



**Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud  
Studietur til Edinburgh og Aberdeen, Skotland  
den 17.-20. november 2015**

# Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
2. Kort om det skotske sundhedsvæsen.....	3
3. Ny struktur for almen praksis rolle i Skotland.....	4
4. Integrationsindsatser i det nære sundhedsvæsen.....	7
5. Udvikling af telemedicinske løsninger i Skotland.....	10
6. Health and Social Care Partnerships.....	12
7. Moderniseringsindsatser for patientens egenomsorg.....	14
8. Udvalgets anbefalinger.....	17

Spørgsmål til studieturen for det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud kan rettes til udvalgssekretær:

Christine Winding-Lauritzen, Regionssekretariatet



7841 0128



christine.winding-lauritzen@stab.rm.dk

# 1. Indledning

Regionsrådet godkendte i januar 2015, at det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud kunne tage på en tre-dages studietur til Edinburgh, Aberdeen i Skotland. Endvidere blev det besluttet, at udvalget inviterede medlemmer af Praksisplanudvalget og Sundhedskoordinationsudvalget til at deltage i studieturen med henblik på at styrke samarbejdet yderligere med kommunerne og de praktiserende læger.

Formålet med studieturen var at indsamle viden og erfaringer fra det skotske sundhedsvæsen blandt andet i forhold til, hvilke initiativer der eventuelt kan igangsættes i Region Midtjylland.

Skotland er på mange måder sammenlignelig med Danmark, og Skotland står overfor en række af de samme udfordringer på sundhedsområdet. Derudover har det skotske selvstyre i 1999 overtaget ansvaret for landets sundhedsvæsen, hvilket igangsatte en omfattende udvikling i retning af et tættere samarbejde mellem parterne på sundhedsområdet.

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud redegør i denne rapport for de input, som udvalget fik under turen. Herudover indeholder rapporten de anbefalinger, som udvalget ønsker at afgive på baggrund af studieturen. Anbefalingerne er nævnt i de afsnit, hvor de emnemæssigt hører til. Herudover er alle anbefalinger samlet i et afsluttende afsnit.



Figur 1. Organisationsdiagram NHS

## Program for turen

### Tirsdag den 17. november

- Afrejse til Edinburgh

### Onsdag den 18. november

- Besøg på det skotske sundhedsministerium, afdeling for primær sektoren
- Besøg på Wester Hailes Healthy Living Centre
- Besøg af formanden for det skotske PLO

### Torsdag den 19. november

- Besøg på Scottish Centre for Telehealth and Telecare

### Fredag den 20. november

- Besøg på Aberdeen Health Village
- Afrejse til Billund



Figur 2. Delegationen samler op på onsdagens program i Edinburgh



### **Delegationen:**

#### **Deltagere fra det rådgivende udvalg :**

Næstformand Carl Johan Rasmussen (A)  
Henrik Fjeldgaard (A)  
Mette Valbjørn (A)  
Ole Jepsen (A)

#### **Deltagere fra Praksisplanudvalget:**

Hanne Roed (B)  
Nils Borring (A), Favrskov Kommune  
Frank Heidemann Sørensen (A), Ikast-Brande Kommune  
Karsten Rejkjær Svendsen, Formand PLO-Midtjylland  
Jette Dam-Hansen, næstformand PLO-Midtjylland  
Henrik Idriss Kise, medlem af PLO-Midtjylland

#### **Deltagere fra Sundhedskoordinationsudvalget:**

Lone Langballe (O)  
Jette Skive (O), Aarhus Kommune  
Hans Jørgen Hansen (V), Hedensted Kommune  
Kate Bøgh, Sundhedsdirektør Favrskov Kommune  
Kjeld Bertelsen, Sundhedsdirektør, Struer Kommune

### **Fra administrationen i regionen deltog:**

Koncerndirektør, Christian Boel  
Sygeplejefaglig direktør, Regionshospitalet Horsens,  
Inge Pia Christensen  
Afdelingschef, Koncern Kvalitet, Mette Just Kjølby  
Kontorchef, Nære Sundhedstilbud, Jens Bejer  
Damgaard  
Chefkonsulent, Nære Sundhedstilbud, Helle Hygum  
Fuldmægtig, Regionssekretariatet,  
Christine Winding-Lauritzen



Figur 3. Fællesbillede v. NHS 24/7



Figur 4. På vej til Aberdeen Health Village

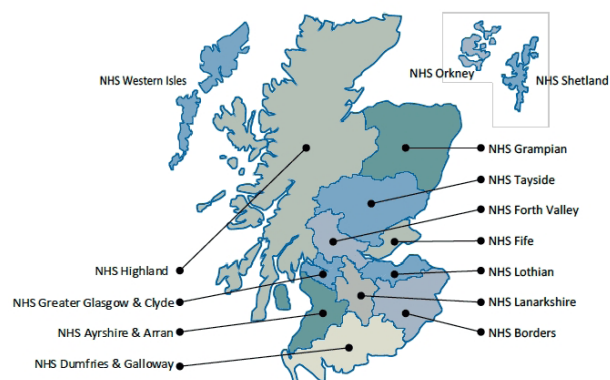
## 2. Kort om det skotske sundhedsvæsen

Den øverste politiske ledelse i Skotland udgøres af en smal regering, som på sundhedsområdet har en minister for "Health and Wellbeing" og en (underliggende) såkaldt juniorminister for "Public Health". Juniorministeren er ikke regeringsmedlem.

Det nationale niveau omfatter, udover Health Department, forskellige direktorater blandt andet "Health Finance and Information", "Health Workforce and Performance" samt "Health and Social Integration". Også en national lægelig direktør samt en national sygeplejedirektør hører med i dette set up.

Administrativt og overordnet ledes det skotske sundhedssystem af en generaldirektør for Health and Social Care. Titlen afspejler det skotske systems fokus på integration mellem hospitalssystem og den primære sektor samt indsatsen i forhold til at tænke sundhedsindsatser og sociale indsatser sammen.

Det skotske National Health Service Scotland (NHS) omfatter 14 geografisk afgrænsede regioner (NHS Health Boards) og 7 specielle enheder (de såkaldte Special NHS Boards), der arbejder landsdækkende og på tværs.



Figur 5. Overblik NHS Skotland

Hvert regionalt NHS Health Board har direkte ansvar for sundhed for den pågældende regions borgere. De

har dermed ansvaret for at sikre bedst muligt niveau for borgernes generelle sundhedstilstand, ligesom de har ansvaret for at sikre, at borgerne i regionen får adgang til de nationalt bestemte sundhedstilbud og sundhedsindsatser indenfor de nationalt bestemte rammer og vilkår.

Den administrative topledelse i hver enkelt region deltager i det pågældende NHS Board, der derudover omfatter repræsentanter fra det politiske system (oftest den kommunale del af det politiske system) og fra fx universiteter, patientforeninger samt frivillige netværk. Formanden for et NHS Health Board er ofttest politiker.

Det enkelte regionale NHS Health Board driver regionens hospitaler og "community health services". De deltager også i de såkaldte "Health and Social Care Partnerships (HSCP)", der er et nationalt fastlagt virkemiddel for dels at sikre integration mellem sundhedsindsatser og sociale indsatser, dels at sikre øget kapacitet og øgede indsatser i primær sektor og det nære sundhedsvæsen. Special NHS Boards dækker tjenester og indsatser, der udføres på tværs af regionerne.

De omfatter blandt andet NHS 24, som er en døgnåben tjeneste med adgang til rådgivning og konkret vejledning for borgere/patienter. NHS 24 står også for eHealth og Tele Health, Scottish Ambulance Services, samt patienttransport. NHS National Services favner over en bred opgaveportefølje og bistår de regionale NHS Boards med bl.a. opfølgning på utilsigtede hændelser, juridiske problemstillinger, indkøbsprocedurer, dataindhentning og -bearbejdning, implementering af nationale programmer for screening, idriftsætning af nye og udfasning af forældede behandlingsteknologier mv. Endelig har de også ansvaret for National Information Systems, som er NHS Scotlands fælles IT infrastruktur og portefølje af administrative og kliniske informationssystemer.

Kilde (Implement Consulting group).

### 3. Ny struktur for almen praksis rolle i Skotland

Organiseringen af almen praksis i Skotland er på en række områder sammenlignelig med organiseringen af almen praksis i Danmark. De praktiserende læger er i begge lande indgangen til sundhedsvæsenet og visiterer til hospitalsbehandling. Praksisområdet har traditionelt været organiseret, som vi kender det fra danske forhold, hvor de praktiserende læger ejer eget ydernetnummer.

Som det også er tilfældet i Danmark, præges almen praksis af rekrutteringsproblemer. Disse vurderes dog at være en del mere udbredte i Skotland, idet der ikke alene er tale om rekrutteringsproblemer til udkantsområderne, men rekrutteringsproblemerne opleves også i de større byer f.eks. Aberdeen. Den større andel af kvindelige praktiserende læger betyder, at det er ændrede krav og ønsker til arbejdstid og arbejdsform, hvor færre vil eje egen praksis.

En af de større forandringer inden for nyere tid kom i 2004 med det statslige initiativ »Quality and outcomes framework«. Dette betød en ny metode for honorering af praktiserende læger, som har øget fokus på kvalitet. Honoreringen tager således udgangspunkt i indikatorer vedrørende kvalitet, henholdsvis organisatorisk, klinisk kvalitet, folkesundhed og forebyggelse. »Quality and outcomes framework« har betydet et større fokus på afregning og kvalitet og har på den måde været succesfuldt som incitament.

Der stilles dog nu spørgsmålstegn ved, om disse indikatorer rent faktisk bidrager til at højne folkesundheden og skabe bedre kvalitet. Derfor forventes en ændring af »Quality and outcomes framework« i løbet af 2016 i retning af større understøttelse af den skotske regerings vision om en styrkelse af det nære sundhedsvæsen med fokus på patientens behov.

#### Udvikling af ny struktur i almen praksis

Onsdag den 18. november blev studieturen indledt med et besøg i det skotske sundhedsministerium i afdelingen for primær sundhed, hvor delegationen havde bedt om at få et indblik i strukturen omkring almen praksis som en del af det skotske sundhedsvæsen og den udvikling, som i øjeblikket er undervejs.

Delegationen fik et oplæg om arbejdet med at organisere en ny struktur i almen praksis, hvor de praktiserende læger tiltænkes en anden rolle end hidtil. Formålet er at bidrage til indfrielse af den skotske regerings 2020 vision om, at flere patienter skal have behandling og pleje i eget hjem eller i hjemlige omgivelser, og at det nære sundhedsvæsen skal styrkes. Implementeringen af en ændret organisering forventes fra 2017.



Figur 6. Besøg i det skotske Ministerium

Visionen bygger på en tese om en ændring af almen praksis rolle og derved opgave portefølje, som vil påvirke arbejdsbelastning og derved rekruttering. Patienttilgængeligheden bliver dermed bedre, og at der vil ske mere forebyggelse.

Den nye struktur vil betyde, at den praktiserende læges rolle i højere grad vil være som ekspert-generalist, og at lægen vil få en proaktiv rolle i forhold til komplekse patienter og patientpopulationen samt understøttelse og ledelse af andre

sundhedsprofessionelle. Dette betyder, at det fortrinsvist er de mere komplekse behandlingsforløb og kroniske patienter, der tilses af den praktiserende læge. Sygeplejersken vil dagligt gennemgå patientforløbene med den praktiserende læge og vurdere, hvem der skal tilses af lægen. Den nye model betyder, at den praktiserende læge får mere tid til rådighed, som kan bruges til de mere komplicerede og tidskrævende patienter.

For så vidt angår kvalitet, indebærer visionen for almen praksis også et større lokalt engagement og fokus. Alle praktiserende læger skal være involveret i og tage ansvar for kvaliteten i egen klinik. Derudover skal nogle praktiserende læger påtage sig lederskabet for kvalitetsarbejdet på baggrund af et samarbejde, der organiseres i lokale klynger, hvor de bedste kliniske løsninger drøftes set fra et klinisk synspunkt.

Det blev oplyst, at implementeringen af visionen for almen praksis vil kræve en betydelig investering på 60 mio. kr. over tre år til facilitering, oplæring og investering. Der er udført et antal prøvehandlinger, som viser positive resultater i forhold til bidraget til den skotske regerings 2020 vision.



Figur 7. Oplæg v/ Duncan Miller, det skotske Sundhedsministerium

### Den skotske PLO-formand Alan McDevitt

»A modernized role for GP's will improve recruitment and retention and strengthen the crucial role of general practice and primary care within the wider health and social care system«.

(citat Alan McDevitt)

Onsdag den. 18. november om eftermiddagen fik delegationen et oplæg fra den skotske PLO-formand Alan McDevitt. Oplægget tog udgangspunkt i organisationens syn på den forandringsproces, som aktuelt er under planlægning, og som har stor betydning for almen praksis' rolle som en del af det skotske sundhedsvæsen.

PLO-formanden Alan McDevitt gav udtryk for fuld overensstemmelse med den ministerielle udlægning af de igangværende forandringsprocesser. Alan McDevitt orienterede delegationen om, hvordan visionen for almen praksis' fremtidige rolle er udarbejdet i et samarbejde mellem parterne i sundhedsvæsenet, og hvordan han i det seneste halve år har brugt tid, sammen med ministeriet, til at skabe ejerskab til visionen i almen praksis over hele landet.

Det fremgik, at der er et stort ønske om ændringer i opgaveporteføljen som følge af arbejdsmængden for den enkelte læge og rekrutteringsvanskelighederne i almen praksis i Skotland. Enigheden vedrørte såvel forklaringen af behovet for ændringer i almen praksis' rolle og den forventede fremtidige rolle. Enighed som delegationen fra regionen også efterfølgende hæftede sig ved. Det er dog ikke alene organisationen og myndighederne, som ønsker en ændring. Den er også imødeset af patienterne, idet arbejdsbelastningen i den enkelte praksis betyder, at det er meget vanskeligt at få tid hos praktiserende læge.

Den skotske PLO-formand havde fokus på at skabe opbakning til planerne for almen praksis' fremtidige rolle blandt sine medlemmer. Han gav derfor som supplement til den ministerielle udlægning udtryk for de praktiserende lægers ønsker for fremtiden, som, han mener, vil kunne blive indfriet med ændringen:

*»Det handler om mindre detailstyring, stabil indkomst, personale i klinikken og mindre arbejdsbyrde. Hvis de praktiserende læger skal kunne få andre arbejdsforhold, er det nødvendigt at prioritere opgaverne i almen praksis bedre, og den praktiserende læge skal kun inddrages i de ting, hvor den lægefaglige indsats er nødvendig.«*

Som konkrete overskrifter nævnte han blandt andet: Behandling af patienter med komplekse sygdomme, udifferentieret sygdom og lederskab i medicinske teams/lokale teams. Alan McDevitt gav i den sammenhæng udtryk for det synspunkt, at ca. 40 % af den tid, som bruges i almen praksis i dag, kan omprioriteres til andre opgaver.

Alan McDevitt fremhævede derudover et ønske om større gennemsigtighed vedrørende de resultater, som opnås i den enkelte praksis, og hvordan disse kan indgå i det lokale kvalitetsarbejde, hvor man mellem kollegaer er ansvarlig for en fælles opfølgning og dialog om kvalitet.

### **Opsamling**

Det rådgivende udvalg vedrørende nære sundhedstilbud noterede sig efterfølgende, at erfaringerne fra »Quality and outcomes framework« f.eks. i forhold til sammenhængen mellem kvalitet og økonomi kunne drøftes i Region Midtjylland, således at man undlader at måle på indikatorer og i stedet har fokus på outcome/resultater – hvor flytter vi sundhed.

Derudover noterede udvalget sig, at det er et interessant perspektiv, at lægen tager lederskab og visiterer til tilbud og endvidere tager lederskab i forhold til det kvalitetsmæssige.

Endelig noterede udvalget sig, at tillid formodentlig er afgørende for, at såvel de praktiserende læger som ministeriet har erkendt et fælles problem og problemets løsning.

I øvrigt erfarede udvalget senere på studieturen ved besøget i Aberdeen, hvordan man netop havde løst rekrutteringsvanskeligheder ved at udarbejde en ny »independent practice model«.

I Aberdeen havde man således samme problem, som andre steder i Skotland, hvor der er mange kvindelige læger, der ønsker at arbejde på deltid. Derudover er det dyrt at bosætte sig i Aberdeen, og det er svært at finde matrikler til ny praksis.

Som konsekvens manglede et af byens største lægehuse akut læger og måtte lukke ned. NHS valgte at oprette et nyt stort lægehus, hvor man samlede lægerne fra de to største lægehuse og gav dem det ledende ansvar for en patientpopulation på 10.000. Alle patienter i lægehuset triageres gennem receptionen til sygeplejersker, som også har muligheden for at udskrive medicin.

### *Incitamentsstruktur i aftaleindgåelse med almen praksis*

Udvalget anbefaler, at der rettes fokus mod, hvordan aftaleindgåelse med almen praksis (herunder i overenskomstsammenhæng) skal sikre incitament, som skaber mere sundhed for borgeren.

Udvalget konstaterer på baggrund af de skotske erfaringer, at tillid mellem parterne er afgørende for, at der kan igangsættes nødvendige forandringer affødt af bl.a. samfundsudviklingen og målsætninger for sundhedsområdet.



### *Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet*

Udvalget vurderer, at den skotske model har interessante perspektiver. Herunder i forhold til, at de praktiserende læger bl.a. i højere grad påtager sig en ledende rolle i de lokale områder. Endvidere i forhold til at andre sundhedsprofessionelle varetager de opgaver, som ikke kræver den alment praktiserende læge.

Udvalget anbefaler derfor en dialog med almen praksis i regi af Praksisplanudvalget om perspektiverne for almen praksis' rolle i et samlet sundhedsvæsen, hvor det også er målet at skabe mere sundhed med udgangspunkt i borgerens/patientens situation.

Udvalget anbefaler i forlængelse heraf, at der i regi af Praksisplanudvalget tages hul på en dialog om, hvilke opgaver, som i dag løses i regi af almen praksis, men som kunne løses af andre sundhedsprofessionelle med henblik på at prioritere den alment praktiserende læges tid.

### *Lokalt kvalitetsarbejde i almen praksis*

Udvalget anbefaler, at der arbejdes for et større lokalt engagement i kvalitetsarbejdet i almen praksis med udgangspunkt i en kollegial »audit baseret« dialog om indsats og effekt.



Figur 8. Besøg af Alan McDevitt og oplæg af Dr. Christopher

## 4. Integrationsindsatser i det nære sundhedsvæsen

Delegationen besøgte onsdag den 18. november 2015 Wester Hailes healthy Living Center, som er en form for sundhedscenter, som blandt andet huser praktiserende læger, og hvor der pågår tværsektorielle indsatser. Der er en række forskellige faciliteter i centret, hvor der er læger, tandlæger, fysioterapeuter, socialrådgivere og andre behandlere samt en afdeling for frivillige.

### Udfordringer i området Wester Hailes

Wester Hailes Living Center blev etableret i sommeren 2014 af Edinburgh City Council. Sundhedscentret ligger i den sydlige del af Edinburgh i et socialt belastet område, hvor mange borgere har dårligt helbred.

I området kæmper man med følgende problematikker:

- Ungdomskriminalitet
- Rygning og andre livsstilssygdomme
- Alkohol og stofmisbrug
- Hustruvold
- Arbejdsløshed og analfabetisme

Statistikken viser, at der er en høj grad af socialt udsatte i området, og at befolkningen lever 10 år kortere, end i middelklasse området Barberton, der grænser lige op til Wester Hailes. 1/3 del af befolkningen dør tidligere af kræft end i Barberton, og der er dobbelt så mange borgere på antidepressiv medicin.

### Sundhedsfremmende indsatser

På Wester Hailes har man de seneste 18 måneder arbejdet på at udvikle en strategi for den frivillige indsats i samarbejde mellem socialmedarbejdere, sundhedspersonale og praktiserende læger. Strategien tager udgangspunkt i, at man ønsker at skabe en kulturændring i Wester Hailes for at hjælpe borgere med at forstå, hvad sundhed er.

Indsatsen ledes af socialrådgivere og praktiserende læger, som ønsker at redesigne indsatserne indenfor sundhedsområdet. Strategien tager udgangspunkt i, at centret engagerer sig i nærområdet, samarbejder med frivillige organisationer og udarbejder simple interventioner.

Integrationsindsatsen handler for Wester Hailes om at se på baggrunden for, hvorfor sundhedsproblemerne opstår og tilrettelægge indsatser efter det. Tidligere har de sundhedsprofessionelle arbejdet i hver sin silo omkring borger og patient, men i dag er der et større ønske om at arbejde på tværs for at løse udfordringerne sammen.

På besøget fik delegationen et oplæg af praktiserende læge Peter Cairns om projektet »Headroom«, som er inspireret af erfaringer med arbejdet i socialt belastede områder i Alaska. Her har man opnået gode resultater ved en tidlig og koordineret indsats for børn og unge allerede i folkeskolen. Han fortalte, at for de praktiserende læger betyder strategien ikke, at lægerne får behov for mere tid til patienterne, men at de i stedet nu kan bruge tiden på en indsats, der rent faktisk virker.



Fx påpegede Peter Cairns, at man tidligere har prioriteret midlerne til forebyggelsesindsatser helt forkert i forhold til, hvilke indsatser der giver mest sundhed for pengene. Tidligere har der således ikke været prioriteret midler til forebyggelse af hustruvold eller hjemløshed, som er to sociale problemer, som udgør størstedelen af NHS udgifterne i dag.

### **Nedbringelse af ung kriminalitet og hustruvold**

Indsatsen i forhold til bekæmpelse af ung kriminalitet har haft en betydelig effekt. Før etableringen af Wester Hailes havde man mange problemer med unge kriminelle, der skabte utryghed i området. For nogle år siden besluttede man at gøre noget ved problemet med udgangspunkt i at finde frem til årsagen til, hvorfor de unge blev kriminelle. Til formålet samlede man alle de instanser, som havde noget med de unge af gøre dvs. socialrådgivere, lærere og politi. Det viste sig, at der var klar enighed om, hvilken indsats der skulle igangsættes, men at ingen havde taget udfordringen op.

Den efterfølgende interventionen bestod af et besøg til de 150 børn og unge, som var involverede i ung kriminalitet og deres forældre. Samtalerne resulterede i et stort fald af ungdomskriminalitet og en reducere af de unge, som befandt sig i den hårde kerne af kriminelle. På den baggrund er der sket en betydelig besparelse på udgifterne til udsatte børn og unge i Wester Hailes.

Et andet tiltag, som har haft stor effekt, er indsatsen mod hustruvold. Det viste sig, at mange børn og unge endte i kriminalitet på grund af vold i hjemmet. I stedet for at fokusere på offeret, fokuserede Wester Hailes indsatsen i forhold til at forebygge, at manden begik vold, og det gav en markant effekt.



Figur 9. Rundvisning på Wester Hailes Healthy Living Center

### **Samarbejdet med de frivillige organisationer**

En stor del af effekten af indsatserne på Wester Hailes skyldes samarbejdet med de frivillige organisationer. Mange af problemerne i området skyldes mangel på jobs, og som en af indsatserne for at hjælpe de unge på vej, arbejder skolebørn på sundhedscentret som frivillige. Endvidere har man haft stor fokus på indsatsen mod hjemløse. Før i tiden blev hjemløse ikke betragtet som et sundhedsproblem, og der blev derfor ikke dedikeret midler til indsatser på det område. I dag kan hjemløse komme ind i centret og blive tilset af en sygeplejerske, hvorefter borgeren udfylder et spørgeskema, og det sendes videre til en frivillig organisation, som overtager indsatsen

Det rådgivende udvalg noterede sig, at man i Wester Hailes har haft succes med at få lokalsamfundet til at løse de lokale samfundsproblemer sammen.

Delegationen blev præsenteret for Health Agency manager, Linda Archy. Her arbejder man på at adressere den ulighed i sundhed, som man oplever i området. Dette gøres ud fra en holistisk mindset, der tager udgangspunkt i udviklingen af lokalsamfundet. I Health Agency'et har man 60 sessioner om ugen på alt fra fysioterapi, madlavning, mindfulness, afvænnings og indsatser for kræftpatienter. Personalet består af 18 sundhedsprofessionelle og 30 frivillige. Centret oplever, at der er mange, der ønsker at blive en del af personalet for at opbygge sit CV. Udvalget oplevede, at der var en hel særlig fælles ånd på stedet, der betyder, at alle er på samme niveau og har samme »stemme« uanset, om man er sundhedsprofessionel eller frivillig.

### Time bank project

En af indsatserne for at fremme ambitionen om, at lokalsamfundet skal løse de lokale samfundsproblemer sammen, er time bank projektet. Princippet er, at alle borgere har 24 timer i døgnet, og at alles tid er lige vigtig. I projektet opfordrer man borgere til at investere lidt af deres tid i centrets »time bank«. Det betyder, at en borger investerer sin tid i at lære naboen at læse, og til gengæld hjælper naboen med havearbejde. Det handler om social kapital, og det er et projekt, der har haft succes med at skabe mere trykthed i området, da det har skabt et større nabo-skab i lokalsamfundet.

Time bank principperne er:

- *Everyone has something to offer and the right to feel useful*
- *Everyone's time is valued equally*
- *Reciprocity is key to building connections and rebuilding community*
- *Being together means being stronger. If we join together we can create a network of support, strength and trust.*
- *Work needs to be redefined to include and value all that people are able to contribute in helping each other and their community.*

(Kilde. [edinburghtimebank.org.uk](http://edinburghtimebank.org.uk))



10 *Figur 10. Oplæg om Health Agency, Linda Archy*

### Opsamling

Udvalget var inspireret af besøget på Wester Hailes, hvor det ikke kun var rammerne, der havde skabt ændringerne, men hvor de oplevede, at der var en helt særlig kultur på stedet, og et stort ønske om at gøre tingene anderledes og gøre de ting, der virker. Udvalget var inspireret af den simple interventions-tilgang, hvor man samler de sundhedsprofessionelle, der er involveret i indsatserne omkring en patient-gruppe for at skabe nye løsninger, der virker.

Det rådgivende udvalg noterede sig, at barriererne mellem sektorerne i Wester Hailes synes at være blevet brudt ned, og der arbejdes på at skabe en kultur, hvor der ikke længere tænkes i siloer. Derudover var delegationen optaget af, at der på stedet var et fælles sprog og tilgang til, hvordan udfordringerne skal løses.

Endvidere var udvalget inspireret af, hvordan Wester Hailes er lykkedes med integrationen af lokalsamfundet. Her har man med succes fået skabt et mere trygt lokalområde i samarbejde med borgerne.

Udvalget konstaterer, at erfaringerne fra Wester Hailes understøtter opfattelsen af, at borgere/patienter har forskellige behov og situationer, som sundhedsvæsenets indsatser skal tage udgangspunkt i.

Udvalget anbefaler derfor også, at der i arbejdet med en strategi for det nære sundhedsvæsen – både lokalt og nationalt – inddrages erfaringer fra Skotland – f.eks. fra samarbejdet omkring Wester Hailes – hvor der skabes resultater som følge af forskellige sundhedsprofessionelles samarbejde om indsatser med udgangspunkt i et fælles mål.



## 5. Udvikling af telemedicinske løsninger i Skotland

**“Its never about technology, its about people”,**

George Crooks, direktør, Telemedicinsk Center«

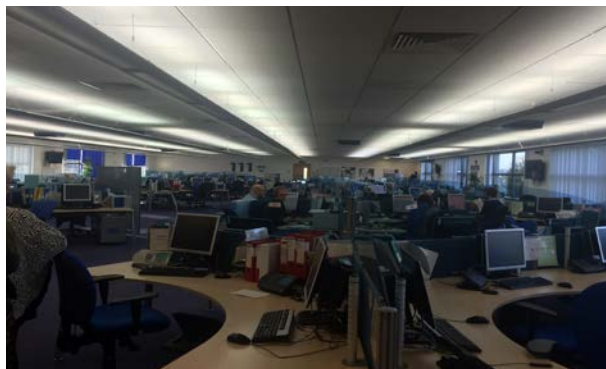
Formålet med besøget var at få indblik i organisationen og udrulningen af telemedicinske løsninger i Skotland samt et indblik i vagtlægeordningen NHS 24/7. Direktør George Crooks gav et interessant indblik i perspektiverne på fremtidens telemedicinske løsninger i Skotland.

Strategien på NHS 24/7 er at bruge alle tilgængelige digitale kanaler til at levere sundhedsydelser til patienter og borgere.

Det har vist sig, at mange skotter ikke har bredbånd, og derfor har NHS 24 i dag etableret en digital forbindelse til borgerne i stedet. Mange dårligt stillede familier i Skotland har ikke råd til bredbåndsforbindelse, men de har et TV, og derfor har NHS 24 oprettet en TV kanal, hvor borgerne kan få adgang til telemedicinske sundhedsydelser.

På NHS 24/7 tager man udgangspunkt i, at patienterne ønsker forskellige ydelser afhængig af deres situation, og det prøver man at efterkomme.

*»The most valuable service that we can provide is face2face consultation. We can't replace it with technology-but we can use it to make sure that fac2face consultation always is available for those, who need it.« (citater, George Crooks).*



Figur 11. Rundvisning NHS 24/7- Call center

### Tværasektorielle projekter

Delegationen blev præsenteret for en række workshops om tværasektorielle telemedicinske projekter.

### MASTERMIND

NHS 24/7 har udrullet et telemedicinsk projekt om behandling af depression ved hjælp af kognitiv terapi kaldet »Mastermind«. Det er et EU projekt, der er ved at blive udrullet i mange europæiske lande. Der er fire health boards involveret i projektet. Der er tale om en IT platform, hvor der er en central koordinator - og derfor en central indgang. Patienterne kan gennemføre behandlingen hjemme eller på en række lokale lokationer. Der er derfor meget lave driftsomkostninger til projektet.

NHS har arbejdet meget aktivt med en kommunikations- og markedsføringskampagne for at skabe mere opmærksomhed om projektet og få henvist flere patienter til behandlingen, og det har haft stor effekt. Projektet har kørt i knapt et år, og man har allerede opnået målet om at få 3.000 patienter henvist til behandling. Mastermind har vist, at der er økonomiske gevinster i forhold til at få borgerne hurtigt tilbage i arbejde. Som det ser ud nu, er der sket et stort fald i omkostningerne pr. patient. Endvidere har man arbejdet aktivt med at få uddannet det rigtige personale, som skal visitere patienterne til behandling. Dette har givet en stigning i antallet af henvisninger. Samtidig har det vist sig, at kun 8 % af de henvisninger, der kommer ind, er irrelevante.

Projekt Mastermind minder meget om »Fearfighters« projektet fra Region Syddanmark. Der var enighed i delegationen om, at der her er tale om en effektiv IT platform, der forholdsvis nemt kan implementeres på telemedicinske platforme.



Figur 12. Workshop NHS 24/7

### **Activate your Heart**

Delegationen blev endvidere præsenteret for det telemedicinske projekt »Activate your Heart«. Projektet blev startet op i 2014, og er en del af Skotlands tiltag for at modernisere hjerterehabilitering. Der er to Health Boards involveret i projektet.

Formålet med projektet er at forbedre mulighederne for hjerterehabilitering for unge mennesker samt at få flere hjertepatienter hurtigere tilbage i arbejde. Med den digitale platform ønsker man at nå ud til en større patientgruppe ved at bruge teknologien i e-health løsninger. Programmet har betydet, at patienterne som har gennemført programmet har 26 % bedre chance for at blive raskmeldte. Patienterne følger programmet online, og de behøver derfor ikke deltage i almindelige patientgruppeforløb på hospitalet. Dette har vist sig at være en fordel for de patienter, der ikke ønsker at deltage i gruppeforløb for hjerterehabiliteringspatienter.

### **Smart Care**

Smart Care er et digitalt redskab – en slags personlig journal, med borgerens egne oplysninger. I den ”personlige fil” deler borgeren information omkring sig selv og den grundlæggende pleje, behov og ønsker. Sammenlignet med danske forhold er der tale om et mere personligt og konkret værktøj end adgangen til sundhedsoplysninger, som findes på sundhed.dk. Formålet med smart care er, at der igennem denne information opnås bedre koordination omkring patienten i forhold til pleje, hurtigere behandling, forøget egenomsorg, hurtig identifikation og en mere effektiv anvendelse af teknologi m.v. Alle sundhedsprofessionelle kan - på tværs af sektorer - tilgå borgerens ”patienthistorie”, som er udarbejdet af borgeren selv. Smart Care omfatter 10.000 borgere inden for tre health boards (regioner).

### **Web acces primary care services:**

Grundlaget i web acces primary care services er e-konsultation. E-konsultationen har til formål at reducere arbejdsbelastningen for praktiserende læger. Det gøres blandt andet ved elektronisk rådgivning fra egen praktiserende læge, som alternativ til fysisk tilstedeværelse eller telefonisk kontakt med praktiserende læge. Den digitale platform, som e-konsultationen fungerer ud fra, giver også mulighed for, at patienten overvejer, om der er alternativer til at kontakte egen læge. Patienten præsenteres blandt andet for en »selvhjælps« guide via e-konsultationen. Her er samlet en række informationer f.eks. alfabetisk vedrørende sygdomme (allergi., mv). Patienten kan også vælge at svare på en række spørgsmål, og konsultationen afsluttes med en kvittering om, at lægen vender tilbage. Den praktiserende læge modtager herefter e-konsultationen i sin mail-boks. Mailen tjekkes to gange dagligt af personalet. Resultaterne viser, at 40 % får anvist en behandling, 40 % bliver bedt om at møde op og 20 % får en telefonkonsultation.

### **Opsamling**

Udvalget konstaterer, at vi i Danmark som i Skotland er godt på vej indenfor det telemedicinske felt og i forhold til enkelt projekter, hvor der dog i Skotland er etableret en national organisering af de telemedicinske indsatser i NHS-24/7 regi.

Udvalget anbefaler i forlængelse heraf, at vi lader os inspirere af de konkrete programmer, hvor det er vurderingen, at de skotske projekter i højere grad indtænker telemedicinske løsninger i genoptræningsprogrammer som alternativ til fysisk fremmøde.

Derudover vurderer udvalget, at en samling af brugerstyrede sundhedsoplysninger, som smart care er et eksempel på, kan have et perspektiv i forhold til at understøtte integration af indsatser mellem sektorerne på borgerens præmisser.



## 6. Health and Social Care Partnerships

På studieturens sidste dag fredag den 20. november 2015 besøgte delegationen et af de nyetablerede »Health and Social Care Partnerships« i Aberdeen, hvor delegationen fik en generel introduktion til baggrund og formål.

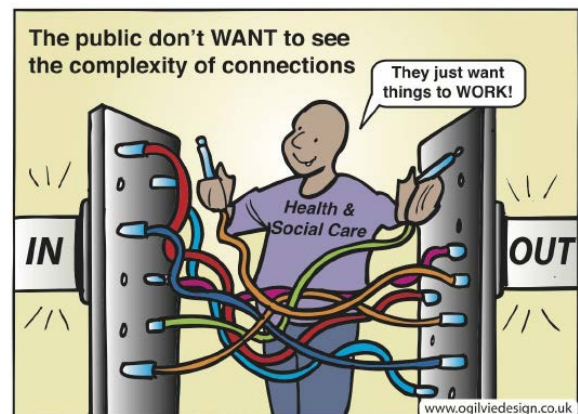
Skotland har i en årrække haft fokus på det tværsektorielle samarbejde og etableringen af et integreret sundheds- og socialvæsen. Siden 2006 har de såkaldte Community Health Partnerships (CHP) været en del af den tværsektorielle organisering, men der har været stor variation mellem de enkelte områder i Skotland. Herunder i forhold til, om der f.eks. var bundet budgetmidler og opgaver til organiseringen.

Pr. april 2014 er det ved lov besluttet at indføre 32 "Health and Social Care Partnerships" (HSCP). Disse skal integrere "Health and Social Care" i en langt mere vidtgående form end før. Dette betyder, at planlægning og levering af ydelser inden for sundheds- og socialområdet reorganiseres og integreres med fokus på den forebyggende indsats, og hvor levering af ydelserne skal være sømløs og på borgerens præmisser. Integrationen skal samtidig sikre, at den forebyggende indsats kan ske lokalt, og at læger, sygeplejersker og socialarbejdere arbejder sammen om at støtte borgerne i at kunne opholde sig i eget hjem.

Integrationen forventes f.eks. at bidrage til, at længevarende hospitalsindlæggelser i højere grad undgås, og den enkelte vil få en bedre livskvalitet med større uafhængighed og mindre behov for støtte/behandling mv. Samtidig forventes de integrerede indsatser at kunne reducere omkostningerne i en tid, hvor der kommer flere og flere ældre og andelen af borgere med kroniske sygdomme er stigende.

På tidspunktet for delegationens besøg i Aberdeen har implementeringen været i gang siden sommeren 2014 og forventes tilendebragt med udgangen af 2015. Implementeringen har betydet, at hver "Health and Social Care Partnership" har udarbejdet en introducerende plan til ministeriet med henblik på godkendelse af igangsættelsen af implementeringen.

Herefter udarbejdes inden 1. april 2016 en strategisk plan for området, som skal beskrive, hvordan nationalt og lokale bestemte mål forventes indfriet. Der vil løbende skulle ske afrapportering på nationalt opstillede mål. I den efterfølgende fase vil ansvaret for budgettet blive overtaget.



Figur 13. Oplæg om Health and Social Care Partnerships

De minimumsstandarder, som ligger i den lovgivningsmæssige ramme for indførelsen af de i alt 32 Health and Social Care Partnerships specificerer f.eks:

- De integrationsmodeller, som de lokale myndigheder kan vælge imellem.
- De minimumskrav til de funktioner, som skal indgå i den fælles integrerede enhed: Socialområdet, primære og kommunale sundhedsydelser, de dele af hospitalsbehandlingen for ældre, hvor der er perspektiver for at opnå bedre resultater.

Hvis formålet skal indfries, kræves en ændret organisering: Der skal etableres multidisciplinære teams på lokalt niveau, der i forhold til almen praksis tager udgangspunkt i den eksisterende struktur.

I den sammenhæng skal de praktiserende læger ligeledes påtage sig en anden rolle, hvor de er mere i kontrol i forhold til deres population, og hvad der skal behandles for (jf. endvidere afsnit om almen praksis og modernisering af praktiserende læges rolle).

Et andet helt afgørende element, som udvalget blev præsenteret for, er tanker om omkring de ressourcer, som netværket omkring patienten udgør, og at familiernes involvering er en afgørende faktor for integration mellem enhederne. Pointen er, at antallet af mennesker, som i den sammenhæng kan være bidragsydere, er betydeligt større end det antal sundhedsprofessionelle, som er ansat i det samlede sundhedsvæsen. Skotland har endvidere en betydeligt mere udviklet tradition for frivilligt arbejde end Danmark, hvorfor frivillige også spiller en rolle i en række af de indsatser, som planlægges.

### Opsamling

Det rådgivende udvalg fandt det integrerede samarbejde mellem myndighederne meget inspirerende og fandt især skotternes mod til at igangsætte tiltag uden kendt effekt bemærkelsesværdig. Delegationen drøftede efterfølgende, hvordan organiseringen i Danmark/ i regionen i højere grad kan bidrage til at sætte samarbejdet og ikke mindst borgerne/patienterne i centrum.

Der var interesse for at prøve nogle af disse tiltag af i en hjemlig kontekst f.eks. i mindre områder, hvor der laves særaftaler med sundhedsprofessionelle: som fx praktiserende læger, kommunale sygeplejersker og sosu-assistenten i en prøveperiode med henblik på at afprøve effekterne af et mere integreret samarbejde.

Udvalget anbefaler at igangsætte lokale forsøg som for en kortere periode kan afprøve, om et mere integreret samarbejde inspireret af tankerne bag »Health and Social Partnerships« i en midtjysk kontekst kan skabe mere sundhed med udgangspunkt i borgerens situation og behov.

Udvalget anbefaler i forlængelse heraf, at Praksisplanudvalget forbereder aftalegrundlaget for en forsøgsperiode, som tager udgangspunkt i afprøvning af et integreret samarbejde, der afgrænses til mindre lokale områder, hvor der laves særaftaler om samarbejde og opgaver mellem et mindre antal praktiserende læger og kommunale sundhedsmedarbejdere (sygeplejersker og sosu-assistenten).

Udvalget anbefaler med baggrund i lighederne mellem danske og skotske forhold og udfordringer, at udviklingsarbejdet – både i relation til organiseringen af almen praksis specifikt og i relation til det integrerede samarbejde – løbende følges.





## 7. Moderniseringsindsatser for patientens egenomsorg

Besøget på Aberdeen health village sluttede af med et indblik i to moderniseringsprojekter indenfor henholdsvis egenomsorg og digitale sundhedsløsninger v/Dr. James Hogg og Dr. Christopher Littlejohn.

Oplæggene tog udgangspunkt i, hvordan man tænker patientens egenomsorg på tværs af sundhedssektoren? I Skotland har man således tidligere haft svært ved at fremme en kultur med egenomsorg - i stedet har man udviklet forskellige forløbsprogrammer for patienterne.

I dag har Skotland udviklet en »House of Care Model«. Udgangspunktet er, at egenomsorg er langt mere komplekst end først antaget, hvis det skal virke i praksis. Det forudsætter, at man går væk fra »Top Down« tilgangen og fremmer en integration af den offentlige, private og frivillige sektor.

Det handler således om at vende perspektivet, således at offentlige services designes med og for borgerne.

I 2009 igangsatte NHS en undersøgelse af effekterne ved egenomsorg. Undersøgelsen viste, at selv en meget lille investering i egenomsorgsindsatser ville kunne have en signifikant effekt for borger og patient som i form af en højere grad af livskvalitet. Undersøgelsen viste også, at egenomsorg programmer kunne reducere besøg hos lægen med 69 % og antallet af genindlæggelser med op til 50 %.



Figur 15. Oplæg Dr. Jamie Hogg,

Tankegangen i »House of Care Model« er, at styrkelse af sammenhængskraften i lokalsamfundet er nøglen til at udvikle bedre og mere effektive serviceydelser. Ved at styrke lokalsamfundet giver man borgerne bedre værktøjer til at deltage i udviklingen af serviceydelserne.

*»The vision can be achieved by building on existing Community engagement through increased community capacity building to give people skills and confidence required to participate in service design, delivery and evaluation. This will put Scotland forward a »co-production« approach to public service«.*



Figur 16. Model, House of Care

Dr. Christopher Littlejohn fortalte om vigtigheden af, at vi skal se på sundhed som et relation mellem mennesker. Samtidig skal vi vende vores perspektiv om, så vi ser menneskene som en del af løsningen og ikke som problemet.

For at modellen kan virke i praksis, skal lokalsamfundet have mulighed for at påvirke og deltage i udviklingen af services.

# Digitale postkort



## »How to engage with patients and work differently«

Dr. Jamie Hogg fortalte om udviklingen af digital Health løsningen »No delays«, der øger muligheden for egenomsorg hos patienter. No delays er udviklet i samarbejde med NHS Grampian og Digital Life Science som en del af Skotlands nationale sundhedsprogram. Formålet med webprogrammet er at transformere forholdet mellem patienter og læge gennem en nem og brugbar digital service via tablets, mobiltelefon eller internet.

Det giver patienten og de pårørende mulighed for personificeret information, som kan hjælpe dem til at blive klogere på deres behandlingssituation, så de kan være i stand til at blive mere selvkørende.

Udviklingen af det, der blev til digitale postkort, tog udgangspunkt i et forsøg med videooptagelse af lægekonsultationer. Fokus var på udveksling af information mellem klinikere og patienter under en konsultation.

I forsøget var der udvalgt en gruppe af borgere, der skulle simulere en sygdom, som de konsulterede en læge for. Forsøget viste, at kommunikationen ofte slog fejl. Fx viste optagelserne, at i mange situationer havde patienterne svært ved at fokusere på resten af konsultationen, så snart de havde fået stillet en diagnose. På baggrund af forsøget udviklede man digitale postkort til at hjælpe patienten med at få mere ud af lægekonsultationen.

I praksis betyder det, at patienten efter en konsultation får tilsendt en personlig mail med link til information om behandling og sygdom, et link til video med andre patienter fra lokalsamfundet, der har oplevet lignende forløb samt en introduktion til det personale, som patienten vil blive tilknyttet.

Figur 17. No delays banner.

Herefter vil patienten få mulighed for at gennemgå den tilsendte information til næste konsultation.

I dag har 800 praktiserende læger valgt at være med i projektet med digitale postkort. De oplever, at det er nemt at sende til patienten, og at de derefter har mulighed for at følge, hvilken information patienten har læst. Dette giver basis for en bedre konsultation ved næste besøg. Digitale postkort giver patienten mulighed for at reflektere over konsultationen og mere viden om sin behandlingssituation samt en mulighed for at stille mere konkrete spørgsmål. Endvidere styrker det patientens mulighed for egenomsorg.

Digitale postkort har vist sig at forbedre forholdet mellem praktiserende læge og patient. Hvis patienten ikke har haft mulighed for at se videolinkene, kan de se dem sammen på efterfølgende konsultation. Endvidere har patienten mulighed for at dele det digitale postkort med sin familie, således de kan blive bedre oplyst om behandlingen.

## Opsamling

Udvalget anbefaler, at der sættes fokus på, hvordan den aktive patientinddragelse kan opprioriteres i almen praksis. Udvalget vurderer, at der er et potentiale for både patient og praktiserende læge i at lade sig inspirere af det skotske projekt »digitale postkort«, hvor der udveksles planlagt information om sygdom og behandling mellem patient og praktiserende læge forud for konsultationerne.

## 8. Udvalgets anbefalinger

### **Incitamentsstruktur i aftaleindgåelse med almen praksis**

Udvalget anbefaler, at der rettes fokus mod, hvordan aftaleindgåelse med almen praksis (herunder i overenskomstsammenhæng) skal sikre incitament, som skaber mere sundhed for borgeren.

Udvalget konstaterer på baggrund af de skotske erfaringer, at tillid mellem parterne er afgørende for, at der kan igangsættes nødvendige forandringer affødt af bl.a. samfundsudviklingen og målsætninger for sundhedsområdet.

### **Almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet**

Udvalget vurderer, at den skotske model har interessante perspektiver. Herunder i forhold til, at de praktiserende læger bl.a. i højere grad påtager sig en ledende rolle i de lokale områder. Endvidere i forhold til at andre sundhedsprofessionelle varetager de opgaver, som ikke kræver den alment praktiserende læge.

Udvalget anbefaler derfor en dialog med almen praksis i regi af Praksisplanudvalget om perspektiverne for almen praksis' rolle i et samlet sundhedsvæsen, hvor det også er målet at skabe mere sundhed med udgangspunkt i borgerens/patientens situation.

Udvalget anbefaler i forlængelse heraf, at der i regi af Praksisplanudvalget tages hul på en dialog om, hvilke opgaver, som i dag løses i regi af almen praksis, men som kunne løses af andre sundhedsprofessionelle med henblik på at prioritere den alment praktiserende læges tid.

### **Lokalt kvalitetsarbejde i almen praksis**

Udvalget anbefaler, at der arbejdes for et større lokalt engagement i kvalitetsarbejdet i almen praksis med udgangspunkt i en kollegial »audit baseret« dialog om indsats og effekt

### **Telemedicinske løsninger**

Udvalget konstaterer, at vi i Danmark som i Skotland, er godt på vej indenfor det telemedicinske felt og i forhold til enkelt projekter, hvor der dog i Skotland er etableret en national organisering af de telemedicinske indsatser i NHS-24 regi.

Udvalget anbefaler i forlængelse heraf, at vi lader os inspirere af de konkrete programmer, hvor det er vurderingen, at de skotske projekter i højere grad indtænker telemedicinske løsninger i genoptræningsprogrammer som alternativ til fysisk fremmøde.

### **Patientinddragelse**

Udvalget anbefaler, at der sættes fokus på, hvordan den aktive patientinddragelse kan opprioriteres i almen praksis. Udvalget vurderer, at der er et potentiale for både patient og praktiserende læge i at lade sig inspirere af det skotske projekt »digitale postkort«, hvor der udveksles planlagt information om sygdom og behandling mellem patient og praktiserende læge forud for konsultationerne.



Figur 18. Besøg NHS 24/7

### **Mere integreret samarbejde**

Udvalget konstaterer, at erfaringerne fra Wester Hailes understøtter opfattelsen af, at borgere/patienter har forskellige behov og situationer, som sundhedsvæsenets indsatser skal tage udgangspunkt i.

Udvalget anbefaler derfor også, at der i arbejdet med en strategi for det nære sundhedsvæsen – både lokalt og nationalt – inddrages erfaringer fra Skotland – f.eks. fra samarbejdet omkring Wester Hailes – hvor der skabes resultater som følge af forskellige sundhedsprofessionelles samarbejde om indsatser med udgangspunkt i et fælles mål.

Udvalget anbefaler at igangsætte lokale forsøg, som for en kortere periode kan afprøve, om et mere integreret samarbejde inspireret af tankerne bag »Health and Social Partnerships« i en midtjysk kontekst kan skabe mere sundhed med udgangspunkt i borgerens situation og behov.

Udvalget anbefaler i forlængelse heraf, at Praxisplanudvalget forbereder aftalegrundlaget for en forsøgsperiode, som tager udgangspunkt i afprøvning af et integreret samarbejde, der afgrænses til mindre lokale områder, hvor der laves særtaftaler om samarbejde og opgaver mellem et mindre antal praktiserende læger og kommunale sundhedsmedarbejdere (sygeplejersker og sosu-assistenten).

Udvalget anbefaler med baggrund i lighederne mellem danske og skotske forhold og udfordringer, at udviklingsarbejdet – både i relation til organiseringen af almen praksis specifikt og i relation til det integrerede samarbejde – løbende følges.





Regionssekretariatet  
Skottenborg 26  
8800 Viborg  
[www.rm.dk](http://www.rm.dk)