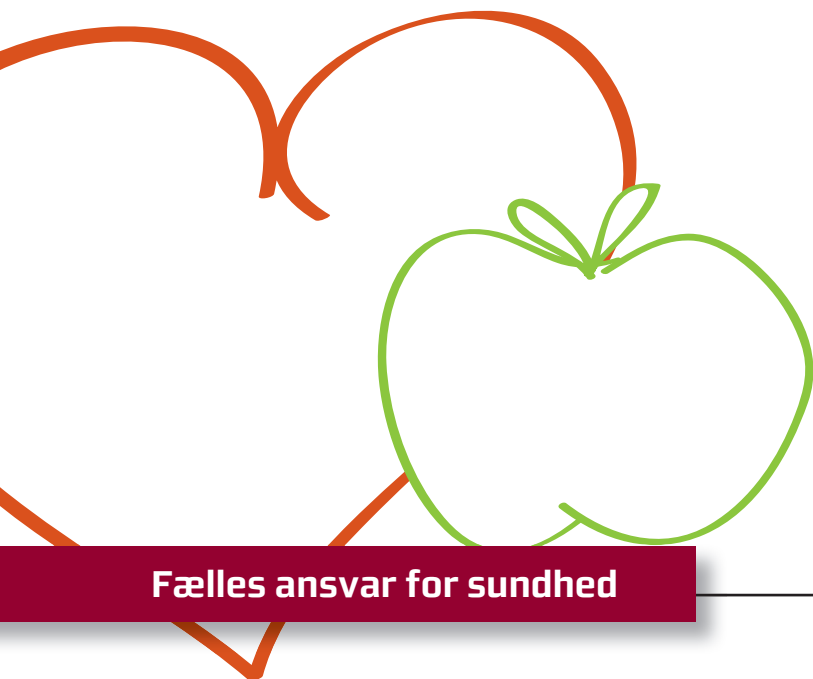


Høringsudkast til

# SUNDHEDS PLAN



Fælles ansvar for sundhed

# Indholdsfortegnelse

Forord .....	2
Fælles ansvar for sundhed .....	4
Hovedspor i sundhedsplanen.....	7
Baggrund og formål.....	7
Sundhedsplanens opbygning.....	9
Patienten bestemmer .....	10
Patienten bestemmer - hvorfor, hvornår og hvordan? .....	10
Ligeværdigt møde med borgeren.....	11
Fælles beslutning om behandling .....	13
Borgere, patienter og pårørende som medskabere af sundhed .....	14
Retningen for kommende indsatser .....	16
Sundhed og sammenhæng – gensidig afhængighed .....	17
Helhed i forløbet og aktivering af alle relevante ressourcer – samarbejde mellem praksisområdet, hospitaler og kommuner .....	17
Mere lighed i sundhed – differentieret indsats.....	20
Fælles populationsansvar.....	22
Forebyggelse og tidlig opsporing .....	22
Retningen for kommende indsatser .....	24
Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde.....	25
Kvalitetsdagsordenen .....	26
Akutområdet .....	26
Bæredygtige enheder som understøtter kvaliteten.....	28
Klinik- og praksisnær forskning og hurtig implementering af den nyeste viden ....	29
Fra data til handling.....	30
Retningen for kommende indsatser .....	30

## JUSTERET I FORHOLD TIL INDKOMNE HØRINGSSVAR

# Forord

Med denne sundhedsplan for Region Midtjylland er kursen sat for de kommende års arbejde med sundhed i regionen. Mens den overordnede struktur for sundhedsvæsenet i den midtjyske region ligger fast med spor, der blev lagt ud med den første sundhedsplan fra 2009 og Omstillingsplanen fra 2011, udfordres patient- og behandlerrollen med nærværende sundhedsplan. Den gældende kultur for patientinddragelse rykkes til et helt nyt og mere involverende niveau gældende for såvel sundhedsprofessionelle i det regionale sundhedsvæsen som for patienter og pårørende.

Vi er fælles om ansvaret, og målet er, at borgerne får mest mulig sundhed for indsatsen. De kommende års udvikling vil især blive styret af sundhedsplanens tre hovedspor.

Sporet "Patienten bestemmer" er gennemgående i hele planen. Med temaet lægges der op til, at der skal udvikles nye måder, hvormed særligt patientens og dennes pårørendes ressourcer kan blive inddraget og udnyttet. Et centralt element i det nye patientperspektiv er, at sundhedsindsatserne skal være differentierede, så involveringen tilpasses den enkelte patient og dennes situation. Afgørende for realiseringen af dette spor er, at der bliver udviklet nye kommunikationsmetoder, som personalet uddannes i, og at de nye metoder udbredes i hele det regionale sundhedsvæsen.

Ansvaret for sundhed deles mellem hospitaler, praksissektor, kommuner og patienten selv. For at skabe virkelig sundhed er vi gensidigt afhængige af hinanden. Region Midtjylland vil i de kommende år arbejde for, at der på tværs af sektorer og aktører i det integrerende sundhedsvæsen udvikles nye former for samarbejde samt samarbejde om sundhedsfakta, der kan sikre, at de sundhedsindsatser, der er til størst gavn for patienterne og bedst bidrager til mere lighed i sundhed, bliver benyttet.

Sporet "Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde" afspejler en vision om at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen på højt internationalt niveau til gavn for alle. Det fordrer, at man frem for at levere mange sundhedsydelser snarere leverer den rigtige ydelse til rette tid og patient. Til forudsætningerne for realisering af en sådan vision hører endvidere et velfungerende akutberedskab, en veludviklet forskningskultur i hele organisationen samt ikke mindst velfungerende ledelse og teamsamarbejde i forhold til de valgte retninger og indsatser.

Sundhedsplanen er en paraply, som favner hidtidige planer og giver retning for kommende planer i Region Midtjylland. Den dækker regionsrådets virksomhedsplan, og kan betegnes som regionsrådets plan. Med "vi" i sundhedsplanen menes følgelig regionsrådet, og dermed sundhedsvæsenets samlede aktiviteter og ydelser på hospitalerne og i praksissektoren.

Planen angiver konkrete handlinger, men der skal også laves mere lokale implementeringsplaner, tilpasset det enkelte hospital og dets særlige vilkår, ligesom der skal laves tiltag, der går på tværs af hele Regionen.

Region Midtjylland vil gerne tage et medansvar for, at sundhedsvæsenet i fremtiden kendetegnes ved målrettede indsatser for en sundere befolkning, at patienten ses som partner, at behandling og forebyggelse foregår på nye måder, og at vi får mere sundhed og kvalitet for pengene. En udvikling, som handler om at give rum til nye muligheder og udvikle nye rammer.

Med dette bidrag ønsker Region Midtjylland at spille ind til debatten om danskernes sundhed og udviklingen af et sundhedsvæsen, der er kendetegnet ved høj kvalitet, effektivitet og patientinddragelse.

Med sundhedsplan 2013 gives stafetten videre til det nye regionsråd. Der er skabt et solidt fundament og udstukket en retning for ledelsessystemet for at fortsætte den positive udvikling af Region Midtjyllands sundhedsvæsen.

Bent Hansen

Regionsrådsformand  
oktober 2013

## Fælles ansvar for sundhed

Med denne sundhedsplan vil vi målrette det midtjyske sundhedsvæsens ydelser og justere væsenets måde at fungere på, så borgerne får mest mulig sundhed for indsatsen. I den forbindelse er både væsenets ydelser og borgernes egne indsatser meget væsentlige. Vi skal sikre, at vi leverer relevante ydelser af høj kvalitet og med let tilgængelighed. Disse ydelser skal møde borgernes forventninger samtidig med, at vi skal have klare forventninger til borgernes medvirken og egne indsatser. Indsatsen i de kommende år skal fortsat hjælpe de syge, som har brug for sundhedsvæsenets ydelser. Men den skal også understrege vores ansvar i forbindelse med en bredere opgave, nemlig fremme af borgernes sundhed.

Inddragelse af patientens egne ressourcer er en forudsætning for den bedste effekt af ydelserne. Vores udgangspunkt er, at patienten bestemmer. Han/hun bestemmer over eget liv (og helbred) og bestemmer således, i hvilken udstrækning han/hun vil gøre brug af vore tilbud. Men patienterne kan kun bestemme selv, hvis de mødes med opmuntring og forventning herom. Det betyder, at vi er nødt til at kende patienten så godt, at vi kan se deres ressourcer og gøre brug af dem. Vi udvikler derfor metoder, så vi effektivt kan se patientens samlede forhold. For vi kan ikke behandle symptomer på sygdomme uden at kende patientens samlede situation, herunder hans/hendes mulighed for selv at have indflydelse på eget helbred og behandling. Udviklingen af kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel fagperson vil være en løftestang i denne udvikling.

Der er en betydelig ulighed i sundhed og i forudsætningerne for at få have et sundt liv. Det betyder, at ikke alle borgere skal have den samme ydelse. Derfor differentierer vi i tilbuddene, så vi møder den enkelte bedst muligt. Der er f.eks. stor forskel på, om man både er psykisk syg og somatisk syg, eller om man alene er somatisk syg. Det betyder også meget for f.eks. begyndelsen i livet, om man er født i en familie med særlige behov for støtte. Uanset om man som patient eller borger har mange eller få ressourcer, skal vi hjælpe med, at disse ressourcer bruges aktivt for borgerens bedste, således såvel patienten med meget få ressourcer og et begrænset pårørendenetværk som den ressourcestærke patient, der tillige nyder stor opbakning fra eventuelle pårørende, hjælpes på vej til de rigtige valg for den enkelte.

Når vi leverer relevante ydelser, betyder det, at der fagligt er taget stilling til, hvad der skal tilbydes og til hvem. Vi benytter evidens og gældende retningslinjer til at sikre rigtige indikationer for behandling over for den enkelte patient og på populationsniveau. Vi bruger relevante kvalitetsdata til at sikre, at vi organiserer os, så vi opnår den forventede høje kvalitet. Det seneste eksempel på dette er behandlingen af blodpropper og blødninger i hjernen, hvor vi har ensrettet behandlingen på tværs af regionen med udgangspunkt i "best practice".

Det nære sundhedsvæsen skal fortsat udvikles. Praksissektoren, speciallægesektoren samt specialtandplejen varetager i tæt samarbejde med kommunerne et populationsansvar for befolkningens sundhed. Den væsentligste del af diagnostik og behandling løses i forhold til nærhed, ressourcer og kvalitet således bedst i det nære sundhedsvæsen.

Høj kvalitet hænger sammen med specialisering og volumen. Derfor sikrer vi, at alle behandlinger og beredskaber er understøttet af den kompetence, der er knyttet til uddannelse

og øvelse. Vi centraliserer derfor, når der er brug for det. Og vi sikrer samtidig, at alle akuthospitaler har en aktivitet og kompetence, som gør, at de nu og i fremtiden kan løfte opgaverne med den højeste kvalitet. Ikke alle behandlinger kan tilbydes på nærmeste hospital - heller ikke i Aarhus. Men alle akuthospitaler tilbyder højeste kvalitet i den akutte fase. Det måler vi på, og det forsker vi i.

Vi har i 2011 netop styrket sammenhængen mellem Aarhus Universitet og Region Midtjylland, og regionsrådet har prioriteret forskning i hyppigt forekommende sygdomme med nye penge. Derudover har vi styrket regionshospitalernes muligheder for at forske. Forskningen skal understøtte vores store fokus på udviklingen af ydelsernes kvalitet og på deres effekt for borgernes sundhed og sygdom.

Høj kvalitet forudsætter et sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor åbner hospitalerne sig mere og mere overfor samarbejdspartnerne i almen praksis, **speciallægesektoren** og kommunerne. Parterne værdsætter og respekterer hinandens roller og kompetencer og stiller ressourcer til rådighed for hinanden. Vi skal arbejde mod et integrerende sundhedsvæsen, hvor alle parter i sundhedsvæset er bevidste om og anvender hinandens kompetencer. Vi ser fordomsfrit på strukturer og ledelsesmæssig kompetence i den forbindelse. Kun derved kan patientforløbene blive sammenhængende og effektive. Og kun derved kan vi koncentrere os om det, vi hver især er bedst til – hele tiden med blik for at understøtte de andre i det, de er bedst til.

Den store udfordring er patienter, der lider af flere sygdomme - de såkaldte multisyge. Blandt personer med kronisk sygdom har et flertal flere sygdomme. Generelt har multisyge ofte mindre udbytte af ydelserne end andre, samtidig med at de har mest brug for dem. Vi skal være særligt opmærksomme på de patienter, der både er psykisk syge og somatisk syge, for de har allersværest ved at profitere af vores indsats. Vi gør noget ekstra ved disse særligt udsatte patientgrupper. Vi fastsætter for eksempel konkrete, udvalgte kvalitetsmål for indsatsen for de patienter, der lider af mange sygdomme. Og vi sikrer, at vore organisationer har det brede blik på patientens liv og helbred.

I et samarbejde mellem hospitalerne, primærsektoren og kommunerne skal det sikres, at de mest effektive og sikre metoder anvendes i behandlingen. Det skal medvirke til at undgå skader på patienterne og, at patienterne får den rigtige behandling første gang. Det øger sundheden, og det reducerer forbruget af ressourcer. De nye hospitalsbyggerier og fokus på de rette kompetencer understøtter denne indsats.

Let tilgængelighed er ikke kun noget med afstande, men afstande betyder også noget. Derfor sikrer vi, at de praktiserende læger er tilgængelige for både planlagte og akutte henvendelser, og vi sikrer, at de har opbakning fra kompetencer på hospitalerne og adgang til diagnostik, så de kan varetage mange ting selv. Derudover indretter vi sundhedshuse med adgang til flere kompetencer og ydelser, så det mest almindelige kan fås inden for kort afstand. En kvalificeret indsats i den primære sektor reducerer behovet for **(gen)**indlæggelser på sygehus. Den sammenhæng skal vi udnytte ved tætte relationer mellem aktørerne.

Via telemedicin, video og telefon sikrer vi også, at de mere specialiserede kompetencer er tilgængelige, selvom man ikke er mødt op på hospital eller i almen praksis. Desuden anvendes

telemedicinske løsninger til at sikre, at patienterne behandles så tæt på eget hjem som muligt. Dette sikrer patienterne en hverdag med større uafhængighed af hospitalsydelser. Telemedicinske løsninger understøtter eller erstatter mere fysiske ydelser i sundhedsvæsenet. Derfor arbejder vi med at gå fra projekter eller enkelte eksempler på succeser til at udbrede succeser og tekniske løsninger til store grupper af patienter. Med et bredt dækkende og differentieret præhospitalt beredskab sikrer vi, at ydelser af høj kvalitet er tilgængelige i hele regionen.

For at kunne tilbyde den bedste kvalitet er det ikke mindst afgørende, at vores medarbejdere er veluddannede og har de rette kompetencer. Koordineringen af processer på uddannelsesområdet skal derfor styrkes, ligesom sammenhængen mellem forskning, kvalitetsudvikling og uddannelse skal styrkes. Uddannelse skal være en synlig og højt prioriteret opgave integreret med patientbehandlingen, og det skal sikres, at hospitalerne er gode uddannelsesmiljøer med uddannelsesintensiv arbejdstilrettelæggelse. Som led i at styrke indsatsen på sundhedsområdet og øge kvaliteten skal det desuden afdækkes, hvorvidt der i tilstrækkelig grad er fokus på kompetencer vedrørende sammenhæng i patientforløb, patientsikkerhed og at se patienten som partner.

Ovenstående mål er ambitiøse, og et underliggende vilkår for de ønskede ændringer er en justering i forhold til de nuværende økonomiske styringsredskaber for sundhedsvæsenet. Sammen med de andre regioner har vi i de senere år fokuseret meget på kvantitet, DRG-værdier og på at behandle flere og flere patienter. Men nu skal fokus på kvalitet og effektivitet styrkes som supplement til produktivitet, som allerede er en indgroet del af vores styringsparadigme. Overholdelse af budgetterne vil fortsat være en højt prioriteret ledelsesopgave, men under disse rammer vil vi samtidig arbejde med en større grad af inddragelse af patienter og pårørende samt fælles beslutningstagning. Det vil give en dobbeltgevinst. Patienter og pårørende skal opleve en dialog i øjenhøjde fra en velforberedt sundhedsorganisation, gode behandlingstilbud at tage stilling til og den relevante vejledning og instruktion fra sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle skal opleve arbejdsglæde og trivsel i en teamorganiseret og effektiv holdindsats for og med patienten.

Det stærke fokus på produktion af sundhedsydelser med krav om stigende produktivitet har givet reducerede ventetider på mange områder. Takstfinansieringen har fungeret som en belønning for udførelse af flere og flere behandlingsydelser, og vi har ikke skelet til, hvor en hurtigt indsat behandling gav særlig effekt. Vi har skyndt os at behandle alle. Denne fokusering har en bagside; på en række områder er der således behov for en langsommere og mere dybtgående analyse og beslutningstagen, så vi sikrer, at patienten selv er helt klar over de foreliggende muligheder og er med til at træffe de afgørende valg. Derfor arbejder vi med at tilpasse økonomi og aktivitetsstyringen, så den passer til det ændrede fokus. Styringen skal i højere grad fokusere på befolkningens sundhedstilstand, den kvalitet patienterne oplever, og udgifterne per borger.

Vi er nødt til at udfordre gældende patient- og behandlerrøller, og vi er nødt til at have en mere personlig tilgang til patienterne for ligeværdigt at kunne bidrage til deres sundhed. De sundhedsprofessionelle skal i endnu højere grad end i dag være åbne over for at se problemstillingerne fra patienternes perspektiv og samtidig hele tiden have et samarbejds- og netværksperspektiv. Vi skal følge op på resultater og gribe ind, når vi ikke når det aftalte

niveau. Og endelig skal vi prioritere indsatsen; vi kan ikke fokusere på alt på en gang, men på den anden side skal vi fastholde og udbrede de gode resultater, når de er opnået.

## Hovedspor i sundhedsplanen

Sundhedsplan 2013 bærer hovedoverskriften "Fælles ansvar for sundhed". Det afspejler, at kommuner, hospitaler, praksissektoren og den enkelte borger deler ansvaret for sundhed, og at vi er gensidigt afhængige af hinanden for virkelig at skabe sundhed. Derfor er der brug for, at parterne udvikler en fælles tankegang og ikke mindst anerkender og gør brug af hinandens styrker.

Under hovedoverskriften har vi valgt tre underoverskrifter, der udtrykker de tre temaer, som Region Midtjylland vil sætte højest på dagsordenen i udviklingen af det midtjyske sundhedsvæsen i de kommende år. Disse er:

- *Patienten bestemmer*
- *Sundhed og sammenhæng – gensidig afhængighed*
- *Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde*

Hovedsporet "patienten bestemmer" er gennemgående i hele planen. For kun ved at patienten bliver en aktiv medspiller og udnytter egne ressourcer i behandlingen, kan vi for alvor opnå sammenhængende patientforløb og den bedste kvalitet. En person med kronisk sygdom møder måske sin læge på hospitalet 5 timer om året. Men 8.755 timer om året lever han/hun selv med sin kroniske sygdom. Så for hele sundhedsvæsenet handler det om at anerkende og udnytte, at patienten ofte ved meget – måske mest – om sin lidelse, og derfor skal vi lytte åbent til patienten. Det er vi allerede gode til på mange områder, men vi kan blive meget bedre, hvis der i større omfang hersker en kultur med brugerinddragelse. Nærværende sundhedsplan kommer derfor i høj grad også til at handle om kultur.

I sundhedsplanen bruges ordet behandling bredt som en fælles betegnelse for det samlede patient- og sundhedsforløb. Det dækker således over både henvisning, diagnosticering, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse, og dermed også over patientens kontakt med alle sundhedsprofessionelle faggrupper i sundhedsvæsenet, bl.a. læger, sygeplejersker og andet plejepersonale.

## Baggrund og formål

Det fremgår af sundhedsloven, at regionsrådet skal udarbejde en samlet plan for tilrettelæggelsen af regionens virksomhed på sundhedsområdet. Normalt har regionerne udarbejdet en sundhedsplan, der beskriver den overordnede opbygning og tilrettelæggelse af hele sundhedsområdet, men med denne plan har vi valgt en ny stil.

En række planer ligger nemlig allerede til grund for og beskriver opbygningen af Region Midtjyllands sundhedsvæsen. Her kan bl.a. nævnes Akutplan (2007) Hospitalsplan (2008), Fødeplan (2012), Psykiatriplan (2013), Omstillingsplanen (2011), planerne på praksisområdet og sundhedsaftalerne. Sundhedsplanen bygger på disse planer, men skaber samtidig også retning for kommende planer. Sundhedsplanen er således en paraply, der både favner det eksisterende planlægningsgrundlag og bliver retningsgivende for mange flere udfordringer og muligheder, Region Midtjylland står over for. Her kan f.eks. nævnes:



- *Inddragelse af patienter og pårørende*
- *Konsekvenser af specialeplanlægningen*
- *Akuthospitalernes rolle og udfordringer*
- *Universitetshospitalets rolle*
- *Forskningssamarbejdet og opgavefordelingen mellem hospitalerne*
- *Social ulighed i sundhed*
- *Kvalitet og økonomi*

I praksis vil koblingen ske gennem en klar sammenhæng mellem sundhedsplanens temaer og de kommende planer for Region Midtjyllands sundhedsvæsen. F.eks. vil arbejdet i 2013 med en ny kvalitetsstrategi og en ny strategi- og handleplan for kronikerindsatsen netop ske med afsæt i sundhedsplanen. Ligeledes har Psykiatriplanen fra foråret 2013 også patientinddragelse som et hovedomdrejningspunkt gennem temaet "hovedaktør i eget liv".

Sundhedsplanen udarbejdes i et valgår. Det betyder, at sundhedsplanen på mange måder er en politisk plan, der skal medvirke til at sikre en god overlevering fra det siddende til det nye regionsråd og kan hjælpe med at forberede det nye regionsråd på de kommende års arbejde med udviklingen af sundhedsvæsenet. Samtidig er sundhedsplanen et værk, som det administrative ledelsessystem skal bruge til at guide sundhedsvæsenet i den rigtige retning og fortsætte den kulturelle transformation, der sker med sundhedsvæsenet i disse år.

Region Midtjyllands første sundhedsplan fra 2009 satte en række pejlemærker for arbejdet med sundhed i regionen. Siden 2009 er der i mange sammenhænge blevet arbejdet videre med disse pejlemærker. Her skal nævnes Pejlemærke 1 vedrørende patientforløb, der siden 2009 har løbet som en rød tråd gennem regionens arbejde i forhold til samarbejdet med såvel kommuner som praksissektor og hospitaler. Et midlertidigt nedsat udvalg vedrørende sammenhængende patientforløb har bl.a. begået en rapport med anbefalede indsatsområder til styrkelse af det sammenhængende patientforløb. I forhold til Pejlemærke 2: Grænsebrydning i sundhedsvæsenet er Region Midtjylland på flere fronter langt fremme med at udnytte de nye muligheder, telemedicin giver. Videokonferencer mellem medarbejdere anvendes i stadigt stigende omfang i psykiatrien, ligesom telemedicin er en løsning, der oftere og oftere anvendes i forbindelse med eksempelvis kontrol af patienter med epilepsi. Patienternes digitale udfyldelse af oplysningseskemaer, som kan foretages i ro og mag hjemmefra, erstatter ambulante besøg på hospitalet (AmbuFlex). Vi er endvidere langt med etablering af sundhedshuse, der tilbyder et bredt udvalg af sundhedsydelser, og giver grundlag for tættere samarbejde mellem region og kommuner. For så vidt angår Pejlemærke 4: Lighed i sundhed har et midlertidigt udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed afleveret med anbefalinger, der peger på, hvad regionen og kommunerne hver for sig og i fællesskab kan gøre for at skabe større lighed i sundhed. Endelig skal også nævnes pejlemærke 6: Sammenhæng mellem psykiatri og somatik, som bl.a. har været i fokus i det midlertidige udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik. Udvalgets anbefaling om, at der skulle etableres nærmere samarbejde mellem somatik og psykiatri, realiseres i projektsamarbejde mellem Regionspsykiatrien Horsens og Regionshospitalet Horsens. Projektet skal sikre bedre udredning og behandling af patienter, der lider af både psykisk og somatisk sygdom.

Sundhedsplanen for 2013 og frem bygger således tydeligt videre på sundhedsplanen fra 2009. Essensen af pejlemærkerne fortsættes, men fokus skærpes på udvalgte områder, og specielt patientperspektivet fremhæves på en ny og banebrydende måde.

## Sundhedsplanens opbygning

I de følgende afsnit foldes hvert af de tre hovedspor ud, og det bliver beskrevet, hvordan der allerede arbejdes med temaerne.

I det første afsnit præsenteres, hvordan der skal skabes rum i det midtjyske sundhedsvæsen til, at "*Patienten bestemmer*", når det er muligt. Afsnittet "*Sundhed og sammenhæng – gensidig afhængighed*" omhandler bl.a., hvordan Region Midtjylland i samarbejde med kommunerne og andre centrale samarbejdspartner vil arbejde bredt med folkesundhed bl.a. gennem en fælles populations**tilgang ansvar**. "*Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde*" vil fokusere på de overordnede linjer for, hvordan den højeste kvalitet skal fastholdes og udvikles.

Et centralt element i sundhedsplanen bliver, hvordan der kommer handling bag ordene. Som afslutning på hvert afsnit vil der derfor blive oplyst en række sigt punkter, der udstikker retningen for kommende konkrete indsatser. Det er således hensigten, at de overordnede tanker og hensigter i de tre hovedafsnit skal realiseres gennem kommende planer og lokale implementeringsplaner, f.eks. i de enkelte klynger og hospitaler. Det vil sikre indsatser, der er tilpasset de lokale muligheder og udfordringer. Systematiseret videns- og erfaringsudveksling skal herefter anvendes til at sikre, at vi implementerer de løsninger med bedst faglig, organisatorisk og patientoplevels kvalitet - og derigennem sikrer, at vi alle får mest mulig sundhed for pengene.

### Faktaboks – inddragelse af brugere i arbejdet med sundhedsplanen

Som en del af arbejdet med at udarbejde sundhedsplanen har Region Midtjylland afholdt møde med forskellige patientforeninger samt afholdt en række fokusgruppinterview med forskellige grupper af patienter.

Region Midtjylland modtog mange konstruktive input, bl.a. i forhold til:

- at regionen bør hjælpe med at skabe en bedre sammenhæng til tilbud i kommuner og frivillige organisationer
- at regionen i større omfang bør informere samarbejdspartnerne om konsekvenserne ved forskellige sygdomme
- at hospitalerne er gode til at behandle de primære sygdomme, men nogle gange bør de blive bedre til at tage ansvar for sekundære sygdomme og se det hele menneske
- at sundhedsvæsenet i visse tilfælde leverer høj kvalitet og velkoordinerede forløb, f.eks. kræft, og disse erfaringer bør udbredes til andre områder
- at sundhedsvæsenet kan blive meget bedre til at bruge de pårørende som ressource

# Patienten bestemmer

Vi ved fra forskningsresultater, at patientinddragelse har positiv effekt på både kvalitet, brugertilfredshed og ressourceudnyttelse. Bedre informerede patienter følger i højere omfang de sundhedsprofessionelles anbefalinger, udviser større tilfredshed med behandlingen og har bedre behandlingsresultater. Mennesker, som har en opfattelse af at have begivenhederne under kontrol, responderer kort sagt bedre på behandling. Patientinddragelse er derfor en væsentlig faktor i arbejdet med at højne kvaliteten.

*"Jeg har jo i forvejen det fulde ansvar for mig selv og min sundhed, når jeg ikke fejler noget, så hvorfor skal jeg ikke være medansvarlig, hvis jeg bliver syg?"*

- udtalelse fra borger i forbindelse med projektet "fra patient til borger"

Under overskriften "patienten bestemmer" vil vi sætte patientinddragelse højt på dagsordenen. Det handler om, at sundhedsvæsenet i større omfang skal kunne tilpasse patientforløbene til den enkelte patients præferencer og forudsætninger og **bruge sætte** patienternes ressourcer **i spil**. Patientinddragelse retter sig både mod medinddragelse af den enkelte patient i beslutninger vedrørende eget behandlingsforløb og inddragelse med henblik på, at patienten selv udfører handlinger, der fremmer sundheden eller gør behandlingen lettere at gennemføre for sundhedsvæsenet.

Det kan virke ironisk, at det er nødvendigt med så stort fokus på patientinddragelse. Alle **fag sundheds**professionelle i sundhedssektoren arbejder i forvejen for patientens bedste, og vi udtaler ofte, at patienten er i centrum. Men målet er, at vi gør det endnu bedre, og det stiller store krav til den enkelte medarbejder. Det kræver f.eks., at den sundhedsprofessionelle på en og samme tid agerer inden for rammerne af kliniske retningslinjer, standardiserede pakkeforløb, praktiske muligheder, økonomi – og patientens ønsker. Vi mener dog ikke, at der er modsætning mellem høj kvalitet og patientinddragelse. Tværtimod. Men der er udfordringer for inddragelse af patienter og pårørende, som vi skal blive bedre til at overkomme.

Vores udgangspunkt for de kommende års udvikling af sundhedsvæsenet er, at patienten bestemmer. Men patienterne kan kun bestemme, hvis de mødes med den forventning, og hvis vi skaber rum til det. For at opnå dette vil vi konkret fokusere på:

- *Ligeværdigt møde med borgeren*
- *Fælles beslutning om behandling*
- *Borger, patient og pårørende som medskabere af sundhed*

## Patienten bestemmer - hvorfor, hvornår og hvordan?

Patienten bestemmer naturligvis over eget liv **og behandling helbred** og bestemmer, om han eller hun vil gøre brug af vore tilbud og i hvilken udstrækning. Men "patienten bestemmer" er ikke et ultimativt begreb, der giver frit valg på alle hylder, ligesom det frie sygehusvalg heller

ikke giver patienten et betingelsesløst frit valg.<sup>1</sup> Der vil altid være undtagelser. Sundhedsvæsenet har f.eks. altid pligt til at yde omgående indsats, hvis en patient er akut eller livstruende syg. Ligeledes bliver visse psykiatriske patienter behandlet under tvang. I disse tilfælde er det selvfølgelig ikke relevant eller forsvarligt at lade patienten bestemme. Derfor skal "Patienten bestemmer" mest af alt forstås som et udtryk for en retning for sundhedsvæsenet.

Når "patienten bestemmer" kræver det, at der er relevante valgmuligheder for patienten i forhold til behandlingen af vedkommendes sygdom og valgmuligheder, som de sundhedsprofessionelle kan tage fagligt ansvar for. Det forpligter os også til at lytte til og forstå den enkelte patients situation, at opstille og synliggøre mulige valg i den konkrete situation samt at informere og rådgive ud fra den bedste faglige viden. Det vil sikre, at patienten kan træffe det rette valg med udgangspunkt i egen situation og dermed selv involvere sig i behandlingen. For at muliggøre dette skal vi arbejde med rammerne for samspillet mellem patient og behandlere og begge parter kompetencer.

Den patientinvolverende kultur, vi ønsker at fremme, kulturændring, vi ønsker, får medvind af nye samfundsmæssige tendenser mod nye patientroller. En stor del af nutidens brugere af sundhedsvæsenet er således kendetegnet ved at være aktive og informationssøgende, og ved at kræve medinddragelse – og som sundhedsvæsenet kan vi forvente, at de selv gør en aktiv indsats for egen sundhed.

Samtidig er der mindre ressourcestærke brugere af sundhedsvæsenet, der ikke på samme måde formår at sætte sig ind i deres sygdom og stille de sundhedsprofessionelle de relevante og afklarende spørgsmål, samt borgere, hvis livssituation gør, at de ikke opsøger og gør tilstrækkelig brug af sundhedsvæsenet. Vi skal identificere og tage hånd om disse borgere gennem nære indsatser og tilbud, der koordineres imellem sektorerne, samt ved at hjælpe dem på vej til de rigtige valg.

## Ligeværdigt møde med borgeren

*"Ofte oplever man som patient, at der arbejdes ud fra en på forhånd bestemt facitliste."*

- udtalelse fra borger i forbindelse med projektet "fra patient til borger"

Målet er, at vi bliver bedre til at sætte os ind i patientens og de pårørendes mål og ønsker for patientforløbet. Derfor vil vi i de kommende år afsætte mere tid i opstarten af et forløb. Vi tror på, at det vil give bedre resultater. Vi tror også på, at det kan betale sig, at de sundhedsprofessionelle afsætter mere tid til at sætte patienten bedre ind i, hvad behandlingen går ud på og hvilke valgmuligheder, der er.

En forudsætning for, at det bliver en succes er, at de sundhedsprofessionelle lytter til patienten og de pårørende og anerkender den viden, de besidder. For hele sundhedsvæsenet

---

<sup>1</sup> Først og fremmest skal patienten f.eks. have en henvisning. Herefter kan patienten vælge mellem de hospitaler, der kan tilbyde en relevant behandling. Og i første omgang kun de offentlige hospitaler.

handler det om at anerkende og udnytte, at patienten er ekspert i sit eget liv og **at leve med** sin egen lidelse.

Samtidig gælder det, at hvis patient og pårørende ikke ønsker at blive inddraget, eller ikke kan overskue det, skal systemet forstå dette og tage over. På samme vis vil der også være store forskelle i, hvor mange ressourcer den enkelte patient og de pårørende har til rådighed i den enkelte situation. Målet er stadig, at patienten og de pårørende inddrages, men det er afgørende, at vi som system formår at aflæse i hvor stort omfang, de ønsker og formår det.

*"Det er en balancegang. Jeg vil gerne selv hjælpe, men nogle gange er det jo f.eks. sygeplejerskerne, der skal tage ansvaret."*

- udtalelse fra pårørende i forbindelse med projektet "Far og mor som partnere"

Gennem god kommunikation bliver det muligt for de sundhedsprofessionelle at levere den rette ydelse, fordi man forstår, hvad der betyder noget for den enkelte patient. Derfor arbejder vi for at skabe en kultur for kommunikation, hvor der sættes mål med udgangspunkt i patientens egne mål for sundhed. Når der er flere behandlinger at vælge imellem, skal patienten og pårørende sættes i stand til at træffe et velinformeret valg. Informationerne til patienten, skal indeholde fordele og ulemper, herunder de forventede bivirkninger og mulige komplikationer af behandlingen. Ikke mindst skal de være forståelig og tilpasset den enkelte patient.

Derfor bliver kommunikation særdeles afgørende. Det understøttes af, at kommunikationstræning af de sundhedsprofessionelle har vist positive effekter på patienternes viden om sygdom og behandling, deres involvering i beslutningstagen og deres tilfredshed. Det har også vist effekter i form af reducerede omkostninger.

*"Vi bliver lyttet til, og vi bliver taget med i det, der skal ske. Det er rart. Der bliver ikke snakket hen over hovedet på os, og de bruger ganske almindelige dagligdags ord."*

- udtalelse fra pårørende i forbindelse med projektet "Far og mor som partnere"

Udviklingen af en god kommunikationskultur indebærer bl.a., at patienter og pårørende spørges om deres ønsker til at få information frem for at behandlerne tilpasser informationen på baggrund af egne fornemmelser. Patienterne skal støttes i at stille deres spørgsmål, så de ikke er afhængige af at have pårørende for at kunne indgå i en dialog om deres behandling. I det britiske sundhedsvæsen opfordrer man f.eks. helt simpelt patienterne til altid at huske på følgende tre spørgsmål:

- Hvad er mine valgmuligheder?
- Hvad er der af fordele og mulige bivirkninger/risici?
- Hvor sandsynlige er disse fordele og bivirkninger/risici?

I Danmark har Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrykFonden sammen taget initiativ til kampagnen "Spørg løs", hvor patienter på en let og overskuelig måde får forslag til relevante spørgsmål. Forslagene til spørgsmål er tilpasset de forskellige faser af forløbet. F.eks. kan man stille spørgsmålet "Er der andre måder at blive undersøgt for de samme symptomer på?" i undersøgelsesfasen.

## Fælles beslutning om behandling

Vi vil bl.a. fremme patientinddragelsen gennem brug af "shared decision making" – eller på dansk, fælles beslutningstagen. Ideen er, at patienten og den sundhedsprofessionelle deler informationer med hinanden og træffer beslutningen om behandlingen i fællesskab. Det vil give øget patienttilfredshed, og vi sikrer patientens aktive medvirken. Modellen bygger på, at lægen formidler medicinsk viden til patienten, og at patientens perspektiver, præferencer og rettigheder inddrages i den kliniske samtale. Gennem dialog finder patienten og behandler så frem til hvilken behandling, der vil være den bedste i patientens individuelle situation.

Et argument for dette er, at ofte vil patienterne vælge anderledes, hvis de er velinformerede. En ny international undersøgelse viser f.eks., at 40 % færre vælger kirurgi, når de bliver informeret om risikoen for problemet med sexlivet ved operation for forstørret prostata. Men den fælles beslutningstagen knytter sig ikke kun til de situationer, hvor patienterne skal træffe åbenlyse valg, f.eks. om operation eller ej. Vores mål er, at **medarbejderne de sundhedsprofessionelle** altid deler de overvejelser og afvejninger, der ligger til grund for det næste skridt, som tages i et behandlingsforløb. Samtalen om udgangspunktet for valgene er nemlig mindst lige så vigtig som selve samtalen om valgene.

*"Man kan mærke, at personalet går ind for samarbejde. Det gælder både sygeplejersker og læger. Vi beretter til dem om, hvad vi oplever, og de måler så op med deres erfaringer [...] Det er en slags rundbordsamtale, hvor alle giver en beretning og dermed bringer hinanden en form for baggrund. Det er den måde, man får de rigtige informationer på - gennem dialog."*

- udtalelse fra pårørende i forbindelse med projektet "Far og mor som partnere"

Gennem fælles beslutningstagen har patienten mulighed for at udtrykke værdier og ønsker og ikke mindst for at være bestemmende i forhold til sin egen behandling. Og hele grundtanken i fælles beslutningstagning er netop, at de bedste behandlingsmæssige beslutninger træffes, når både den sundhedsfaglige viden, **den sundhedsprofessionelle lægen** og patientens behandlingspræferencer og patientens øvrige præferencer indgår i beslutningsgrundlaget. Det kan være forhold og prioriteringer i patientens liv, der afgør, hvad der vil være den bedste behandling for lige netop ham. Det kan f.eks. være et ønske om at kunne fortsætte med et givent job. En anden international undersøgelse viser også, at 71 % af lægerne tror, at det har førsteprioritet for kvinder med brystkræft at beholde brystet. Men faktisk viser det sig, at blot 7 % af de kræftramte har dette som topprioritet.

Andre nye studier viser også, at alene det, at patienterne er *med til at træffe valget* om behandlingen, har en positiv effekt på behandlingsresultatet. F.eks. har det vist sig blandt kroniske patienter, at de patienter, der fik deres foretrukne behandling, havde større fagligt udbytte, end de patienter, der ikke havde præferencer for en særlig behandling. Netop derfor er det afgørende, at vi i alle tænkelige situationer får inddraget patienter og pårørende i alle beslutninger i behandlingsforløbet.

## Borgere, patienter og pårørende som medskabere af sundhed

Som region skal vi skabe vores ydelser i et tæt samarbejde med borgere, patienter, andre myndigheder og private aktører. På engelsk taler man om, at parterne er "co-producers of health". Parterne er fælles om at producere – skabe - sundhed, og det handler derfor om, at vi skal bruge hinandens ressourcer.

Heri ligger en anerkendelse af, at mødet mellem patient og sundhedsvæsen er et møde mellem to eksperter, hver med egen viden og evner. **Lægen Den sundhedsprofessionelle** er ekspert i sygdom og behandling, mens patienten er ekspert og hovedaktør i sit eget liv og særlige omstændigheder. Patienten har f.eks. en unik viden om alt den behandling, han/hun har været igennem på tværs af sektorer og specialer. Patienten er således den eneste aktør, der er med i hele forløbet. Ligeledes har patienten og de pårørende en unik viden om patientens samlede sygdomsbillede, oplevede virkninger og bivirkninger af behandlinger, ønsker og behov i et samlet patientforløb og tidligere oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet.

*"Det sundhedsfaglige personale er specialister i sygdomme og behandlinger. Jeg er specialist i mig."*

- udtalelse fra borger i forbindelse med projektet "fra patient til borger"

Når patienten skal inddrages som ekspert i eget liv, forudsætter det, at vi uddanner og udvikler både patientens rolle og det kliniske personales rolle. Ligeledes kræver det, at både patient og sundhedsvæsenet ændrer forståelsen af den sundhedsprofessionelles rolle; fra at være problemknuser og den, der beslutter, til at være rådgiver og en person, der hjælper med at finde mulige løsninger.

Patienternes ressourcer består først og fremmest i viden om eget sygdomsforløb, netværk og sociale forhold, og de pårørende kan her spille en særlig rolle. De pårørendes rolle er at hjælpe og støtte patienten, men også **sundhedspersonalet de sundhedsprofessionelle** i at udføre deres arbejde til gavn for patienten. De pårørendes rolle er at sikre, at de to parter modtager alle relevante oplysninger fra hinanden.

*"Det første, der blev lavet, da vi kom ind, var en døgnrytmeplan, om hvornår min søn spiste, og hvad jeg skulle gøre i forhold til det. Jeg var lige pludselig en del af det i stedet for at stå på sidelinjen. Det var en helt anden oplevelse. Det var sådan helt glæde."*

- udtalelse fra pårørende i forbindelse med projektet "Far og mor som partnere"

Vi ved også, at patienters og pårørendes ressourcer omfatter en særlig viden om sundhedsvæsenet. For patienter og pårørende oplever sundhedsvæsenet på en helt anden måde end sundhedsprofessionelle, og de kan derfor være kilde til en anden viden om behandlingsforløb og hændelser. F.eks. oplever mere end hver 10. indlagte patient, at der er sket fejl, mens de var indlagt på et sygehus, og som oftest er det mere end halvdelen af patienter, der selv opdager fejlene. Denne viden er vigtig at opsamle, og vi vil derfor arbejde på at videreudvikle metoder til, at patienterne selv kan melde fejl ind gennem patientrapporteringer fra både primær- og sekundærsektoren. Målet er, at patienter og pårørende, som oplever fejl og utilsigtede hændelser, kan bidrage til læring i sundhedsvæsenet.

Samtidig er det et mål, at både patienter og pårørende med høj grad af egenomsorgsevne får tilbud, hvor denne evne kan anvendes. Uanset om patienten og/eller de pårørende har mange eller få ressourcer, skal vi hjælpe med til, at ressourcerne bruges aktivt. Det kan være noget så simpelt som skiltning - at døre og skabe markeres med grønne farver, der indikerer, at her må pårørende hente ting. Vi skal med andre ord skabe rammerne og tage initiativet til, at patienter og pårørende inddrages mere.

Vi vil støtte bevægelsen mod mere aktive og involverede patienter ved at have et vedholdende fokus på innovation i hele organisationen. Målrettede innovationsindsatser på afdelingerne bliver gennemført hele tiden. De sigter dels mod at optimere anvendelse af det teknologiske udstyr og dels mod at skabe nye perspektiver på patienternes behov og den måde, vi leverer service på. Som eksempel kan nævnes et pilotprojekt fra psykiatrien, hvor man anvender tavlepc'ere i behandlingen af unge med skizofreni og ældre med depression. Der er bl.a. udviklet en særlig applikation, der kan bruges som aktiv del af behandlingen i forbindelse med udveksling af skemaer mellem behandler den sundhedsprofessionelle og patienten. Og projektet skal også undersøge fordele og ulemper ved at anvende videokonsultationer i stedet for traditionelle konsultationer.

Samtidig gør moderne teknologi selvmonitorering muligt. Det skal vi udnytte i de kommende år, f.eks. via programmer til støtte af egenomsorg og tilbud om udvikling af kompetence til at håndtere eget helbred og sygdom. Den sundhedsprofessionelles rolle vil i disse tilfælde blive ændret til i større omfang at være coach eller rådgiver, mens den traditionelle formidling af information vil fylde mindre, da patienten selv og automatisk modtager dette.

Teknologiske løsninger vil også kunne nedbringe behovet for ansigt-til-ansigt konsultationer. Mange spørgsmål vil i stedet kunne klares gennem mail, videosamtaler eller gruppekonsultationer, hvilket vil være mindre ressourcekrævende for både sundhedsvæsenet og patienterne.

Et konkret eksempel er AmbuFlex, hvor man anvender patientrapporterede oplysninger (PRO) på en systematisk måde i klinikken. Formålet er at skabe mere fleksible forløb for ambulante patienter. Systemet fungerer ved, at patienter, som normalt går til mange rutineprægede kontroller, kan visiteres til AmbuFlex, hvor de får tilsendt et klinisk relevant spørgeskema på papir eller e-mail. Patienternes svar bliver samlet i en database, hvor klinikerne de sundhedsprofessionelle nemt og grafisk får præsenteret hver patient med grøn, gul eller rød markering. Grønne patienter har ikke behov for og ønske om konsultation, gule patienter skal gennemgås lidt nærmere af en sundhedsprofessionel kliniker, mens de røde patienter har behov for eller ønske om snarlig konsultation.

AmbuFlex bruges bl.a. på de tre neurologiske afdelinger i regionen til stor tilfredshed for epilepsipatienter. Det øger patienternes mulighed for selvforvaltning samtidig med, at det giver en bedre ressourceudnyttelse.

#### Hvad siger patienterne om AmbuFlex?

- "Tit så rykker vi en hel dag ud, fordi at vi har langt til kontrol. Så det er fint at gøre det på den her måde."
- "Jeg er ikke så tit til kontrol, ca. én gang om året. Jeg føler ikke det store behov for det. Det er meget fleksibelt."



- "Jeg synes, det er en 'hammergod' ide. Jeg vil utrolig gerne svare igen".

- udtalelser fra epilepsi-patienter, der er visiteret til AmbuFlex

## Retningen for kommende indsatser

For at opnå en patientcentreret praksis er det vigtigt med et stærkt forankret fokus hos topledelsen, og ikke mindst er det vigtigt, at patientcentrering betragtes som et kulturelt element. Rigtigt mange steder hersker denne kultur allerede, mens der andre steder er et forbedringspotentiale. Kulturelle organisationsændringer tager dog tid, og en gennemgående patientcentreret praksis i hele organisationen kræver derfor en stor og vedvarende ledelsesopgave i de kommende år. I det følgende har vi opstillet nogle overordnede indsatsområder, som giver retning for kommende konkrete indsatser, der skal udbrede den nye kultur. Vi vil således:

### ***Gode rammer for samspil, dialog, inddragelse og fælles beslutningstagen***

- gøre os erfaringer med forskellige måder at inddrage patienter og pårørende på
- udvikle værktøjer, der kan sikre kontinuitet ved, at patient og pårørende altid ved, hvem de kan gå til
- udvikle konkrete værktøjer til fælles beslutningstagen
- udvikle materiale, der viser de mulige valg i et givent forløb og gør det lettere at vælge.
- følge op på og lære af, hvad patienterne faktisk vælger, når de er velinformerede

### ***Fleksible forløb og øget selvforvaltning***

- eksperimentere med længere tid ved første besøg
- gøre os erfaringer med at tilrettelægge mere målrettede og særligt tilpassede forløb, hvor vi både tilgodeser folk med høj og lav grad af egenomsorgsevne
- vidensdele mhp. at udbrede ordninger, hvor patienter selv rapporterer oplysninger
- gøre os erfaringer med at give patienterne let adgang til egne data, f.eks. nemme applikationer

### ***Kommunikation, kompetenceudvikling og uddannelse***

- kompetenceudvikle frontpersonale i sundhedspædagogik med fokus på brugerinddragelse
- uddanne og træne de sundhedsprofessionelle i generel patientkommunikation og risikokommunikation, f.eks. i forbindelse med behandling ved livets afslutning og palliation
- Igangs sætte flere sygdomsspecifikke patientuddannelser og udvikle nye, fleksible måder at gennemføre disse (i samarbejde med patientforeningerne)

# Sundhed og sammenhæng – gensidig afhængighed

Region Midtjylland og de 19 kommuner løfter forskellige opgaver på sundhedsområdet, og vi er gensidigt afhængige af hinanden og af patienten selv for at skabe mest mulig sundhed. Sundhed er et fælles ansvar, og vi vil derfor fortsætte samarbejdet mod et integrerende sundhedsvæsen, hvor alle parter i sundhedsvæsenet er bevidste om og anvender hinandens kompetencer.

Når sundhed er et fælles ansvar, betyder det, at vi som region har et medansvar for sammen med kommuner og praksissektor at løfte den brede opgave med at fremme befolkningens sundhedstilstand. Det er ligeledes et element i at skabe en bedre samfundsøkonomi og et velfungerende arbejdsmarked. Som regionale aktører skal vi derfor bidrage til, at sundhedsvæsenet som helhed agerer proaktivt gennem sundhedsfremme og forebyggelse og ikke kun reagerer i det øjeblik, sygdom indtræder.

'*Hvordan har du det?*'-undersøgelsen fra 2010 giver os et godt billede af nogle af de udfordringer, vi står over for i forhold til befolkningens sundhed. F.eks. at:

- over halvdelen af borgere med kronisk sygdom har flere end én kronisk lidelse
- socialt udsatte har mindre udbytte af sundhedsydelse end den brede befolkning
- borgere med psykiske problemer er overrepræsenteret i forhold til somatiske sygdomme.  $\frac{3}{4}$  af de psykisk syge har mindst én kronisk sygdom
- kroniske sygdomme er ofte relateret til usund livsstil. F.eks. ryger 46 % af patienter med KOL dagligt

I fremtidens indsats for at styrke sundhed og sammenhæng vil vi sætte fokus på høj kvalitet i den samlede sundhedsydelse, befolkningens sundhedstilstand og omkostningerne pr. indbygger. Vores opgave er at sammensætte og udvikle et sundhedssystem, der er i stand til at fastholde og forbedre sundhedstilstanden samtidig med, at vi sikrer, at kvaliteten i ydelserne er høj, og at vi får mest muligt for pengene. Det skal ske mere specifikt med fokus på:

- Helhed i forløbet og aktivering af alle relevante ressourcer
- Mere lighed i sundhed - differentieret indsats
- Fælles populations **tilgang ansvar**

## **Helhed i forløbet og aktivering af alle relevante ressourcer – samarbejde mellem praksisområdet, hospitaler og kommuner**

Sundhedsvæsenets udvikling stiller større og større krav om et bedre samarbejde mellem praksisområdet, hospitaler og kommuner, så det er en fælles udfordring at fremme sundhed og sikre sammenhæng i patientforløb. Vi kan konstatere, at der fortsat er udfordringer med manglende sammenhæng og samarbejde i patientforløbene. Det er både dyrt for samfundet og uhensigtsmæssigt for borgeren.

Sammen med de 19 kommuner i regionen har vi særligt fokus på at udvikle og styrke det nære sundhedsvæsen<sup>2</sup>. Meget relevant behandling og pleje foregår allerede her, og vi skal fortsat udvikle og nytænke, så vi finder frem til de bedst mulige løsninger for vores borgere. Både af hensyn til økonomi og kvalitet skal opgaverne løses der, hvor det giver størst nytte.

Et stærkere samarbejde mellem sektorerne er en af vores betydelige ambitioner. Det gode patientforløb er afhængigt af, at der samarbejdes på tværs af de organisations- og sektorgrænser, som patienten krydser i sit forløb. Det er afgørende, at indsatsen ydes med afsæt i en veldefineret opgavefordeling og i klare forpligtende aftaler mellem alle involverede sundhedsaktører. Vi har arbejdet med udfordringen i en række år og har eksempelvis via sundhedsaftaler og forløbsprogrammer skabt et markant løft i samarbejdet. Dog er der fortsat behov for at udvikle det tværsektorielle samarbejde med udgangspunkt i kvalitet for patienten.

Sammen med kommunerne har vi eksempelvis udarbejdet forløbsprogrammer for KOL, hjertekarsygdom, diabetes type II, lænderygsmerter og senest i 2013 forløbsprogram for depression, som er det første tværsektorielle forløbsprogram for mennesker med en psykisk sygdom. En succesfuld implementering af forløbsprogrammet vil bl.a. afhænge af et godt samarbejde såvel på tværs af sektorerne som internt i den enkelte sektor.

En forudsætning for, at man som patient, pårørende og borger kan opleve helhed i forløbet er, at der er gode sundhedstilbud i primærsektoren. Kommunerne i Region Midtjylland arbejder med deres indsats på sundhedsområdet i forhold til dels at styrke samarbejdet med regionen, dels at aflaste hospitalerne ved at tydeliggøre, hvilke ydelser kommunerne som minimum kan levere, og hvilken kvalitet man som samarbejdspart kan forvente i det kommunale sundhedstilbud. Kommunerne i Region Midtjylland har bl.a. fælles målsætninger om, at de skal medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelse, og at de skal have tilbud af høj kvalitet til mennesker med kronisk sygdom. Hensigten er at skabe ensartethed i kommunernes sundhedsydelser, og dermed smidiggøre samarbejdet med regionen.

Et af de gode eksempler på, at det kan lade sig gøre at flytte sundhedsopgaver ud i det nære sundhedsvæsen, er behandlingen af blodpropper og blødninger i hjernen (apopleksi). I 2012 omlagde vi dette radikalt ud fra viden om, hvordan man tilrettelægger de bedst mulige forløb og sikrer den bedste ressourceudnyttelse. Det har ført til en intensiveret og mere specialiseret akut behandling, hurtigere igangsat rehabilitering og rehabilitering i borgernes eget hjem med afsæt i lokalt samarbejde med de enkelte kommuner. Hospitaler og kommunerne har fået en ny bred samarbejdsflade, hvor både parternes og borgerens egne ressourcer udnyttes til alles gavn. I de kommende år vil vi lave flere omlægninger som denne, der på samme vis kan løfte kvaliteten og samarbejdet om patienten.

---

<sup>2</sup> Det nære sundhedsvæsen defineres bredt som sundhedstilbud tæt på borgerne. Det drejer sig om alle kommunale sundhedsopgaver samt opgaver inden for praksissektoren. Hospitalernes opgaver i det nære sundhedsvæsen er dels lokale ambulante hospitalstilbud for borgere med en vis afstand til akuthospital (akutklinikker, sundhedshuse), dels hospitalsbehandling, som foregår uden for hospitalet. Endvidere skal hospitalerne understøtte det primære sundhedsvæsen mhp. at sikre den bedst mulige ressourceudnyttelse af det samlede sundhedsvæsen. F.eks. via let adgang til viden og rådgivning.

Vi vil i den forbindelse også udvikle hospitalernes rolle, så hospitalerne i langt højere grad understøtter et sammenhængende sundhedsvæsen gennem mere ansvar for det samlede patientforløb. Hospitalerne skal styrke indsatsen for, at flere borgere kan behandles i hjemmet f.eks. via telemedicin eller ved udgående teams. Ofte kan indlæggelse således have u hensigtsmæssige bivirkninger, og både internationale og danske erfaringer viser, at borgere kan komme sig rigtig godt i eget hjem med den rette behandling og pleje. Det gælder særligt for ældre og borgere med kronisk sygdom.

Hospitalernes faglige viden og ekspertise skal også bringes i spil i hele patientforløbet, så kommuner og almen praksis har nemmere adgang til viden og rådgivning. Vi vil bl.a. gøre det muligt for den praktiserende læge altid at kunne få direkte telefonisk kontakt med en relevant speciallæge på hospitalet. Det muliggør, at flere patienter behandles i nærmiljøet. Når dele af behandling, der sker på hospitalet i dag, sker andre steder, vil der være bedre mulighed for, at hospitalerne kan opdyrke ny viden og indføre nye behandlinger. Hospitalerne kan dermed styrkes på de nuværende styrkeområder: specialiseret behandling, forskning og uddannelse.

Praksissektoren spiller en afgørende rolle i det nære sundhedsvæsen og skal derfor i langt højere grad integreres med kommunernes og hospitalernes indsats. Vi vil derfor styrke samspillet mellem hospitaler og praktiserende læger om diagnostik og behandling. Ligeledes skal både praktiserende læger og hospitaler understøtte kommunernes forebyggelsesopgaver eksempelvis i forhold til de ældre medicinske patienter.

Vi skal også i højere grad medvirke til at bringe tilbud fra andre sektorer i spil. Det er et mål for os at blive bedre til at informere patienterne om, hvad der ligger af tilbud i kommunerne på forebyggelsesområdet, og hvilke tilbud patientforeningerne har. Samtidig forventer vi således også, at kommunerne har sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud af høj kvalitet, vi kan henvise til.

Vi vil også arbejde for, at de forskellige sektorer kan dele kendskab til borgerne, f.eks. i forskningsprojekter, og på den måde understøtte gode sammenhængende forløb. Omvendt vil vi som region stille større viden og information tilgængelig for relevante samarbejdspartner. Fra patienterne har vi f.eks. eksempler på, at kommunerne i visse tilfælde mangler indsigt i patienternes helbredsmæssige tilstande, og det kan have betydning for en god tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Konkret vil vi sammen med kommunerne og praksissektoren arbejde på at udvikle og afprøve nye former for samarbejds- og organiseringsmodeller, som tager konkret afsæt i patientens behov og ressourcer, og hvor der udvikles integrerede indsatser til særligt udvalgte patientgrupper. Det kan f.eks. være en gruppe af patienter, som kommuner og region har et fælles ansvar for, og hvor der afprøves forsøg med fælles faglig ledelse eller fælles faglige teams. Som eksempler kan nævnes fælles ledelse i Randers-klyngen og intravenøs-behandling i Midt-klyngen, hvor borgerne får drop direkte i blodbanen i eget hjem.

*"Når man bliver indlagt, kan man godt opleve, at man bliver stillet en masse tåbelige spørgsmål, som allerede er stillet af nogle andre."*

- patientudtalelse i forbindelse med fokusgruppeinterview

Opgaven med at sikre sundhed og sammenhæng i patientforløb gælder også internt på hospitalerne. Vi arbejder derfor mod at blive endnu bedre til at sikre god forløbskoordination

både for indlagte og ambulante patienter på hospitalerne. Fra patienterne ved vi således, at vi er rigtigt gode til at behandle den primære sygdom, men der er plads til forbedringer, når der kommer flere sygdomme til. Her skal vi blive bedre til at se på det hele menneske og se udover egne faggrænser. F.eks. ved at spørge mere ind til patienternes samlede sygdomsbillede frem for blot at drøfte de helt sygdomsspecifikke forhold. Fra en række fokusgruppeinterview ved vi også, at en del brugere oplever, at de selv må gøre opmærksom på, at de allerede tager én type medicin, når de bliver anbefalet at tage en ny type. For at sikre en bedre sammenhæng vil vi arbejde på at skabe bedre muligheder for at dele informationer på tværs af behandlingssteder. Derudover handler det om, at de enkelte sundhedsprofessionelle i endnu større omfang føler ansvar for hele patientens sundhed.

Særligt multisygdom er en stigende udfordring. Og over halvdelen af patienter med kronisk sygdom har mere end én kronisk lidelse og går derfor til mange kontroller i forskellige regier. Multisyge får ikke gavn af den stigende specialisering i lige så høj grad, som patienter med enkeltsygdomme. Det har konsekvenser bl.a. i forhold til forhøjet dødelighed, øget risiko for fejlmedicinering og nedsat livskvalitet. Vi skal derfor blive bedre til at opstarte og drage nytte af tværfagligt samarbejde, f.eks. tværfaglige specialistteams, så patienten udredes hurtigst muligt, og der kan lægges en koordineret behandlingsplan fra start. Specialiseringen må ikke hindre, at multisyge modtager en rettidig og kvalificeret indsats ud fra deres samlede behov.

### **Mere lighed i sundhed – differentieret indsats**

Vi kan konstatere en øget ulighed i forhold til behandlingsresultater og konsekvenser af sygdom. Socialt dårligt stillede får ikke det samme udbytte af behandlingen som den øvrige del af befolkningen. Et af de seneste eksempler på uligheden i sundhed er, at højtuddannede har 23 % større chance end lavtuddannede for at få deres blodtryk behandlet rigtigt. Sådanne resultater afspejler sig også i dødeligheden. F.eks. var der 13 års forskel i den forventede restlevetid mellem højt uddannede og lavt uddannede kvinder på 30 år i 2005. Fem år tidligere var forskellen på 10 år. Samme billede tegner sig for mændene. Meget af forskellen knytter sig til **sociale forskelle i sundhedsadfærd, eksempelvis rygning og alkoholforbrug** samt sociale forhold som uddannelsesniveau mv., men som region har vi et ansvar for at sikre en større lighed i sundhed gennem måden, vi tilrettelægger sundhedsydelse på.

I forhold til den kommende tredje generationssundhedsaftale for 2015-18 **er vi med kommunerne blevet enige om vil vi, i samarbejde med kommunerne og almen praksis, fortsat gerne fokusere på**, at social ulighed i sundhed skal være et tema. Vi ser meget frem til udfoldelsen af dette nye temas potentiale for de af regionens patienter og borgere, der har et særligt behov for støtte.

For at øge ligheden i sundhed vil vi arbejde mere systematisk med at målrette og tilpasse vores indsatser, så de opleves vedkommende og forståelige. Opgøret med ulighed skal tænkes endnu mere ind som et kerneområde i alle regionale indsatser - både når det gælder behandling og forebyggelse.

### **Fælles populationstilgang i det integrerende sundhedsvæsen**

**Skal vi gøre op med uligheden i sundhed, så vi støtter både de mindre ressourcestærke og de ressourcestærke borgere, kræver det, at vi i højere grad målretter og differentierer vores**

tilbud og ydelser. Med det formål, at behandle folk ens, må vi altså nødvendigvis behandle folk forskelligt og tilbyde forskellige ydelser, målrettet den enkelte borger, fordi nogle borgere vil have brug for en særlig indsats og ekstra støtte for at den samlede behandlingsindsats skal være af høj kvalitet.

Vi har gjort flere gode erfaringer med, at dette lader sig gøre gennem en såkaldt populationstilgang. Denne indebærer, at vi, i stedet for at målrette vores indsatser i forhold til bestemte sygdomsgrupper, begynder at fokusere på de bagvedliggende sociale og psykiske problemer og potentialer, der gør sig gældende på tværs af diagnoser og sygdomsgrupper.

Populationstilgangen kan anvendes bredt og iværksættes på forskellige måder. Vi kan f.eks. tage afsæt i geografiske forhold, så vores indsatser målrettes patientpopulationer i bestemte socialt udsatte boligområder, eller vi kan tage afsæt i bestemte kombinationer af sundhedsydelser, som nogle borgere modtager. Følge de digitale fødselsregistre, som borgerne sætter hver gang de modtager en ydelse i hospitalsvæsenet, i almen praksis eller i kommunen. På den måde kan vi tage højde for patientpopulationernes samlede behov og bringe vores indsatser i spil i forhold til deres mest betydningsfulde fællestræk og største udfordringer.

Skal populationstilgangen lykkes, kræver det et integreret sundhedsvæsen, hvor vi er i stand til at udveksle data for populationerne på tværs af sektorerne, hvor de involverede sundhedsprofessionelle med hinanden og på tværs af sektorer på hospitalet kan dele viden og informationerne om patienterne. med andre sektorer og omvendt. Tanken bag det integrerede sundhedsvæsen er, at der skal være glidende og trygge overgange mellem sektorerne for både patienter og fakta om sundhedsindsatser data, som er vigtige at kende, for at tilbyde patienten en og at patienten igennem hele forløbet tilbydes en individuel behandling, der tilgodeser hendes styrker og svagheder. Sammen med kommunerne vil vi forske i populationer i det nære sundhedsvæsen ud fra en tese om, at der er sammenfald i de borgere, der modtager flest kommunale ydelser og de patienter, der modtager flest regionale sundhedsydelser. Udvekslingen af personfølsomme data på tværs af sektorer er imidlertid udfordret af lovkravene i Sundhedsloven og Persondataloven.

Et eksempel på, at vi allerede gør dette er i gang med at differentiere vores tilbud, er vores indsats inden for svangreomsorgen. Forskning har vist, at der er stærk sammenhæng mellem fødselsvægt og helbred i både barndom og voksenalderen. Ligeledes er der stor social ulighed i forekomsten af alvorlige kroniske sygdomme, og mange af de alvorlige kroniske sygdomme grundlægges allerede i fosterstadiet. Social ulighed allerede i starten af livet kan derfor have langtrækkende konsekvenser i form af social ulighed i sundhed i voksenlivet. Med den nyeste Fødeplan (2012) tilbyder vi derfor differentierede tilbud til de gravide, fødende og barslende efter behov. Vi giver f.eks. særlig støtte til udsatte og sårbare gravide, som er kendetegnet ved misbrug, overvægt, rygning og sociale problemer.

Det er også en kendt problemstilling, at der er markant ulighed i hjertesundhed. Det kommer til udtryk gennem store forskelle i sygelighed og dødelighed, der igen er resultat af forskelle i måden at passe sin medicin, og i om livsstilsændringer bliver fastholdt. For disse patienter vil vi arbejde med socialt differentierede tilbud på mange måder. Det kan både handle om et grundtilbud og udvidede tilbud, særlige tilbud til bestemte målgrupper eller samme tilbud, men

flere møder til bestemte patienter. Det er afgørende, at vi udvikler og udbreder gode eksempler på socialt differentierede tilbud på disse måder til andre patientgrupper. Det kræver bl.a., at vi udvikler værktøj til at finde patienter med behov for ekstra ydelser og tager stilling til, hvad der skal ligge i de forskellige tilbud.

Vi vil også være bedre til at sikre sundheden og gode patientforløb for patienter med behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats. For patienter med et komplekst sygdomsbillede og/eller begrænset egenomsorgsevne forudsætter en optimal indsats ofte, at de sundhedsprofessionelle samarbejder på tværs af fag og sektorer.

Derudover vil vi i langt højere grad måle og evaluere på den sociale ulighed og bruge stratificering som et dynamisk redskab til at fordele grupper af patienter til rette behandling, rehabilitering, og opfølgning. Vi vil styrke arbejdet med tværsektoriel stratificering og have fokus på, at stratificeringen tager højde for patientens sygdomsudvikling og sociale forhold.

Ikke mindst vil vi også have et særligt fokus på mennesker med psykisk sygdom, hvor forekomsten af kronisk sygdom er langt større end i resten af befolkningen. ¾ af de psykisk syge har mindst én kronisk sygdom. Og der er en overdødelighed på 15-20 år blandt patienter med psykiske sygdomme. Det har samtidig vist sig, at mennesker med psykisk sygdom er mere motiverede for at ændre sundhedsvaner end resten af befolkningen. Denne mulighed for at løfte sundheden for mennesker med psykisk sygdom skal udnyttes. Vi skal blive bedre til at udrede og behandle de somatiske lidelser hos patienter med psykisk sygdom, og vi skal styrke det tværsektorielle samarbejde med almen praksis, kommunerne, speciallægerne og specialtandplejen. Vi kan f.eks. i højere grad udnytte den regionale specialtandplejes kontakt til de ressourcervage borgere, der pga. en svær psykisk eller fysisk funktionsnedsættelse, ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud. Derudover skal vi i langt højere grad skabe og tilrettelægge patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud, som tiltrækker og fastholder patienter med psykisk sygdom.

### **Fælles populationsansvar Forebyggelse og tidlig opsporing**

En væsentlig indsats i forhold til at fremme befolkningens sundhed er at sætte ind med tidlig opsporing af risikoadfærd og give råd og vejledning om ændring af livsstil i forhold til denne adfærd. Forebyggelse og tidlig opsporing rummer mange aspekter. Et aspekt er at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Data fra Region Midtjylland viser, at ca. 16.000 indlæggelser årligt kan forebygges. Der er således et betydeligt økonomisk såvel som kvalitetsmæssigt potentiale i at gøre en forebyggende indsats.

Det er vigtigt, at sundhedsvæsenets parter påtager sig et såkaldt populationsansvar og samarbejder om at tilbyde de rette sundhedsydelser til de rette patienter. En populationsorienteret tilgang til sundhedsvæsenet giver mulighed for at tilrettelægge og yde en mere målrettet indsats. Med denne tilgang tager vi afsæt i en samlet patientpopulation, f.eks. alle diabetikere i et velafgrænset område (klynge eller praksis), samt viden om gruppens sundhedskarakteristika (antal, behov og forbrug af sundhedsydelser). Dermed kan vi dimensionere og målrette indsatsen med afsæt i viden om patientgruppernes samlede behov.

Populationstilgangen betyder netop, at vi styrker sundhedsvæsenets mulighed for at handle proaktivt og yde en forebyggende indsats. Det betyder i praksis, at man f.eks. skal gøre mere ud af at se på de hjertepatienter, som praktiserende læge kender som risikopatienter end på de patienter, som var på hospitalet sidste år med et hjerteproblem. Almen praksis skal således understøtte indsatsen for at fremme befolkningens sundhed gennem kendskab til, fokus på og ansvar for den samlede patientpopulation. Og gennem en proaktiv indsats over for f.eks. kronisk syge, særligt sårbare patienter og særlig sygdomsrisiko.

*"Jeg bliver tit spurgt om mine kostvaner, rygevaner, alkoholvaner og motionsvaner. Stort set hver gang jeg har været til kontrol/samtale, har jeg svaret det samme, men jeg er aldrig blevet tilbudt støtte eller hjælp til at ændre de uhensigtsmæssige vaner."*

- borger i forbindelse med projektet "fra patient til borger"

Når en patient er indlagt på hospitalet, kommer til ambulant kontrol eller opsøger egen læge skal der ske en systematisk screening i forhold til KRAM (kost, rygning, alkohol og motion). Region Midtjylland ligger under landsresultatet, når der måles på, om patienterne føler sig ordentligt informerede om livsstilens betydning for deres helbred: Resultater fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) viser, at tæt på en tredjedel af de adspurgte indlagte patienter svarer, at de enten i høj grad eller i nogen grad i forbindelse med deres behandlingsforløb har været i tvivl om livsstilens betydning for deres helbred. Vi vil således motivere endnu mere til sund levevis og understøtte den gode overlevering, så den enkelte patient kommer videre til et kommunalt forebyggelsestilbud, hvis der er behov herfor.

En væsentlig indsats i forhold til at fremme befolkningens sundhed er at sætte ind med tidlig opsporing af risikoadfærd og give råd og vejledning om ændring af livsstil i forhold til denne adfærd. Forebyggelse og tidlig opsporing rummer mange aspekter. Et aspekt er at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser. Data fra Region Midtjylland viser, at ca. 16.000 indlæggelser årligt kan forebygges. Der er således et betydeligt økonomisk såvel som kvalitetsmæssigt potentiale i at gøre en forebyggende indsats.

Når en patient er indlagt på hospitalet, kommer til ambulant kontrol eller opsøger egen læge, skal der ske en systematisk screening i forhold til KRAM (kost, rygning, alkohol og motion). Vi vil således motivere endnu mere til sund levevis og understøtte den gode overlevering, så den enkelte patient kommer videre til et kommunalt forebyggelsestilbud, hvis der er behov herfor.

Vi skal arbejde målrettet med data fælles viden fra både hospitaler, almen praksis og kommuner, så de involverede sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer kan lave mere målrettede sundhedsindsatser til den enkelte patient. på hospitalet kan dele viden og informationerne om patienten med andre sektorer og omvendt. Sammen med kommunerne vil vi også forske i populationer i det nære sundhedsvæsen ud fra en tese om, at der er sammenfald i de borgere, der trækker flest kommunale ydelser og de patienter, der trækker flest regionale sundhedsydelser.

Endelig vil vi som noget nyt sammen med kommunerne og almen praksis arbejde på at opstille et fælles mål for, hvad vi vil med sundhedsvæsenet. Herved kan vi prioritere indsatser og investeringer samt måle på, om vi rent faktisk forbedre befolkningens sundhedstilstand. I



første omgang vil vi sammen med kommunerne og almen praksis søge at udarbejde fælles visioner for samarbejdet og opstille fælles kvalitetsmål på kronikerområdet.

## Retningen for kommende indsatser

Nedenfor har vi opstillet en række punkter, der angiver retningen for kommende konkrete indsatser mhp. at udvikle et endnu mere sammenhængende sundhedsvæsen.

### ***Social ulighed i sundhed***

- forske i hvad sociale uligheder i sundhed skyldes, og hvordan de kan reduceres
- tænke social lighed ind som et kerneområde i alle regionale indsatser
  - i højere grad differentiere tilbuddene
  - samarbejde og erfaringsudveksle med kommuner om bestemte grupper, der falder ud

### ***Fælles populationsansvar og fremme befolkningens sundhed***

- lave fælles målsætninger og strategier med kommunerne om forebyggelse og koordinere brugen af resultater om forskelle i forbrug af sundhedsydelser (kommuner, aldersgrupper mv.)
- dimensionere og målrette sundhedsydelser i forhold til bestemte populationers sundhedskarakteristika (antal, behov, forbrug). Vi vil bruge stratificering til at fordele grupper af patienter til rette tilbud
- sikre at både praksissektoren og hospitalerne motiveres til at ændre risikofyldt adfærd
- arbejde for, at hospitaler, kommuner og praksissektoren udvikler fælles evidens og dokumentation og hurtigt udbreder og opskalerer indsatser med dokumenteret effekt
- samarbejde med kommuner om at undgå unødvendige indlæggelser og genindlæggelser

### ***Det integrerende sundhedsvæsen***

- styrke integrationen af praksissektoren med det samlede sundhedsvæsen
- sikre bedre kvalitet i behandlingen af den ældre medicinske patient
- udvikle et tværsektorielt fællesskab om opgaven og en åben tilgang til, hvor opgaven løses gennem
  - fælles innovation på tværs af sektorgrænser
  - nye samarbejds- og organisationsformer, f.eks. med fælles faglig ledelse og delestillinger
  - fælles kompetenceudviklings- og uddannelsesaktiviteter
  - systematisk og tværsektoriel videndeling om effekt af indsatser, f.eks. om egenomsorg
  - udvikling af fælles screeningsredskab for at opspore udvikling eller forværring af sygdom.
  - fortsat samarbejde med kommuner og faglige organisationer, f.eks. i Task force for nære sundhedstilbud og sundhedsinnovation, mhp. helt nye løsninger på fælles udfordringer.
  - systematisk anvendelse af tværsektorielle data – målrettet brug af fælles viden med henblik på, at der laves sundhedsindsatser, som er baseret på fakta. datasamkøring og datafeedback, f.eks. for at undersøge sammenhænge i omkostningsniveau i populationer

### ***Det nære sundhedsvæsen***

- sikre, at tilbud kan gives så tæt på borgeren og på så lavt et effektivt omsorgsniveau som muligt ved
  - teknologiske muligheder til at udbrede tilgængeligheden af specialiserede ydelser, der foregår på et hospital. F.eks. flere telemedicinske løsninger for patienterne
  - fortsat udvikling af sundhedshuse

# Den bedste kvalitet – hver gang på den rigtige måde

Det er vores vision at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen på højt internationalt niveau til gavn for alle. Det skal ske ved at levere målrettede og relevante ydelser af høj faglig kvalitet med lavest mulige omkostninger. Man kan definere den bedste kvalitet sådan, at de rette ydelser gives hver gang på den mest effektive måde, og at patienterne oplever at få den forventede hjælp. Det handler altså om både patientoplevelset, faglig og organisatorisk kvalitet.

Den højeste og bedste kvalitet forudsætter viden samt en struktur og organisering, der sætter den bedst mulige ramme om arbejdet for og med patienterne. Men ikke mindst fordrer den bedste kvalitet en kultur og et tankesæt, der bærer indsatsene. Derfor er engagement og de rette kompetencer hos medarbejdere og ledere også helt afgørende. Særligt er ledelse afgørende, når der skal skabes de forudsætninger og den kultur, der skal til for at opnå en selvfølgelighed i arbejdet for den bedste kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng. Ledelsens tydelige engagement har stor betydning for, at samarbejdsrelationer, videndeling og patientinddragelse bliver en naturlig og mere systematisk del af hverdagen.

Inden for kvalitetsarbejdet er vi allerede nået meget langt; f.eks. har patienter i Region Midtjylland i en årrække været blandt de mest tilfredse i landet.<sup>3</sup> Derudover kan det nævnes, at vi har gennemført den første akkrediteringsrunde og skal forberede os på den næste i 2014, at vi har gennemført specialeplanlægning, at vi har kvalitetsmål i budgettet på udvalgte områder, og at vi arbejder med Patientsikkert Sygehus. Disse initiativer vil vi fortsat arbejde med, og vi vil videreudvikle på initiativer, der er med til at sikre, at det rigtige gøres første gang og dermed spare ressourcer eller reservere disse til det, der virkelig er behov for.

For at fortsætte den flotte udvikling på kvalitetsområdet bliver der i høj grad tale om at arbejde med kultur. Gennem deltagelse i "Institute for Healthcare Improvements" arrangementer og studiebesøg hos det britiske sundhedsvæsen er vi en del af en international kvalitetsbevægelse. Centrale fokusområder bliver ledelse af kvalitetsforbedringer, teamsamarbejde og koordinering af patientbehandling i et helt og integreret sundhedsvæsen. Dermed ikke sagt, at der ikke hidtil er gjort en stor indsats, men vi har nu i højere grad forudsætningerne for at "sætte vores kultur i bevægelse" - at udpege de rette kvalitetsinitiativer, at implementere, følge op og opskalere samt at drøfte dette med hinanden, men også med de bedste internationalt set.

I de kommende år vil vi have særligt fokus på:

- Kvalitetsdagsordenen
- Akutområdet
- Bæredygtige enheder som understøtter kvaliteten
- Anvende den nyeste viden

---

<sup>3</sup> Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser for 2011 viste f.eks. , at 94,4 % af de indlagte patienter betegnede deres samlede oplevelse som "god" eller "virkelig god" mod 92,6 % på landsplan. For patienter i ambulatorierne var andelen 96,9 % mod 96,3 % på landsplan.

- Klinik- og praksisnær forskning samt hurtig implementering
- Fra data til handling

## Kvalitetsdagsordenen

I kraft af Danske Regioners kvalitetsdagsorden er der sket et paradigmeskift i styringen og ledelsen af det danske sundhedsvæsen, hvor der gennem bedre kvalitet og innovation skal skabes mere sundhed for pengene. Altså et fokus på hvordan både økonomi og kvalitet kan forbedres og en søgen efter, hvor vi kan skabe disse forbedringer gennem innovation.

Kvalitetsdagsordenen kræver et skærpet fokus overalt i ledelsessystemet. Nærvær i ledelse er af allerstørste betydning for at vise, at det er muligt at opnå den højeste kvalitet og patientsikkerhed, samt hvorfor dette er en væsentlig komponent for at opnå et resource- og kvalitetsmæssigt balanceret sundhedsvæsen.

Konkret vil vi prioritere de metoder til diagnosticering, behandling og rehabilitering, der har vist sig mest effektive, og hvor patienten oplever det bedste resultat. Det vil sige, at der skal hentes gevinster hjem bl.a. ved at fjerne unødvendige arbejdsgange, ved færre fejl og skader, færre komplikationer og unødige (gen)indlæggelser samt bedre sammenhæng og koordinering i patientforløbet. Et eksempel på dette er arbejdet med de tre pakker i Patientsikkert Sygehus, hvor vi vil forhindre tryksår, forebygge blodforgiftning og højne patientsikkerheden ved operationer.

Målet er, at ressourcerne anvendes på den bedste måde første gang, hvorved den bedste kvalitet kan være med til at frigøre ressourcer. Vi vil "bryde nyt land" gennem denne kobling af kvalitet, økonomi og innovation, og vi vil opskalere, når resultaterne viser retningen.

## Akutområdet

Akutplanen for Region Midtjylland blev vedtaget i 2007 med det formål at sikre hurtig og højt kvalificeret diagnostik og behandling af den akut syge patient – uanset tid og sted. Der blev også stillet krav om et tættere samarbejde mellem Præhospitalet, almen praksis, lægevagten og akutafdelingerne. Med en ny organisering på akutområdet er der tale om nye samarbejdsformer, nye kompetencer og andre patientforløb, der stiller krav til både ledelse, medarbejdere, fysiske rammer og gensidige aftaler med praktiserende læger og kommuner.

I lyset af den nye organisering vil vi kontinuerligt arbejde på at optimere rammerne for et godt samarbejde mellem alle aktørerne på akutområdet. Samtidig vil vi arbejde for, at teamarbejdet og de fælles tværfaglige ressourcer på akutområdet udnyttes bedst muligt til størst gavn for den akutte patient.

## Præhospitalet

I 2009 blev Præhospitalet en ny og selvstændig driftsorganisation med ansvar for en stor patientgruppe bestående af både akutte og ikke-akutte patienter. Siden 2011 er alle akutte patienter, der henvender sig til 112, visiteret gennem Præhospitalet. Patienterne bliver hastegradvurderet af Præhospitalets egne **disponenter sundhedsfaglige visitatorer**, og Præhospitalet har ansvaret for patientens behandling, indtil patienten er modtaget på et af regionens øvrige hospitaler.

I de kommende år understøttes det præhospitale arbejde ved at der indføres en elektronisk, landsdækkende præhospital patientjournal, som samler tre eksisterende papirpatientjournaler i de præhospitale beredskaber, der vil blive koblet til regionernes Elektroniske Patientjournaler samt andre nationale sundhedsservices. Lægges man hertil den snarlige opbygning af akutjournalen i Midt-EPJ, som benyttes på akuthospitalerne, er der tale om væsentlige fremskridt med hensyn til effektivisering og kvalitet af kommunikation og dokumentation på akutområdet. På længere sigt er det et ønske at den præhospitale patientjournal også kan kobles med den journal, der findes ved praktiserende læger og vagtlæger. Det skal sikre en hurtigere og mere sikker overlevering af patienten.

### **Almen praksis**

Der blev i december 2011 vedtaget en akutaftale med de praktiserende læger til implementering i løbet af 2012. Det er med denne aftale ønsket, at løsningen af sundhedsvæsenets akutfunktion sker i et tættere og mere forpligtende samarbejde end hidtil. Her vil vi i de kommende år have særligt fokus på:

- *Samarbejde om visitation.*

Der er etableret en enstrengt visitation for alle akutte henvendelser, som ikke kræver kontakt til 112. Det betyder, at borgeren altid skal ringe til sin praktiserende læge eller lægevagten ved akut opstået sygdom og skade, hvis der ikke er behov for at ringe 112. Egen læge/lægevagt kan visitere til behandling hos egen læge/lægevagt, akutklinik eller akutafdeling. Eller situationen kan afhjælpes med et godt råd til egenomsorg. Det udvidede samarbejde på akutområdet med fælles indgang ved sygdom og tilskadekomst danner rammen om en samlet model for akutområdet, som sikrer patienten en effektiv adgang til akuthjælp, og samtidig bidrager til, at der undgås unødigt ventetid.

- *Samarbejde om akutklinikker.*

Lægevagten har det lægefaglige ansvar i akutklinikkerne i vagttid for de patienter, som visiteres hertil. Det beror på en lægefaglig vurdering, i hvilken rækkefølge, opgaverne prioriteres, dvs. om der skal køres sygebesøg eller ses patienter i akutklinikken. I vagttid vil behandlersygeplejersken assistere lægevagten i behandlingen af patienter med mindre skader samt patienter med medicinske sygdomstilfælde. En række skadestyper kan også behandles selvstændigt af en behandlersygeplejerske.

- *Samarbejde i akutafdelinger.*

Samarbejdet mellem lægevagten og akutafdelingen skal bidrage til, at patienterne oplever den akutte behandling af enten akut sygdom eller akut tilskadekomst mere integreret, uanset om den foregår i lægevagten eller i skadestuen i akutafdelingen.

### **Akuthospitalet**

Alle akuthospitaler skal kunne tilbyde den bedste kvalitet i den akutte fase. Akuthospitalerne sikrer, at akut syge og tilskadekomne patienter diagnosticeres og behandles hurtigst muligt og på relevant højt fagligt kompetenceniveau af sundhedsprofessionelle, der er dedikeret til indsatsen. Modtagelse, primær diagnostik og behandling af akutte patienter er en specialistopgave, og denne bør varetages under ledelse af speciallæger med særlig ekspertise inden for det akutte område.

Vores mål er, at der på alle regionens akutafdelinger hele døgnet og alle årets dage altid er en speciallæge til stede på akutafdelingerne. På den måde sikres både det gode forløb for den akutte patient og en effektiv udnyttelse af ressourcerne.

Etableringen af akutafdelingerne er et brud med den tidligere organisering af den akutte modtagelse på hospitalerne og oprettelsen af afdelingerne har givet og giver fortsat udfordringer. I Region Midtjylland satser vi på akutafdelingerne, og vi vil i fællesskab sikre, at de bliver en succes. Derfor arbejder vi videre med effekt- og måleparametre, så vi sammen kan skabe de optimale løsninger til gavn for den akutte patient og personalet.

Vi vil arbejde med fire overordnede emner, der har særlig betydning for akutafdelingerne:

- *Fysiske rammer*, mhp. at sikre en indretning, der gør, at patienterne kan observeres og blive mødt af de rette kompetencer uden at skulle flyttes unødigt
- *Akutkonceptet* med særligt fokus på visitation af patienter, patientflow og samarbejdet mellem aktørerne
- *Triage*, mhp. at opnå en standardiseret og hurtig vurdering af den akutte patient, dvs. en risikovurdering, på vedtaget grundlag
- *Uddannelse*, dvs. efteruddannelse af læger og sygeplejersker samt integration af andre faggrupper

Vi vil følge og kvalificere den akutte indsats meget nøje. Vi har allerede servicemål for både den præhospitale indsats, f.eks. hvor hurtigt en ambulance skal være fremme, og for lægevagten, hvor der f.eks. måles på ventetid i telefonen. Der er også opstillet servicemål og kvalitetsindikatorer for modtagelsen af akut syge på regionens akuthospitaler, hvor der eksempelvis måles på ventetid, og på hvornår en patient skal ses af en speciallæge. I tillæg hertil vil vi kontinuerligt udvikle nye indikatorer. Endelig vil vi også have en større opmærksomhed rettet mod samspillet med kommunerne, da kommunernes opgave også vil ændre sig i takt med den ændrede organisering af akutområdet.

## **Bæredygtige enheder som understøtter kvaliteten**

Med et fælles blik på hele regionens sundhedsvæsen skal der være en arbejdsdeling og et samarbejde, der understøtter, at alle hospitaler og funktioner er organisatorisk og fagligt bæredygtige. Arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel vil være med til at sikre bæredygtigheden gennem udvikling og harmonisering af særligt den organisatoriske kvalitet på tværs af både afdelinger og hospitaler, men også i samarbejdet med patientforløbets øvrige aktører – praktiserende læger og kommuner. Gennem akkrediteringsarbejdet sikres en høj faglighed i kvalitetsarbejdet; det sikres bl.a., at både lokale og regionale aftaler og retningslinjer er på plads, og eksempelvis har vi fælles regionale retningslinjer for henvisning og modtagelse af patienter, hygiejneområdet og medicinering.

For at styrke kvaliteten sker der inden for både somatikken og psykiatrien en stigende specialisering, der er en måde at sikre, at vi bruger den højeste faglige viden. Specialiseringen udfordrer imidlertid også kvaliteten. Specialisering fører således ofte til centralisering, og der er derfor behov for, at der hele tiden er fokus på at sikre et grundlag for fagligt bæredygtige regionshospitaler. Den bedste kvalitet skal leveres, uanset hvor man møder det regionale sundhedsvæsen. Nærhed er udtryk for god service og øger ofte den patientoplevede kvalitet. Hensynet til faglig kvalitet vægter dog tungere end nærhed. Derfor sikrer vi, at alle

behandlinger og beredskaber er understøttet af kompetence, der er knyttet til uddannelse og øvelse.

Specialiseringen kan også være en udfordring for det gode sammenhængende patientforløb, specielt for patienter med flere eller uklare lidelser. Der arbejdes i dag på flere måder på at kompensere for dette, f.eks. gennem en tværgående koordineret indsats i de diagnostiske centre, som er et koncept, vi vil udbrede til flere patientgrupper - særligt patienter med multisygdom.

I 2010 gennemførte Region Midtjylland den første version af Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, der var meget orienteret omkring fordeling af specialfunktioner på de respektive matrikler i regionen. Vi vil bygge videre på de opsamlede erfaringer herfra for at stå stærkt, når vi i 2014 skal gennemføre en ny specialeplan.

### **Klinik- og praksisnær forskning og hurtig implementering af den nyeste viden**

En evidensbaseret tilgang til en løbende udvikling af klinikken er en hjørnesten i at opnå den højeste kvalitet. Vi ønsker derfor at understøtte og styrke forskning på sundhedsområdet i tæt partnerskab med Aarhus Universitet. Der skal på alle hospitaler i regionen være fokus på forskning, og praksissektoren skal mest muligt involveres i forskningsinitiativer.

Det er i det hele taget målet, at så store dele af sundhedsvæsenet som muligt inddrages i forskning. Derfor vil vi også styrke det gode samarbejde om forskning, der bl.a. sker i Folkesundhed i Midten. Målet er at frembringe forskningsbaseret viden til at understøtte og optimere det tværsektorielle samarbejde inden for forebyggelse, behandling og rehabilitering. Patienterne bør også i højere grad involveres som aktiv i forskningen. Der skal således arbejdes med, at patienter og pårørende inddrages i at tilrettelægge konkrete forskningsprojekter.

I forlængelse af den øgede forskningsindsats er det et yderligere mål, at vi bliver hurtigere til at gå fra viden om det rette at gøre til faktisk også at gøre det. Vi skal sikre hurtig implementering af den behandling, den metode og den organisering, vi ved virker. Undersøgelser viser, at der i gennemsnit går 12 år fra forskningsinvestering til, at resultaterne omsættes til anbefalinger. Og derfra går der yderligere noget tid til implementering. Der skal gøres en aktiv indsats for at mindske dette tidsrum.

Kliniske retningslinjer kan være en metode til at medvirke til hurtigere implementering af viden. Retningslinjer, der bygger på den nyeste viden, er således med til at sikre ensartethed og den bedste kvalitet. Ligeledes er implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer med til at sikre en løbende prioritering og dermed mest mulig sundhed for pengene. Kliniske retningslinjer medvirker med andre ord til, at det, vi ved virker, også gøres hver gang, ligesom de tydeliggør krav til og sikrer rettidighed i behandlingen til gavn for patienten. Retningslinjerne udgør en basis for kommunikationen med patienten – en basis, der gerne skal gøre det lettere at informere, fordi den repræsenterer den faglige viden og det serviceniveau, der er mulighed for at yde. Derfor er den standardisering, der ses i kliniske retningslinjer og pakkeforløbsbeskrivelser, ikke i modstrid med "patienten bestemmer".

En konkret måde vi vil sikre, at det er den nyeste viden, der finder anvendelse er desuden gennem en større grad af teamsamarbejde om patienterne. For at kunne imødekomme de større og større krav til kvalitet, effektivitet og produktivitet, er det således nødvendigt, at alle kompetencer og ressourcer kommer i spil på rette tid og sted.

### **Fra data til handling**

Data er et vigtigt værktøj til at identificere den bedste kvalitet og bestemte metoder eller praksisser, vi bør udbrede i større skala. Gennem dataarbejdet vil vi følge op på behandlinger og de kvalitetsindsatser, der iværksættes både på de enkelte institutioner og på tværs af patientforløb og faggrænser. Det er dels for at monitorere, at vi kontinuerligt giver patienterne den bedste behandling, og dels for at skabe mulighed for at forbedre systemet. F.eks. hvis vi opdager manglende målopfyldelse eller kvalitetsbrist. Vi vil også i langt højere grad systematisk spørge patienterne og bruge deres tilbagemeldinger til at forbedre vores indsats.

Gennem dataarbejdet vil det være muligt at synliggøre nogle af de udfordringer, der hindrer sundhedsydelser af den bedste kvalitet. Og gennem opbygning og udvidelse af et validt kvantitativt datagrundlag vil vi sikre tilgængeligheden af den nødvendige information til forskning samt udvikling, ledelse og styring af sundhedsvæsenet. Eksempelvis har vi etableret hjerte- og kræftpakkemonitorering lang tid før, det blev et nationalt krav, og vi er godt i gang med at sikre, at også kliniske data fra MidtEPJ bliver tilgængelige. F.eks. skal klinikerne kunne se, gennem den dokumentation, de leverer hver dag i MidtEPJ, om de følger vedtagne kliniske retningslinjer.

I samarbejde med almen praksis og kommunerne vil vi følge overgangene i patientforløbene på de områder, hvor vi ved, at sektorovergangene er en udfordring. Dette vil oftest være gennem indsamling af mere kvalitative data – eksempelvis har vi gennemført journalaudits med fokus på kvaliteten af henvisninger og epikriser mhp. at forbedre sammenhæng og kommunikation.

Når data viser forbedringer eller en fast høj kvalitet, vil vi lære af de cases, hvor vi i forvejen leverer den bedste kvalitet og sprede denne viden ud i organisationen. På den måde skal data altså skabe et solidt grundlag for handling, der giver mening.

### **Retningen for kommende indsatser**

Vi er allerede nået rigtig langt med kvaliteten i de ydelser, vi leverer, og vi har også lagt planer for initiativer fremadrettet. En del af disse kommer bl.a. til udtryk gennem 10 formulerede kvalitetsmål i budget 2013. Udover de igangværende lokale og regionale kvalitetsinitiativer vil vi i kommende konkrete indsatser have fokus på at

### ***Mest mulig sundhed for pengene***

- reducere spild. Ved at undgå komplikationer og fejl samt sikre den korrekte diagnostik vil vi mindske risikoen for overbehandling og unødige forsinkelser.
- identificere patienttyper, hvor en indsats vil have størst afkast i forhold til målene og økonomi
- udvikle nye måder at opgøre produktivitet og effektivitet for både almen praksis og hospitaler
- arbejde for rammefinansiering af regionerne kombineret med styring efter kvalitetsmål f.eks.

### ***Sundhedsdata, evaluering og monitorering***

- indsamle data fra patienter, f.eks. PRO-data, og lade patienten selv kunne dokumentere i sin journal.
- styrke den tværgående adgang til data. Forpligtende samarbejde om sundheds-it på tværs af sektorer
- systematisk gennemføre tværfaglige audits med inddragelse af patienter og pårørende.
- indføre servicemål i almen praksis.

### ***Anvende den nyeste viden***

- evaluere organiseringen af akutområdet gennem mål for effekten af vores indsats.
- sikre hurtig implementering af tiltag, indsatser og organiseringer, vi ved giver højere kvalitet.
- arbejde systematisk med innovation og sprede nytænkning. De fælles strategiske satsninger og støttefunktioner, som man kan trække på lokalt, skal tydeliggøres.
- fastholde robuste og bæredygtige specialfunktioner

### ***Forskning, uddannelse og udvikling af kompetencer***

- udvikle og konsolidere det tætte samarbejde med Aarhus Universitet.
- styrke forskningen overalt i sundhedsvæsenet og gøre forsøg med at inddrage patienter og pårørende i et antal forskningsprojekter
- styrke samarbejdet med VIA og andre videninstitutioner om en løbende, praksisnær udvikling af medarbejdernes faglige kompetencer og redskaber til at understøtte god klinisk praksis.
- løbende dimensionere sundhedsuddannelserne i forhold til efterspørgslen og sikre, at indholdet uddannelserne afspejler nuværende og fremtidige opgaver, arbejdsgange, organisering og teknologi.
- de sundhedsprofessionelles efteruddannelse og kompetenceudvikling matcher de konkrete udfordringer og opgaver. F.eks. tværfagligt, forløbsorienteret og tværsektorielt samarbejde
- styrke ledelsessystemets kompetencer vedr. innovation, kvalitetsudvikling og økonomistyring
- udarbejde en strategi for udviklingen af kompetencer hos ledelse og sundhedspersonale
- arbejde målrettet med ledelsesudvikling, herunder talentspotting



