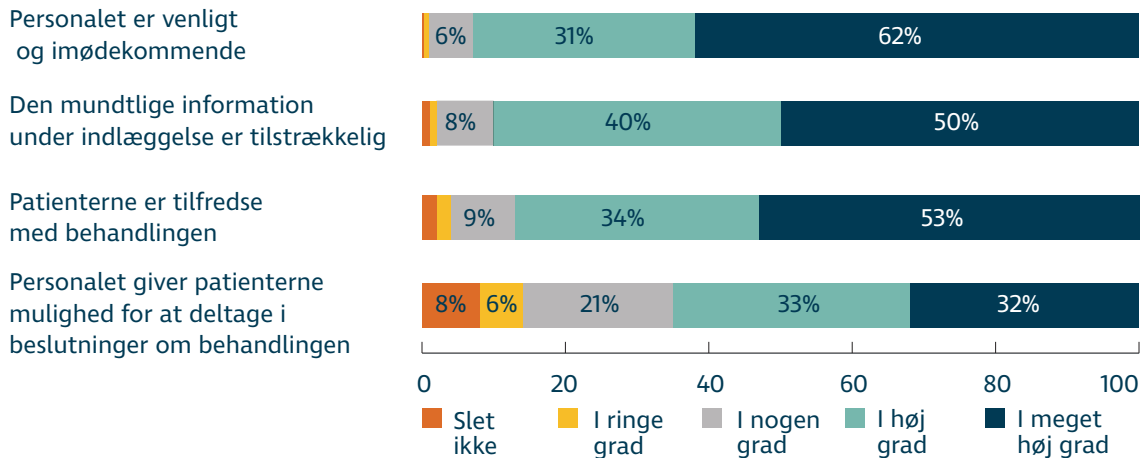
Blandt de indlagte patienter svarer 92 procent af de voksne samt 76 procent af børn og unge, at de har et positivt samlet indtryk af kontakten med psykiatrien. Tilfredsheden blandt ambulante patienter er endnu højere. Her svarer 97 procent i voksenpsykiatrien samt 96 procent i børne- og ungdomspsykiatrien, at de har et "virkelig godt" eller "godt" samlet indtryk af psykiatrien.

Personalet bedømmes også godt i undersøgelsen. Over 90 procent af børn og unge i ambulante behandling samt deres forældre oplever, at personalet behandler dem med respekt.

Fødselsoplevelser i top

LUP Fødende fra 2016 viser, at de fødende kvinder har gode oplevelser. 93 procent har haft en "virkelig god" eller "god" graviditets- og fødselsoplevelse og svarer, at de får god hjælp på hospitalet under graviditeten og den støtte, de har behov for under fødslen.

Udvalgte spørgsmål fra LUP Somatik (planlagt indlagte patienter)



Kilde: LUP Somatik (planlagt indlagte patienter), 2016.



Klumme af
Dennis Kristensen, forbundsformand for FOA,
og Karen Stæhr, sektorformand for FOA

“Vi skal turde gøre forskel”

Vi skal sætte patienten i centrum og have et borger-nært sundhedsvæsen. Jo tak, hvor skulle patienten ellers være, og hvorfor ellers have et sundhedsvæsen?

Enhver organisation eller myndighed med respekt for sig selv har mindst ét udspil eller én temakonference med den overskrift på samvittigheden. Også FOA, som aktivt deltager i arbejdet om Borgernes Sundhedsvæsen.

Til det borgernære vil vi også gerne tilføje det menneskelige,

for det er det, vi ønsker. Et menneskeligt sundhedsvæsen, hvor borgeren er tryk i hele forløbet, og hvor borgeren kan genkende sig selv.

At være borgernær betyder for FOA, at vi tager udgangspunkt i den enkelte borger og dennes livssituation. Vi vil ikke acceptere den ulighed i sundhedsvæsenet, som store specialiserede hospitaler med accelererende patientforløb let kan ende i.

Vi skal turde gøre forskel i behandlingen for ikke at tabe

de patienter, der ikke har kræfter og overblik til på egen hånd at skøjte rundt mellem afdelinger, sektorer og behandlinger. Vi skal turde tage imod den hånd, den ressourcetsvage rækker ud til os. Den hånd, der i dag ofte ikke tages imod, fordi vi mangler den nødvendige tid og det nødvendige overskud.

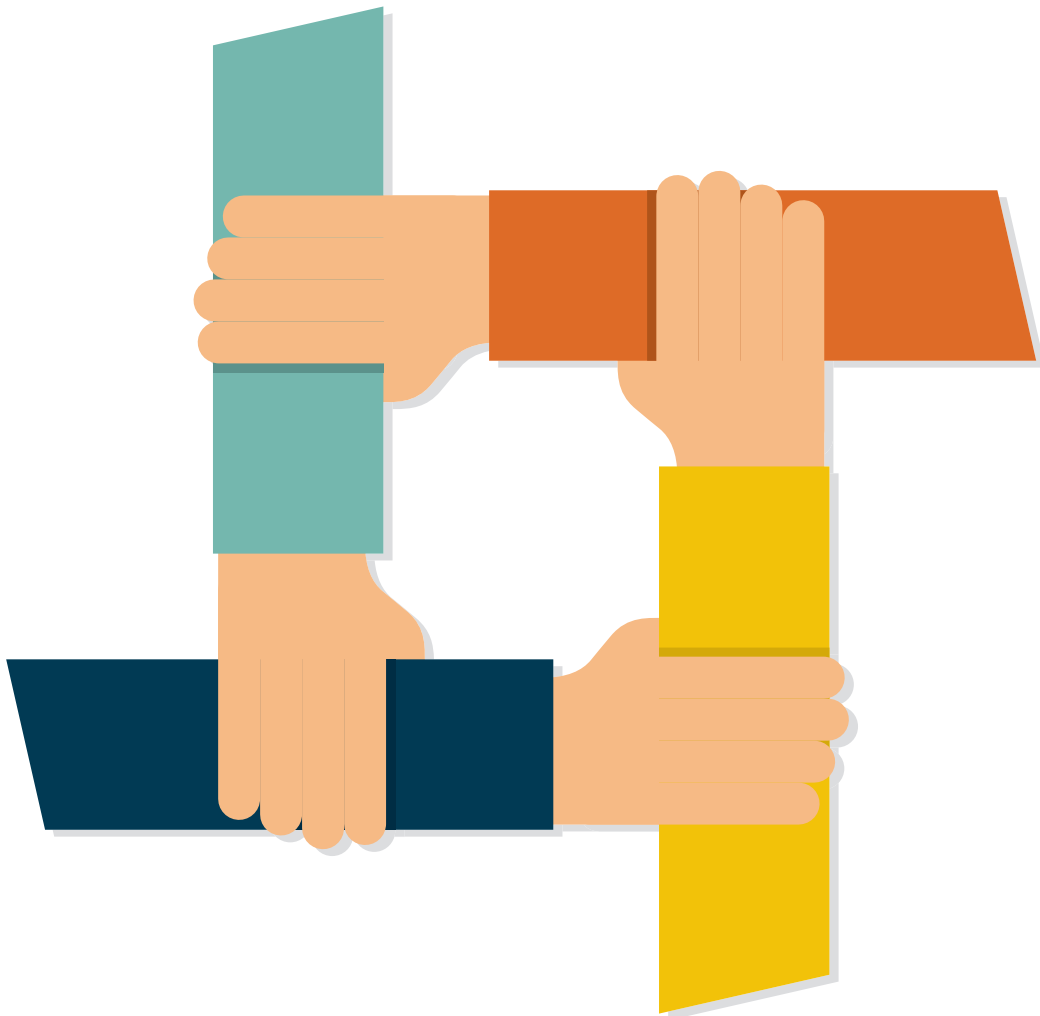
Derfor skal vi erstatte regnearkenes detailregulering med en styring, hvor både borger og ansat kan genkende sig selv og deler værdier og mål.

Den enkelte borger skal opleve, at fællesskabet respekterer deres retssikkerhed og tager udgangspunkt i lige netop deres situation, ønsker og behov. Og de medarbejdere, som praktisk gennemfører sundhedsindsatsen, skal opleve, at systemet understøtter mulighederne for at bruge fagligheden og menneskeligheden til det gode stykke arbejde, gennem hele arbejdslivet – uden at blive nedslidt, udrændt eller syge.



En fælles indsats

Borgernes Sundhedsvæsen er et fælles projekt på tværs af regionerne, de faglige organisationer, patientforeningerne og KL. Vi samarbejder om at fremme en kultur i sundhedsvæsenet, hvor vi skaber tryghed og kvalitet sammen med patienten. Det er derfor også et samlet sundhedsvæsen, der står bag projektet, og som hver dag arbejder på at skabe gode behandlingsforløb, hvor patienter og pårørende oplever, at deres viden, behov og præferencer er udgangspunkt for deres behandlingsforløb.





Parterne bag Borgernes Sundhedsvæsen



JORDEMODERFORENINGEN



DANSKE
REGIONER



yngre læger

Lægeforeningen



FOA



REGION NORDJYLLAND



Ovenstående parter underskrev i 2015 en fælles erklæring om Borgernes Sundhedsvæsen. Parterne bag den fælles erklæring var enige om at arbejde for et sundhedsvæsen, hvor borgernes

viden, behov og præferencer er afsat for såvel det konkrete patientforløb som den generelle udvikling af vores sundhedsvæsen.

Denne publikation er udarbejdet af Danske Regioner
i regi af Borgernes Sundhedsvæsen.

Læs mere om Borgernes Sundhedsvæsen på
www.regioner.dk