

Studietursrapport

Edinburgh, Skotland
9.-12. september 2008

Indholdsfortegnelse

1	Indledning.....	3
2	Dag 1: Rejse med forsinkelse	4
3	Dag 2: NHS Forth Valley	4
3.1	Besøg i det skotske parlament.....	8
4	Dag 3: NHS Lothian.....	9
4.1	West Lothian Community Health and Care Partnership	9
4.2	Leith Community Treatment Center	11
4.3	Informationssession med NHS Lothian.....	13
5	Dag 4: Møde med repræsentanter fra det nationale skotske sundhedsvæsen.....	16
6	Konklusion på studieturen	19
7	Bilag 1: Planlagt program for turen.....	21
8	Bilag 2: Deltagerliste	23
9	Bilag 3: Kort om Skotland og NHS Skotland.....	24
10	Bilag 4: Regnskab.....	28

1 Indledning

I forbindelse med udformningen af Region Midtjyllands første samlede sundhedsplan besluttede det midlertidige udvalg for Region Midtjyllands sundhedsplan at tage til Edinburgh i Skotland for at samle inspiration og få nye ideer. Turen fandt sted fra den 9. til den 12. september 2008.

Formålet med studieturen var at opnå indblik i organiseringen af det Skotske sundhedsvæsen og finde inspiration til arbejdet med at fastlægge fremadrettede temaer og visioner for Region Midtjyllands varetagelse af opgaverne på sundhedsområdet.

Skotland blev valgt som destination, fordi Skotland og Danmark står overfor en række af de samme udfordringer, og fordi de to lande er sammenlignelige på en række centrale parametre. Desuden har Skotland i 1999 overtaget ansvaret for landets sundhedsvæsen, hvilket har sat gang i en omfattende udvikling i retning af et tættere samarbejde mellem parterne på sundhedsområdet. En udvikling som Sundhedsplanudvalget ønskede at lære mere om.

Skotlands strategi for udvikling af sundhedsvæsenet er formuleret i regeringens handlingsplan "*Better health, better care – action plan*" fra 2007. Hovedtrækkene fra handlingsplanen er beskrevet i bilag 3.

Da sundhed i høj grad er en fælles opgave for region, kommuner og praksis besluttede Sundhedsplanudvalget at invitere Sundhedskoordinationsudvalget med på turen.

På rejsen til Skotland blev delegationens fly fra Amsterdam til Edinburgh aflyst, hvorfor hele den første dags program måtte aflyses. Programmet i bilag 1 er det planlagte program, mens rapportens beskrivelse følger det afholdte program.

Delegationen var på i alt 31 deltagere og bestod af politikere fra region og kommuner, praktiserende læger og administratorer (for deltagerliste, se bilag 2).



2 Dag 1: Rejse med forsinkelse

På den første dag var der planlagt en generel introduktion til det skotske politiske system og sundhedsvæsen. Desværre blev delegationens fly fra Amsterdam til Edinburgh aflyst, hvilket medførte stor forsinkelse. Derfor blev dagens program aflyst. En del af de aflyste indlæg blev presset ind i programmet de efterfølgende dage.

3 Dag 2: NHS Forth Valley

På dag 2 besøgte delegationen National Health Services (NHS) Forth Valleys hovedkvarter i Stirling. NHS Forth Valley, og NHS Lothian som delegationen besøgte på dag 3, er lokale NHS-myndigheder, der varetager driften af sundhedsvæsenet inden for deres geografiske områder.

Den samlede sundhedsstrategi i Skotland

v/ Fiona Mackenzie, Chief Executive, NHS Forth Valley

Fiona Mackenzie fortalte om de generelle udfordringer i det skotske sundhedsvæsen. Befolkningsudviklingen er, som i andre europæiske lande, præget af en stigende ældreandel af befolkningen. Skotland er præget af et tætbeholdt centralt bælte og et tyndbefolket område i den nordlige del. Sundhedsstatus i befolkningen er værre end i Storbritannien som helhed med flere kroniske patienter. Der er betydelige forskelle i sundhed mellem de forskellige regioner.

Sundhedsvæsenet i Skotland er organiseret i 14 *health boards* (11 mainland boards og 3 island boards), som er overordnet ansvarlige for levering af sundhedsydelser i et givent område. *Board'et* er sammensat af ca. 20 udpegede medlemmer, der både repræsenterer fagkundskaben og folkevalgte politikere fra de lokale myndigheder. Der er for tiden tale om, at medlemmerne i fremtiden skal vælges direkte til *board'et*.



For år tilbage var sundhedsvæsenet uafhængigt af kommunernes opgaver, der primært ligger på det sociale område. Der var ingen national aftaleramme for samarbejde, hvilket betød, at det var vanskeligt at implementere ændringer. Det var vanskeligt at se på tværs af indsatsen på hospitaler, kommuner og praktiserende læger.

Med en ny helhedsstrategi skal et udvidet partnerskab med kommuner, brugergrupper m.v. være en del af rammen for at styrke sundhed og omsorg for befolkningen. Målet er en "primary care approach", hvor ydelserne leveres så tæt på borgerne som muligt. Det indgår endvidere heri, at det nærmere skal aftales mellem parterne, på hvilket niveau mere eller mindre specialiserede ydelser skal leveres.

En større omlægning af sundhedsvæsenet er igangsat med bygning af et nyt akuthospital og en samtidig udbygning af de primære sundhedstilbud i sundhedscentre, hvor bl.a. praktiserende læger fysioterapeuter, psykologer m.fl. flytter sammen.

Fiona Mackenzie fortalte om de planmæssige udfordringer, de havde oplevet i forhold til beslutning om, hvor det nye akuthospital skulle placeres, og om hvordan de to øvrige hospitaler skulle udvikle sig.

Tilrettelæggelsen af forskning i sundhed sker i samarbejde med andre *boards* og med universiteterne i området.

Akutbetjeningen er meget i fokus og baserer sig på sygeplejerskebaserede enheder i tilknytning til hospitalerne og i mindre grad på vagtberedskab ved praktiserende læger.

Personaleplanlægning – rekruttering og fastholdelse

v/ Helen Kelly, Director of Human Resources

Helen Kelly fortalte om en ny strategi for modernisering af medarbejderressourcerne i sundhedsvæsenet. Nøgleordene er at gøre arbejdet attraktivt og med fokus på fleksibilitet i arbejdet gennem en løbende udvikling af organisation, skabe en moderne og sund kultur, teamdannelse. Der er meget fokus på telemedicin og e-health og håndteringen heraf. Strategien indgår som en integreret del af den administrative og kliniske ledelse.

Kvalitetsudvikling i Skotland

v/ Susan Myles, Health Services Researcher

I Skotland er der etableret en national kvalitetsudviklingsenhed, hvis kernefunktion er at udarbejde behandlingsstandarder, udarbejde kliniske retningslinjer og at sikre implementeringen af kvalitetsudvikling. Feltet omfatter sundhedsteknologi, kliniske retningslinjer og rekommandationer på medicinområdet. Der udarbejdes på relevante områder rapporter, som har karakter af medicinsk teknologivurdering (mini MTV). Arbejdet baserer sig på evidensbaserede undersøgelser og medtager sundhedsøkonomiske betragtninger.

Det er de regionale NHS *boards*, der har ansvaret for at implementere de kliniske vejledninger og – standarder og ikke de enkelte hospitaler og afdelinger.

Der blev bl.a. præsenteret mini-MTV vedrørende behandling af patienter med større depression og non-invasiv angiografi på hjerteområdet.

Apoteksvæsenet i Skotland

v/ Gail Caldwell, Director of Pharmacy



Medicinområdet er generelt præget af mere og dyrere medicin til flere patienter og med forbedrede resultater. Der er i Skotland fastlagt en strategi, hvor nøgleordet er klinisk farmaci. Klinisk farmaci skal medvirke til at styrke kvaliteten i ordinationerne, patientsikkerhed og information med henblik på forbedret compliance.

De private apoteker skal indtænkes som en del af det samlede sundhedsvæsen. Apotekerne tilbyder i modsætning til Danmark:

- Medicingennemgang særligt for ældre patienter
- Sundhedsfremme - rygeafvænning og sexuel sundhed (clamydia)
- Akut medicinservice/-rådgivning (epharmacy)
- Medicinservice for kroniske patienter (langtidsmedicinering)

Den farmaceutiske vejledning af patienten sker direkte af en apoteksfarmaceut.

Farmacien i Skotland har udviklet sig fra at være produktionsorienteret til en klinisk profession, og der forventes et tættere samarbejde med bl.a. de praktiserende læger.

Der er i Skotland ca. 1 farmaceut pr. 4.000 indbyggere, hvilket er langt flere end i Danmark. Farmaceuterne har adgang til selvstændigt at ordinere indenfor en nærmere nationalt fastlagt liste.

Der foretages i dag i en udbredt dosisdispensering, og der anskaffes i stigende omfang medicinrobotter til aflastning af den farmaceutiske kapacitet.

Der er som i Danmark fokus på rationel farmakoterapi, og der er en rekommandationsliste, som anbefaler præparatvalg for de praktiserende læger og hospitaler.

Der er i Skotland et særligt fokus på ny dyr medicin. Der er nationalt nedsat et særligt medicinudvalg, som rådgiver *boards* om status for al ny medicin og nye indikationsområder. Der udarbejdes en rekommandation for brugen af præparater, begrænset brug og hvor det ikke kan benyttes.

Der er særlige udfordringer på områder, hvor et præparat er frigivet, men ikke anbefales anvendt. I disse tilfælde kan der tages regionale initiativer med henblik på ibrugtagning. Nye EU regler kan give problemer i fremtiden.

Lokale sundhedspartnerskaber – forbedring af sundhed i udsatte områder

v/ Sue Dow, General Manager, og Anne Maree Wallace, Director of Public Health.

Sundhedspartnerskaber består af fælles og integrerede ydelser mellem NHS, kommuner, praksissektor og frivillige organisationer. Partnerskabet omfatter bl.a. distriktssygepleje, teams indenfor psykiatri og genoptræning, ældrepleje og mere specialiserede sygeplejetilbud. Målet er, at det der fagligt forsvarligt kan udføres i primærsektoren, skal udføres der.

I nedenstående tabel er opgjort den kapacitet, der stilles til rådighed på det primære sundhedsområde i Forth Valley og fordelt på de 3 kommuner, som udgør regionen.

Forth Valley	befolkning	Antal almen lægepraksis	Antal tandlægepraksis	Antal private apoteker	Offentlig sundhedspleje m.m.
Falkirk	147.460	27	16	31	635
Stirling	86.370	23	16	25	640
Clackmannanshire	48.240	7	7	13	806
Ialt	282.070	57	39	69	2.081

Det er i Skotland et politisk ønske at udvikle lighed i sundhed. Der arbejdes på at få det implementeret som en naturlig del af driften og uden tilførsel af ressourcer. Tidligere blev der gennemført særlige projekter, men problemet er, at resultaterne forsvinder, når projektmidlerne ophører.

Board'et har ansvaret for at udarbejde løbende rapportering over befolkningens sundhedstilstand indeholdende nøglefakta på en række relevante områder (rapport udleveret til deltagerne). Der fokuseres på specifikke indsatsområder, og der udarbejdes konsekvensberegninger af effekten af en given indsats f.eks. på hjerteområdet. Både de eksisterende og nye tiltag indgår.

På hospitalsområdet har der såvel planlægningsmæssigt som i offentligheden været stort fokus på planlægning af og placering af et nyt akuthospital, som skal dække hele Forth Valley og omdannelse af 2 hospitaler til en form for sundhedscentre.

Almen praksis i Skotland

v/ Pauline Wisdom, Practice Manager



Pauline Wisdom fortalte om almen praksis med udgangspunkt i den praksis, som hun selv er ansat i. Praksis består af 8 privat praktiserende læger, 4 konsultationssygeplejersker, 2 assistenter og 11 lægesekretærer. Herudover har pågældende praksis, som vedkommende kommer fra, ansat 1 praksismanager. Herudover er an-

sat en 5 distriktssygeplejersker og 4 sundhedsvisitatorer, som er offentligt ansatte (NHS).

Den omtalte praksis har 11.400 tilmeldte og er lukket for tilgang af nye patienter på grund af pladsmangel. Ellers er der ikke loft over antal tilmeldte som i Danmark. Der er fri nedsættelsesret.

Der arbejdes i praksis typisk fra kl. 7.30 til kl. 20. Der udføres dagligt ca. 20 sygebesøg og der er typisk 45 patienter pr. læge i konsultationen.

I den nye overenskomst med praktiserende læger indgår kvalitetshonorering baseret på indikatorer. Der gennemføres løbende patienttilfredshedsundersøgelser. Der er i overenskomsten krav om mere dokumentation. Lægerne kan frasige sig deltagelse i vagtarbejde.

Patientfokuseret borgerinddragelse

v/ Angela Wallace, Nurse Director

Angela Wallace fortalte, at patientens forventninger til sundhedsvæsenet indgår som en del af styringsgrundlaget. Patientinddragelse er et vigtigt område for, at den enkelte medarbejder kan have fokus på oplevet kvalitet. Det er vigtigt at få identificeret patientoplevelser som en del af det etiske grundlag. Det blev understreget, at brugerinddragelse sigter mod forbedringer og ikke kontrol. Der blev vist indslag med patienters oplevelse af sundhedsvæsenet.

3.1 Besøg i det skotske parlament



Delegationen blev vist rundt i det nye skotske parlament af parlamentsmedlem Alex Neil.

Det skotske parlament har eksisteret siden 1999, hvor Skotland fik delegeret retten til selvbestemmelse fra det engelske parlament på en række indenrigspolitiske områder, herunder sundhedsvæsenet.

Oversigt over samarbejdet med lokale myndigheder i Skotland

v/ Mike Martin og Margaret Whoriskey, Joint Improvement team

Efter rundvisningen i parlamentet fik delegationen mulighed for at høre et af dag 1's aflyste indlæg omkring samarbejdsrelationerne i det skotske sundhedsvæsen.

Indledningsvist blev det fortalt, at det skotske sundhedsvæsen består af 32 kommuner og 14 *health boards*, hvor sidstnævnte refererer direkte til ministeren for sundhed.

Mike Martin fortalte om den forandring, der er i gang i det skotske sundhedsvæsen. Forandringen handler især om den vægt, der lægges på lokale partnerskaber mellem NHS, lokale myndigheder og praktiserende læger. Denne forandring kaldes "*shifting the balance of care*".

Forandringen er bl.a. muliggjort af den politiske situation, hvor Skotland for nylig har opnået stor grad af selvbestemmelse over sundhedsvæsenet. Dette bringer ifølge Mike Martin en "freshness" ind i arbejdet med sundhed.

Samarbejdet mellem regeringen og de lokale myndigheder formuleres i de såkaldte *concordats*. Her er regeringens overordnede mål formuleret, og de lokale myndigheder beskriver, hvordan de vil levere regeringen målsætning i deres lokalområde, og hvordan indsatsen skal måles. Derved kan der være en vis variation i metoderne hos forskellige lokale myndigheder, idet de samme strategier kan måles på forskellig måde. Dette kan skabe en vis spænding mellem lokal fleksibilitet og behovet for konsekvens, hvilket er en af udfordringerne for det skotske sundhedsvæsen.

Margaret Whoriskey fortalte om *Joint Improvement Team*, der arbejder for at støtte og fremme samarbejdet om sundhed i Skotland. Teamet giver praktisk støtte til de lokale partnerskaber med henblik på at forbedre outcome af partnerskaberne.

4 Dag 3: NHS Lothian

På dag 3 deltes gruppen op i to. Den ene gruppe besøgte *West Lothian Community Health and Care Partnership* (CHCP) på Strathbrock Partnership Center, mens den anden gruppe besøgte *Leith Community Treatment Center*.

4.1 *West Lothian Community Health and Care Partnership*

Besøg på West Lothian Community Treatment Center and Care Partnership (CHCP) på Strathbrock Partnership Center

CHCP samler en lang række sundhedsservices, blandt andet praktiserende læger, tandlæger, distriktssygepleje og diætist. På centeret er der også et apotek, som har en af meget få doseringsmaskiner i Skotland. Apoteket, som så forholdsvis beskedent ud, er det apotek med flest udleveringer i Skotland.

Ud over disse sundhedsservices er der også borgerservice på centeret. Og centeret huser en række administrative funktioner.

Midt i centeret kunne man købe frugt og grønt ud fra et ønske om at give brugerne let og billig adgang til sunde fødevarer, og boden havde fået en rigtig god omsætning.

Henviſning til motion og aktivitet

v/ *Chris Dickson, Health & Fitness Manager hos Xcite*

Det første oplæg på centeret var om en indsats, hvor praktiserende læger og andre, fx praksissygeplejersker og distriktssygeplejersker, kan henvise borgere til motion og aktivitet. Oplægget blev holdt af Chris Dickson, Health & Fitness Manager hos Xcite. Xcite er en såkaldt *charity* (velgørende institution), som kontrolleres af en særlig lovgivning (*charity law*).

Målet er at give praktiserende læger og andre en henviſningsmulighed for borgere, som helbredsmæssigt har gavn af et struktureret trænings- og aktivitetsprogram.

Programmet er gratis for borgeren de første 3 måneder, og derefter har borgeren mulighed for op til 12 måneders medlemskab til en reduceret pris. Alternativt kan man betale pr. gang. De lange tidsperioder skyldes, at man ønsker en langvarig effekt, som kun kan opnås, hvis borgerne foretager egentlige livsstilsændringer.

Der er målinger af borgerens fremskridt efter uge 4, 12, 26, 52 og 64, og der sker tilbagemelding til den praktiserende læge efter uge 26 og uge 52. Den store udfordring er at fastholde borgerne mellem uge 26 og uge 52. 36% af de henviste gennemfører hele programmet. Det er et mål, at 30% efter at have gennemført programmet skal fortsætte i en eller anden aktivitet.

Programmet giver adgang til en række forskellige aktiviteter, ikke kun træning i et fitness center, men også eksempelvis svømning, vandgymnastik, yoga, pilates, Tai Chi og line dance. Alle aktiviteter sker under supervision af uddannet personale. Xcite er en stor organisation med 8 såkaldte *state of art* aktivitetscentre og 6 svømmebassiner.

Hvem kan deltage?: Patienter fra 24 praksis i området West Lothian, som falder inden for bestemte risikogrupper.

Hvordan virker det?: Henviſningerne sendes til en *Health and Wellbeing Coordinator* hos Xcite. Derefter ringer en instruktør til borgeren og aftaler et møde på en af Xcites faciliteter. På mødet laves en undersøgelse af, hvad borgeren har behov for, der tales om hvilke præferencer borgeren har i forhold til motion og aktivitet, og der foretages en række målinger (blodtryk, BMI, taljemål og peak flow). Instruktøren og borgeren enes derefter om en plan.

Programmet er rettet mod sårbare grupper. Målet er, at der foretages 50 henviſninger om måneden. Heraf skal mindst 50% være fra udsatte boligområder. Det er bemærkelsesværdigt, at 90% af de henviste borgere har en psykiatrisk lidelse, fx angst eller stress. Xcite lægger stor vægt på, at deres instruktører har kompetencer til at kunne arbejde med og støtte sårbare brugere.

West Lothian Council skyder nogle penge i indsatsen, men de fleste af midlerne kommer fra Xcites indtægter fra almindelige kunder.

Dernæst var der oplæg fra **en lokal praktiserende læge, Macallan**, som var involveret i projektet. Macallan pointerede, at disse særlige initiativer ikke er for alle, der ønsker at træne. Det er altså ikke et initiativ rettet mod hele befolkningen, men mod grupper med særlig behov. Han pointerede også, at det skal være nemt for dem, der skal foretage henvisningerne. Der er flere udbydere at henvise til.

De forskellige initiativer evalueres løbende. Desværre havde Macallan ikke medbragt sit materiale, men måtte citere udvalgte data efter hukommelsen. Det ser ud som om, der er reducerede medicinudgifter, men endnu er materialet for sparsomt til, at dette er statistisk signifikant. Der måles også på vægt, taljemål, blodtryk, peak flow og på angst- og depression (efter en rating skala). På en del af disse mål indikatorer ses ændringer, som er statistisk signifikante på trods af, at materialet endnu indeholder forholdsvis små tal.

Telecare

v/ Catherine MacNabb, ergoterapeut

Derefter var der oplæg fra en ergoterapeut, Catherine MacNabb, som præsenterede en række forskellige teknologiske løsninger i hjemmeplejen, telecare. Catherine er leder af et team på 9, som besøger ældre og andre med behov for hjemmepleje for at udrede, om telecare er en relevant løsning. Hvis telecare er en relevant løsning, står en ingeniør for selve opsætningen af udstyret i hjemmet.

Teamet startede i 2002, og der har været en voldsom stigning i henvisningerne til teamet og i antallet af brugere. I øjeblikket er der godt 3.300 telecare-brugere i området med en befolkning på 160.000. Teamet får omkring 80 – 100 nye henvisninger om måneden.

De tekniske apparater var alt fra den såkaldte life line-maskine, røgdetektorer, bevægelsesdetektorer, indbrudsalarmer, oversvømmelsesalarmer, temperaturfølere, målere som viser hvor borgeren opholder sig osv. Oplægsholderen pointerede dog, at det var vigtigt ikke at se alle disse tilbud som en slags indkøbsliste, men at udgangspunktet er hvilke problemer, borgeren skal have hjælp til.

Der var foretaget forskellige beregninger af projektets rentabilitet, som der dog ikke blev nærmere redegjort for, ud over at hun fremhævede, at der er god økonomi i indsatsen.

4.2 Leith Community Treatment Center

Organisatorisk drives og finansieres centret af NHS. Hver klinik i centeret ledes af en klinikchef. I centret tilbydes ydelser inden for følgende områder:

- Ambulant kirurgi inden for virkeområdet for almen praksis (*Outpatient Department*)

- Vurdering af ældre borgeres funktionsevne samt rehabilitering (tidligere daghospital)
- Radiologi samt andre billeddannende undersøgelser
- ECG (hjertekardiografi)
- Jordmodertjeneste
- Fysioterapi og ergoterapi
- Pædiatrisk klinik
- Tandlægeklinik

Fysioterapiklinikken

I klinikken er ansat sygeplejersker og fysioterapeuter (ingen læger ansat i klinikken). Patienterne henvises enten fra hospital, almen praksis eller ved at borgerne selv henvender sig (*self referral*). Der er f.eks. et hjerterehabiliteringsprogram (genoptræning i 6-8 uger) og et program for lungepatienter (kun mildt til moderat syge patienter).

Ergoterapiklinikken

I ergoterapiklinikken foretages vurdering af hvad patienterne har brug for af hjælpemidler/fysiske ændringer i deres hjem. Vurderingen foretages i et træningskøkken, -drivhus samt -badeværelse. Der foretages hjemmebesøg som opfølgning på, om hjælpemidlerne/de fysiske ændringer virker, som skal. Samtidig vurderes også risikoen for ulykker i hjemmet.



Røntgenklinikken

I klinikken er der følgende apparatur:

- Fluoroskopi-røntgen
- Ultralydsskanning
- Ordinær røntgen

Patienter er henvist fra almen praksis eller "walk-in". Der bruges telemedicin, idet to radiologer vurderer billeder via netopkobling. Svar til henvisende læge afgives vha. talegenkendelse.

Outpatient Department (ambulatoriefunktion for almen praksis)

Klinikken ledes af en praktiserende læge på deltid. Der er ingen faste læger i klinikken. Der er 14 almen praksis klinikker med i alt ca. 60 læger til at betjene ca. 90.000 borgere.

Klinikkens to hovedopgaver er:

- Operationer som alment praktiserende læger har lov til at udføre
- Operationer som kan udføres under lokal bedøvelse

Grundideen er, at der udvikler sig en form for almen praksis læger med særlige interesser/kompetencer (*GP's with special interests*). Lægerne kan henvise egne patienter til en anden praktiserende læge med særlige interesser/kompetencer og indgrebet foretages i *Outpatient Department*. Dette skulle i højere grad kunne sikre, at patienter ikke henvises til hospitaler for at få foretaget mindre kirurgiske indgreb, der kan foregå i almen praksis.

ECG klinikken

Patienter med behov for at få udført hjertekardiografi (ECG) kan henvises fra almen praksis eller fra hospital. Undersøgelserne udføres af "cardiologist technicians" med støtte fra kardiologer fra Royal Hospital.

Pædiatri klinikken

Klinikken har endnu ikke udviklet sig som forventet. Der er ingen læger ansat og kun i det omfang læger fra f.eks. hospitaler ønsker at arbejde udenfor hospitalsansættelsen, kan der udbydes lægelige ydelser. Der er 12 talepædagoger tilknyttet på deltid, som træner børn henvist fra f.eks. skoler, kommunen, almen praksis (2-17årige børn/unge er målgruppen).

Samlede perspektiver for fremtiden

Besøget blev afsluttet med en drøftelse med ledende praktiserende læge af *Outpatient Department*, Mike Ryan (mike.ryan@lothian.scot.nhs.uk) om erfaringer samt perspektiver for fremtiden. Hans bud var, at der skal fokuseres på:

- Flere tværgående ydelser (f.eks. indenfor kardiologi, diabetes)
- Mere kirurgi
- Tilknytning af hudlæge/dermatolog
- Tilknytning af øre-næse-hals læger
- Klinik for børn (f.eks. til behandling af brækkede arme, ben mv.)

De specialer, der ønskes tilknyttet, skal have et stort volumen (potentiale for et stort patientflow).

4.3 Informationssession med NHS Lothian

Om eftermiddagen samledes delegationen igen for at høre indlæg om forskellige emner fra NHS Lothian.



Lothian Unscheduled Care Services

v/ Marion Storrie

Marion Storrie gav et overblik over akutbetjeningen i den primære sundhedstjeneste i Lothian. Lothian er et geografisk område, som dækker en population på ca. 840.000 og strækker sig over 700 sq miles. Området er delt op i 5 mindre geografi-

ske områder, Området dækker både city-, by- og landområder og er befolkningsmæssigt meget forskelligt, herunder hvad angår sundhedsmæssige og sociale ressourcer. Demografisk er der 10% af befolkningen, som er henholdsvis under 10 år og over 70 år. Knap 3% af borgerne har anden etnisk baggrund end skotsk.

Den nye organisering af den primære akutbetjening blev rullet ud i oktober 2004. Service omfatter multidisciplinær service, 5 "bases and home visiting service" og patient transport. Bemandingen består af læger (45 WTE, dvs. fuldtidsstillinger), sygeplejersker (23 WTE) og paramedics (4 WTE). På en uge er aktivitetsniveauet 3100 henvendelser fra syge borgere.

Emergency Care Practitioners (særligt uddannede sygeplejersker) varetager behandling af akut sygdom, mindre skader, ordinerer af medicin, akut psykiatrisk førstehjælp og pædiatri.

Udfordringerne er flere: udvikling af ledelsesopgaven, forandring, kultur, økonomi, gensidig afhængighed til resten af NHS, kompetencer og tillid, udvikling af tværsektorielt samarbejde og effektiv kommunikation.

Tackling health inequalities in Lothian

v/ Dr. Alison Mccallum, Director of Public Health and Health Policy, NHS Lothian

Alison Mccallum indledte med at sætte hovedmålsætningen for programmet vedrørende at takle ulighed i sundhed op: "*Improving health – reducing health inequalities*" i Lothian. Der er særligt fokus på to grupper: Hjemløse og borgere, som lige er kommet ud af fængsel. Hjemløse har meget vanskeligt ved at finde frem til/sikre sig adgang til den eksisterende service på sundhedsområdet, så der skal udvikles services, som i højere grad kommer de hjemløses behov i møde. Det har også vist sig, at folk som lige er kommet ud af fængsel er en meget sårbar gruppe. De har ofte stor gæld, et skrøbeligt netværk, har vanskeligt ved at få fodfæste på arbejdsmarkedet og har generelt et dårligt helbred.

Der arbejdes med at takle ulighed i sundhed både indenfor og udenfor hospital. Fokus er rettet mod smitsomme sygdomme, skadedyr, dårligt drikkevand osv. Uligheden skal ses i flere perspektiver: socialt, etnisk og geografisk. I området er der 3 akutte hospitaler, som alle har universitetshospitals status.

Hvor skal man starte? Foreløbigt er der sat ind i forhold til fødselsvægt (lav fødselsvægt i belastede områder), hvor der er særlige geografiske områder, der har behov for ekstra opmærksomhed. Et andet opmærksomhedsområde er mors uddannelsesniveau. Desuden er der også fokus på brug af alkohol og sundhed.

Senest er man blevet inddraget i planlægningen og udviklingen af en ny by. Her er værktøjet "*Health Impact Assessment*" blevet anvendt med henblik på at vurdere hvordan man sikrer at byplanen understøtter sundhed i en positiv retning (fx strukturelt i forhold til at sikre grønne områder, sammenhængende vandre- og cykelstier mv.).



Improving access for services for people with multiple and complex needs – the PATH Project

V/ Dr. Laura Hay, Project Manager & Research Registrar in Public Health

Laura Hay fortalte om PATH-projektet (Partnerships for Access To Health), der handler om, hvordan man kan forbedre adgangen til sundhedsydelser for mennesker med multiple og komplekse behov. Projektet er 2årigt og forankret i NHS Lothian i samarbejde med NHS Highland (den tyndtbefolkede nordvestlige del af Skotland).

Projektet definerer multiple og komplekse behov som sundhedsmæssige og sociale behov i kombination. Sundhedsmæssige forhold (ikke en klinisk definition) kan f.eks. være psykisk sygdom, misbrugsproblemer eller handicap, mens sociale behov kan være hjemløshed, kriminel baggrund eller arbejdsløshed.

I projektet defineres adgang i tre dele: *getting in, getting through, getting on.*

Gennem interviewundersøgelser af sundhedsprofessionelle samt litteraturstudier opstiller projektet anbefalinger til forbedret adgang i alle tre dele.

Getting in:

- Let adgang – meget fleksibel selv-henvisning og walk-in uden aftalt tid
- Ikke-dømmende og ikke-fordømmende attitude
- Single point of entry
- Case management

Getting through:

- Wide variety
- Høj kvalitet og kreativitet
- Støtte til håndtering af vanskelig adfærd
- Fejring af succeser – små sejre
- Brugerinvolvering
- Målrettet forbedring af livsbetingelser

Getting on:

- Opbygge tillid
- Links til mainstream services
- Kommunikation mellem services
- Hjælpe klienter til at hjælpe sig selv
- Langsigtet støtte, exit strategier og fortsat opfølgning
- Klienterne har lov til at fejle og komme tilbage

Diskussion om infektionshygiejne

V/ Fiona Cameron, Head of Services, Infection Controls.

Fiona Cameron fortalte, at det skotske sundhedsvæsen har betragtelige problemer med infektionshygiejne på sine hospitaler. Hun ser Danmark som et eksempel til efterligning, idet man i Danmark har et højere hygiejneniveau på hospitalerne.

5 Dag 4: Møde med repræsentanter fra det nationale skotske sundhedsvæsen

På turens sidste dag mødtes delegationen med repræsentanter fra det skotske sundhedsvæsen på nationalt niveau. Her havde deltagerne mulighed for at stille spørgsmål, der måtte være opstået i løbet af turen.

Deltagere:

- Colin Brown, *Head of Health Quality and Safety, Patients and Quality Division, Scottish Government*
- Aileene Keele, *Deputy Chief Medical Officer with Scottish Government Health Directorate*
- Jane Arroll, *Director of Allied Health Professions, Greater Glasgow Primary Care Division*
- Jim Currie, *Secretary, IHM Scotland*
- Dr. Nadine Harrison, *Senior Medical Officer*

Organisering af sundhedsvæsenet

14 *health boards* deler Skotland på sundhedsområdet. De får budgettet fra regeringen i en samlet sum. Herefter er der relativ stor frihed lokalt til at disponere over beløbet.

Et *board* består blandt andet af medicinsk og sygeplejefaglig repræsentation. *Boards* fordeler midlerne mellem primær og sekundær pleje. Hospitaler er ledet af NHS *Boards*.

Ressourcetildelingen kombineres med mål- og rammestyring. Der rapporteres en gang årligt. På nationalt niveau organiseres sundhedsvæsenet i *Scottish Government Health Directories* (ansatte her er ofte tidligere NHS *Boards* ansatte).

Styringsmæssigt er der i store træk tale om et "top-down" system med mål og indikatorer for målopfyldelse, som begge sættes af regeringen.

De faglige synspunkter varetages via "managed clinical care", der er ca. 10 år gammelt. Det fungerer som et netværk, der fagligt bringer den primære, sekundære og tertiære pleje sammen om en diagnose.

Før der indgås aftaler "cleares" de med de faglige organisationer, så man undgå et offentligt "skænderi".



Hvilken rolle spiller kommunerne?

Ressourcerne fordeles centralt. Budgetdiskussionerne ligner dem i Danmark, og finansieringsdiskussionen findes på alle niveauer.

Der er indgået et *concordat* med de 32 kommuner. Indikatorerne tilpasses lokalt med *local councillors* som ansvarlige. Man bygger således sundhed ind i de kommunale opgaver, og 22 ud af 32 kommuner har udvalgt sundhedsindikatorer i deres *condordat*. Lokale politikere holdes ansvarlige af vælgerne – og derfra skal incitamenterne komme.

Den private sektor spiller ikke en stor rolle. NHS kan indgå kontrakter om leveringsaftaler (andelen er pt. mindre end 1%). Derimod spiller non-profit organisationer en større rolle.

Primary Care

Alment praktiserende læger, apotekere og tandlæger er på kontakt med NHS. Disse kontrakter aftales løbende. Kontakten med de praktiserende læger er baseret på UK-aftalen, men med et *skotsk* element (fx aftale om forløbsprogrammer).

Det er tilladt for læger/sygeplejersker at arbejde i den private sektor – men de fleste læger er loyale overfor NHS: "It's in the bones of Scotland". Ingen ønsker en privat sektor – man ønsker NHS. Det er modsat England, hvor man har introduceret konkurrenceelementet.

Den anden side af den *skotske følelse* er, at hvis man ikke får det man forventer, så sidder følelserne også dér.

Frivillige organisationer (ikke non-profit) spiller en rolle – men den er marginal. De er dog på kontrakter og *tildes* en rolle (ex Hospice). NHS betaler her 50%. Hospice ønskede ikke en højere andel, fordi man værdsætter sin uafhængighed.

Medicinudgifter

En styrelse ("Medicinkonsortium") godkender nye produkter. Diskussionerne opstår, når ny medicin *ikke* godkendes, selvom det er på markedet. Der er herefter eksempler på, at regeringen kan finde på at blande sig i styrelsesbeslutningen.

Det giver – indtil videre – ikke anledning til patienttrafik mellem Skotland og England, at nogle produkter (behandlinger) er godkendte det ene sted, men ikke det andet.



6 Konklusion på studieturen

På sin studierejse til Skotland oplevede Sundhedsplanudvalget, hvordan det skotske sundhedsvæsen fungerer. Udvalget har efterfølgende drøftet turens indhold og de initiativer, som skotterne har igangsat. På trods af de strukturelle forskelle mellem henholdsvis det skotske og det danske sundhedssystem er der en række tiltag, som man fremadrettet kan tage fat på og søge at konvertere, så de passer til danske forhold.

Nedenfor er oplistet nogle af de punkter, som sundhedsvæsenet efter Sundhedsplanudvalgets opfattelse med fordel, kan arbejde med fremadrettet. Erfaringerne indarbejdes i det temakatalog, som danner grundlag for udvalgets prioriteringer af temaer til sundhedsplanen.

Proaktiv tænkning omkring sundhedscentre

I Skotland tænker man på sundhedscentre på en lidt anden måde, end vi gør i Danmark. Man er mere proaktiv, f.eks. i forhold til placering af centrene, hvor skotterne fokuserer på at placere sundhedscentre i områder, hvor beboerne almindeligvis har vanskeligt ved at benytte sig af sundhedsvæsenets tilbud. Desuden forekommer såvel faglige som sektorielle barrierer mindre, når man tænker sundhedscentre i Skotland.

Skotterne har også et meget bredt perspektiv på, hvad et sundhedscenter kan rumme, og der er fokus på en helhedsorienteret indsats – også for mennesker med både sundhedsmæssige og sociale problemer.

Denne bredere og mere favnende måde at tænke sundhed på er oplagt, at forsøge at integrere i det arbejde regionen allerede nu har iværksat i relation til sundhedscentre.

Aktiv brug af private apoteker

De private apoteker i Skotland spiller en større rolle som samarbejdspartner for sundhedsvæsenet. Farmaceuterne har flere kompetencer i forhold til at give borgerne konsultationer omkring en række afgrænsede problemer.

Ideen om sundhedspartnerskaber

Organiseringen af det skotske sundhedsvæsen bygger på en ide om partnerskab mellem aktørerne på sundhedsområdet. Partnerskabet understreger den fælles opgave omkring en sammenhængende og velfungerende indsats for sundhed i befolkningen.

I forbindelse med partnerskaberne spiller private foreninger og organisationer en større rolle end i Danmark. Skotterne fokuserer på at bruge de private aktører der, hvor de kan bidrage men samtidig respektere grænsen mellem det offentlige og det private.

Fokus på socialt udsatte grupper

Udvalget oplevede desuden, at man i Skotland har et stærkt fokus på socialt udsatte grupper og deres brug af sundhedsvæsenet. Socialt udsatte grupper har generelt en dårligere sundhedstilstand end velstillede grupper samtidig med, at de dårligst stillede grupper har sværest ved at benytte sundhedsvæsenets tilbud.

Den særlige indsats for socialt udsatte grupper kommer bl.a. til udtryk i den strategiske placering af sundhedscentre i sociale belastede områder. Tanken er, at den lokale placering gør det lettere for menneskene i området at benytte sig af centrets tilbud. Den særlige indsats kommer også til udtryk i PATH projektet, som deltagerne blev præsenteret for på rejsen. Her forsker NHS Skotland i, hvordan adgangen til sundhedsydelse kan forbedres for patienter med sociale problemer.

Energi og entusiasme i sundhedsvæsenet

Arbejdet i det skotske sundhedsvæsen var præget af stor energi og entusiasme. I forbindelse med den nylige skotske selvstændighed på sundhedsområdet, er der sat gang i en række omstillingsprocesser, og udvalget fornemmede en stor gejst blandt personalet i relation til denne forandring.

En del af denne energi og entusiasme udspringer af skotternes ønske om at skabe et bedre sundhedsvæsen end englænderne kunne, men under dette lå tilsyneladende en stærk fælles følelse omkring det vigtige i at opbygge et stærkt offentligt sundhedsvæsen til gavn for alle.

7 Bilag 1: Planlagt program for turen

Nedenfor findes det planlagte program. På grund af et aflyst fly på udrejsen blev der foretaget en række ændringer i programmet. Det afholdte program fremgår af referatet ovenfor.

Tirsdag den 9. september	
10.40	Afgang fra Billund Lufthavn
13.45	Ankomst Edinburgh Lufthavn
15.00 –	Oplæg og besøg i parlamentet
17.30	<i>St. Andrew's House, Edinburgh</i>
15.00	Oversigt over sundhedssystemet i Skotland <i>v/ Colin Brown, Head of Health Quality and Safety, Patients and Quality Division, Scottish Government</i>
15.30	Oversigt over samarbejde med lokale myndigheder <i>v/ Margaret Whoriskey og Mike Martin, Joint Improvement Team</i>
16.00	Det skotske program for telemedicin – oversigt over strategien for telemedicin, resultater og effekter <i>v/ Moira Meckenzie, National Telecare Programme Manager</i>
16.15	National Long Term Conditions Collaborative – Indsats for kronisk syge i Skotland <i>v/ Dr. Anne Henry, Clinical Lead LTC Collaborative</i>
16.30	Rundvisning i parlamentet <i>v/ Alex Neil, parlamentsmedlem</i>
19.00	Fælles refleksion over dagens indtryk
Onsdag den 10. september	
8.00	Afgang med bus fra hotellet
9.00–	NHS Forth Valley Headquarters, Stirling
15.15	
9.00	Velkomst og introduktion. Den samlede sundhedsstrategi ("Better health, better care") <i>v/ Fiona Mackenzie, Chief Executive</i>
10.00	Personaleplanlægning – rekruttering og fastholdelse <i>v/ Helen Kelly, Director of Human Resources</i>
11.00	Den skotske gruppe for sundhedsteknologi, NHS Quality Improvement Scotland <i>v/ Dr. Susan Myles, Health Services Researcher</i>
11.30	Apoteksvæsenet i Skotland <i>v/ Gail Caldwell, Director of Pharmacy</i>
12.15	Frokost
13.15	Lokale sundhedspartnerskaber/forbedring af sundhed i udsatte områder <i>v/ Sue Dow, General Manager, Falkirk Community Health Partnership og Anne Maree Wallace, Director of Public Health</i>
14.15	Patientfokuseret borgerinddragelse <i>v/ Angela Wallace, Nurse Director</i>
15.15	Afgang med bus

16.30	Fælles refleksion over dagens indtryk
17.30-	Ordinært møde i sundhedsplanudvalget
18.30	<i>Mødelokale på hotellet</i>
	Parallelsession for de øvrige deltagere
	<i>Mødelokale på hotellet</i>
Torsdag den 11. september	
9.15-	Gruppe 1: West Lothian Community Health and Care Part-
13.00	nership (CHCP) på Strathbrock Partnership Center
9.30-	Gruppe 2: Leith Community Treatment Center
13.00	Rundvisning v/ <i>Pat Bennet, Facilities Manager</i> , mulighed for spørgsmål til <i>Dr. Mike Ryan, Lead Clinician</i>
13.00	Frokost
14.00-	Information session
18.00	
	15.00 Diskussion omkring ulighed i sundhed
	<i>v/ Dr. Alison McCallum</i>
	15.45 Diskussion omkring PATH
	<i>v/ Dr. Laura Hay, Project Manager & Research Registrar in Public Health</i>
	16.30 Diskussion omkring infektionshygiejne
	<i>v/ Fiona Cameron, Head of Services, Infection Controls</i>
	17.15 Diskussion omkring LEAN i Lothian
	<i>v/ Pat Dawson, Associate Nurse Director</i>
18.00	Afgang med bus
18.15-	Fælles refleksion
19.00	
Fredag den 12. september	
09.00-	Diskussion, refleksion, spørgsmål/svar session
12.00	Med repræsentanter fra den skotske regering og repræsentanter fra sundhedsområdet
12.00	Frokost
13.00	Fritid/Sightseeing på egen hånd
14.45	Afgang med bus til lufthavnen
16.35-	Hjemrejse, ankomst Billund Lufthavn
21.45	

8 Bilag 2: Deltagerliste

Medlemmer af Sundhedsplanudvalget	
Johannes Flensted-Jensen (formand)	1. næstformand i Regionsrådet
Alice Espeholt (næstformand)	Regionsrådsmedlem
Conny Jensen	Regionsrådsmedlem
Knud Hammer	Regionsrådsmedlem
Aleksander Aagaard	Regionsrådsmedlem
Preben Andersen	Regionsrådsmedlem
Jette Skive	Regionsrådsmedlem
Ove Nørholm Andersen	Regionsrådsmedlem
Ulla Fasting	Regionsrådsmedlem
Tove Videbæk	Regionsrådsmedlem
Administration Sundhedsplanudvalget	
Kjeld Martinussen	Vicedirektør, Sundhedsstaben
Lars Dahl Pedersen	Afdelingschef, Sundhedsplanlægning
Rikke Skou Jensen	Kontorchef, Sundhedsplanlægning
Maiken Rose Hjortbak	Fuldmægtig, Sundhedsplanlægning
Peter Lindholm Astrup	Fuldmægtig, Regionalt Sundhedssamarbejde
Medlemmer af Sundhedskoordinationsudvalget	
Aage Koch-Jensen	Regionsrådsmedlem
Ulla Diderichsen	Regionsrådsmedlem
Christian Møller-Nielsen	Byrådsmedlem Favrskov Kommune
Holger Hedegaard	Byrådsmedlem Holstebro Kommune
Hans-Jørgen Hørning	Byrådsmedlem Silkeborg Kommune
Margrethe Bogner	Byrådsmedlem Århus Kommune
Bruno Melgaard Jensen	Medl. af praksisudvalget, praktiserende læge
Johannes Ravn Christensen	Næstf. for praksisudvalget, praktiserende læge
Administration Sundhedskoordinationsudvalget	
Jonna Holm Pedersen	Konsulent i kommunernes kontaktråd
Jens Peter Hegelund Jensen	Direktør, Silkeborg Kommune
Ulla Kusk	Direktør, Holstebro Kommune
Eva Sejersdal Knudsen	Afdelingschef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Jens Bejer Damgaard	Kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Birgitte Holm Andersen	Kontorchef, Regionalt Sundhedssamarbejde
Øvrig administration	
Steen Vestergaard-Madsen	Kontorchef, Primær Sundhed
Mette Just Kjølby	Kontorchef, Center for Folkesundhed

9 Bilag 3: Kort om Skotland og NHS Skotland

Denne beskrivelse blev udleveret til deltagerne forud for studieturen med henblik på en generel indførelse i det skotske sundhedssystem, og de planer man lægger for fremtiden.

Det politiske system

Konstitutionelt er Storbritannien en union med et regerende parlament og regering. I slutningen af 1990'erne fik en række områder inden for Storbritannien – herunder Skotland – begrænset selvstyre. Skotland er imidlertid stadig underlagt det britiske parlament, der kan ændre, udvide eller afskaffe det nationale selvstyre.

Det skotske parlament i Holyrood i Edinburgh har dog ganske vide beføjelser på en række indenrigspolitiske områder relateret til Skotland – herunder sundheds- og uddannelsessystemet. Eksempelvis er universitetsuddannelse og ældrepleje gratis. Storbritanniens parlament beholder aktiv magt over det sociale sikkerhedssystem, militæret, internationale forbindelser, medievirksomhed og det skotske skattesystem. Det er dog muligt for Skotland at ændre på indkomstskatten – en mulighed der endnu står ubenyttet hen.

Det skotske parlament er en lovgivende forsamling bestående af 129 medlemmer, 73 som repræsenterer individuelle valgkredse, og 56 som bliver valgt fra otte forskellige valgregioner med proportional repræsentation.

Regeringen sammensættes af førsteministeren, der er leder af den vindende koalition. I øjeblikket ledes regeringen af Alex Salmond fra centrum-venstre partiet "Det skotske nationalparti" (*Scottish National Party*) hvis hovedmål er skotsk uafhængighed. SNP danner mindretalsregering med de grønne (*Scottish Green Party*) som støtteparti. Det vigtigste oppositionsparti er Arbejderpartiet (*Labour Party*). Andre partier inkluderer det konservative parti (*Conservative*), de Liberale (*Liberal Democrats*) og det skotske socialistparti (*Scottish Socialist Party*).

Under pres fra voksende støtte til skotsk uafhængighed og SNPs fremgang er behovet for selvstyre blevet fremhævet af både Arbejderpartiet og De Konservative. Efter selvstyrets indførelse er omdrejningspunktet i debatten skiftet fra "for eller imod" til graden af selvstyre. Skal det skotske parlament blot have udvidet dets myndighed (eksempelvis over finanser og skatter)? Eller skal Skotland have fuld uafhængighed?

Sundhedsvæsenet

Den skotske "sundhedsstyrelse" (*The Scottish Government Health Directorate*) har ansvaret for driften af *NHS Scotland* (*NHS: National Health Service*) samt for udvikling og implementering af den lokale sundheds- og socialindsats i Skotland.

Styrelsen har endvidere ansvaret for det skotske ambulancevæsen, *NHS24* (døgnekontakt for borgere til sundhedsprofessionelle vedr. medicinske spørgsmål) og det *Psykiske Statshospital*, der yder behandling for særligt voldelige, farlige eller kriminelle patienter. Desuden hører *NHS Health Scotland*, der arbejder med folkesundhed, sund-

hedsfremme og forebyggelse samt *NHS Quality Improvement Scotland (QIS)*, der arbejder med kvalitetssikring, -standarder samt monitorering heraf under NHS Scotland. Direktøren for NHS Scotland dr. Kevin Woods er leder af den centrale styring og planlægning af sundhedsvæsenet og står til ansvar for parlamentets ministre for systemets effektivitet og kvaliteten af den leverede service. Han er endvidere ansvarlig for driften af de 14 *NHS boards* (områder), der varetager den daglige drift af det lokale sundhedsvæsen (herunder hospitaler og praktiserende læger) i områderne. Vi skal besøge to af disse områder: *NHS Lothian* og *NHS Forth Valley*.

Det skotske sundhedsvæsen har ca. 160.000 ansatte, herunder 67.000 sygeplejersker og jordemødre samt 12.000 praktiserende læger, tandlæger, apotekere og andre privatpraktiserende sundhedsprofessionelle, der som i Danmark er kontraktligt forbundet til sundhedsvæsenet. Til sammenligning har Region Midtjylland ca. 25.000 ansatte.

Better Health, Better Care action plan

Den Skotske regering har i december 2007 udgivet en plan, der sigter på at udvikle det skotske sundhedsvæsen yderligere. Planen er blevet til efter involvering af borgere og eksperter gennem en længere periode. På den måde er der en vis lighed mellem den nærværende plan og den sundhedsplan, som Region Midtjylland er ved at udarbejde.

Mål i regeringens "action plan"
1. Mod et fælles sundhedsvæsen
2. Fastholde og forbedre helbred – særligt i udsatte områder
3. Bedre, lokal og hurtig adgang til sundhedsydelser

Der er tre overordnede mål i planen:

1. Mod et fælles sundhedsvæsen

Planens første målsætning er det fælles sundhedsvæsen (*Mutual NHS*), hvor borgeren er i centrum. Borgerne bliver følgende opfattet som "medejere" eller "partnere" i stedet for modtagere af pleje og behandling.

Det fælles sundhedsvæsen skal have fokus på borgerinddragelse og inddragelse af lokalområderne, ligesom der udarbejdes en "*Patients' Rights Bill*", der præciserer, hvad man som partner i sundhedsvæsenet har ret til. Endelig lægger man op til, at større forandringer i NHS Scotlands serviceniveau eller beslutninger, der har indflydelse på borgernes hverdag skal kunne udsættes for uafhængige undersøgelser (*independent scrutiny*) af et panel bestående af såvel eksperter som lægmænd. Panelet skal afprøve større forandrings holdbarhed, sikkerhed, rentabilitet og evidensbase. Planen lægger endvidere op til at øge samarbejdet mellem sektorer på det offentlige og det private område.

2. Hjælpe befolkningen til at fastholde og forbedre deres helbred – især i udkantsområder og socialt belastede områder.

Planens anden målsætning er øget fokus på folkesundhed og understøttelse af udkantsområder og socialt belastede områder – herunder ulighed i sundhed. Man vil arbejde for at etablere bedre boligforhold i samarbejde med de lokale myndigheder, man vil sætte ind på børneområdet meget tidligt, sænke antallet af selvmord og udbygge antallet og kvaliteten af sportsfaciliteter betragteligt.

Konkret på sundhedsområdet er planen, at forbedre og understøtte behandlingen af psykisk syge – herunder også milde depressioner, man vil sætte målrettet ind for en yderligere reduktion af antallet af rygere ligesom alkoholindtagelse og brug af stoffer skal reduceres. Jordmoderservice og sundhedsplejen skal endvidere styrkes, så også de svageste og mest udsatte børn får en god start på livet. Gennem hele barndommen skal NHS og regeringen understøtte sunde vaner i hverdagen gennem bedre skolemad, skolernes fokus på uddannelse og information etc..

Ulighed i sundhed skal takles ved at:

- Udfase udgifter ved udstedelse af medicin
- Praktiserende læger i udkantssområder og socialt belastede områder skal understøttes økonomisk, så de bedre kan takle de særlige problematikker, der findes her
- Etablering af sundhedstjek for alle borgere mellem 45 og 64 i en række udpegede områder
- Øge fokus på fængsledes sundhed – herunder psykiske sygdomme
- Samarbejde med virksomheder om sundhedsinitiativer
- Samarbejde med private organisationer på sundhedsområdet
- Screene for alkohol og rygning ved indlæggelse
- Understøtte amning og bedre spisevaner for gravide
- Give mulighed for ansættelse og uddannelse i NHS for socialt svagt stillede

3. Sikre bedre, lokal og hurtigere adgang til sundhedsydelser

Kvaliteten i sundhedsvæsenet skal øges. Det vil regeringen gøre ved at sætte fokus på seks forskellige områder. Områderne vil blive kort opsummeret her. En nærmere gennemgang kan findes i selve planen fra s. 42.

Kvaliteten skal øges ved at:

1. Sætte patienten i centrum. Patienterne bliver allerede i dag spurgt om deres tilfredshed gennem spørgeskemaundersøgelser etc. Dette vil man udvide, til også at omfatte et fokus på hvad de gerne vil have, at sundhedsvæsenet bør opprioritere. Dette skal ske gennem øget anvendelse af fokusgrupper, enkeltinterviews og audits på klager og uheldsmæssige hændelser. Desuden er det planen, at patienternes kompetencer og kapaciteter skal understøttes og bruges til at forbedre eget helbred. Det vil sige et forøget fokus på differentiering af plejen til den enkelte patient. Dette skal ske i et samarbejde med en række offentlige, private og frivillige initiativer. Desuden skal teknologi understøtte patienternes egenomsorg efter udskrivelse.

Den særlige "carers" ordning, hvor frivillige – herunder også patienters familie – hjælper med pleje og rehabilitering efter udskrivelse skal udvides og forbedres gennem uddannelse. Desuden vil man fokusere på at hverve flere unge til denne ordning.

Palliation og forbedrede transportmuligheder skal endelig hjælpe med til at nå det ovennævnte mål.

2. Patientsikkerhed. Patientsikkerheden skal øges. Dette gælder eksempelvis gennem forbedret kommunikation internt på hospitalerne og eksternt til primær sektor og lokalsamfund, så medicineringen af patienterne kan optimeres og uheld undgås. Også på hygiejneområdet vil man opprioritere indsatsen.

3. Effekt. Sundhedsvæsenets effekt skal forbedres. Dette gælder i forhold til såvel kvalitet og bedre resultater. Det skal være nemmere at komme i kontakt til sundhedsvæsenet. Antallet af "walk-in" faciliteter skal eksempelvis øges. Kronikerindsatsen skal endvidere forbedres, og samarbejdet med lokale autoriteter skal optimeres, så borgerne behov understøttes ensartet og kvalificeret – også når ansvaret skifter fra en myndighed til en anden. Dette skal blandt andet ske via forbedret elektronisk kommunikation mellem parterne.

4. Effektivitet Det skotske sundhedssystem er ganske effektivt, men man vil yderligere forbedre sundhedsvæsenets effektivitet og produktivitet ved en række tiltag. Økonomiske incitamenter skal anvendes i højere grad end før. Dette gælder såvel de enkelte boards, men også i forhold til de enkelte ansatte. Dette vil også forbedre mulighederne for rekruttering og fastholdelse. Benchmarkingsystemet skal endvidere forfines, så sundhedsvæsenets målopfyldelse kan evalueres bedre. Endelig vil man øge fokus på eHealth og telemedicin – herunder bedre journalføring, reduceret papirarbejde og mulighed for patienterne til at føre egenomsorg ved hjælp af eHealth. Dette eksempelvis gennem adgang til egen opdaterede journal via nettet.

5. Lighed. De mange patientgrupper og lokale samfund i Skotland skal have en service, der opfattes som lige. Det betyder ganske simpelt, at "one size fits all" ikke længere er godt nok. I fjerne områder skal den praktiserende læge og hans/hendes ansatte opkvalificeres. Desuden vil selve sundhedsvæsenet blive organiseret med små lokale "Rural hospitals" i yderområderne og større hospitaler med specialister i byområderne. De lokale hospitaler vil endvidere opbygge et netværk mellem hinanden, så de kan trække på hinandens kompetencer. eHealth og telemedicin skal som ovenfor nævnt udbygges.

Fokus på hjælp til handicappede og påskønnelse af mere bløde værdier som eksempelvis kulturel og religiøs forskellighed skal endvidere understøttes.

6. Til tiden. Der fastsættes, at 18 uger er den maksimale ventetid for alle operationer. Planen er, at i 2011 vil 18 uger være den maksimale totale ventetid fra henvisning fra praktiserende læge til behandling (*whole journey standard*). For at opnå dette vil regeringen blandt andet give 270 millioner pund ekstra over de næste tre år til effektivisering og udbygning af sundhedsvæsenet.

Akutbehandling og det præhospitale beredskab skal forbedres ved anvendelse af paramedicinere – meget lignende de planer Region Midtjylland er ved at sætte i værk.

10 Bilag 4: Regnskab

Tekst 1	Tekst 2	Pris pr. person	Regionsråd	Administration	Kommuner	Praksis	I alt
Antal deltagere			13	11	8	2	34
Fly	Billund/Edinburgh T/R turistklasse	3.898	50.674	42.878	31.184	7.796	132.532
Overnatning	Standard enkeltværelser	3.755	48.815	41.305	30.040	7.510	127.670
Forsikring	Afbestilling, ansvar og rejsegarantifond	104	1.352	1.144	832	208	3.536
Transport alle dage		565	7.345	6.215	4.520	1.130	19.210
Forplejning		1.243	16.159	13.673	9.944	2.486	42.262
Repræsentationsgaver		170	2.210	1.870	1.360	340	5.780
Leje af mødelokaler		63	819	693	504	126	2142
Hjemrejse Johannes Flensted-Jensen	Særbillet til Aalborg		2.707				2.707
Hjemrejse Steen Vestergaard-Madsen	Særbillet torsdag			4.633			4.633
<i>I alt</i>		<i>9.798</i>	<i>130.081</i>	<i>112.411</i>	<i>78.384</i>	<i>19.596</i>	<i>340.472</i>
Budget		14.900	193.700	163.900	119.200	29.800	506.600

Få dage inden turen kom der afbud fra 3 deltagere. På daværende tidspunkt var det ikke muligt at afbestille flybilletter, hotel mv. og derfor indgår der 34 deltagere i regnskabet. Udgifterne er mindre end forventet, idet værterne betalte for frokost, der var et mindre forbrug til forplejning grundet aflyst fly samt mindre forbrug af taxa og lokal transport grundet centralt placeret hotel.