



BORGERNÆRE SUNDHEDSTILBUD
MED FOKUS PÅ UDVIKLING AF
KVALITET OG SAMMENHÆNG

2013



**Borgernære sundhedstilbud
– med fokus på udvikling af kvalitet og sammenhæng**

© Sundhedsstyrelsen, 2013. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: sundhedsvæsen, patient, borger, borgernære sundhedstilbud, forebyggelse, almen praksis

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 20.11.2013

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2013.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-590-1

Indhold

1	Et sundhedsvæsen i bevægelse	4
2	De borgernære sundhedstilbud	5
3	Sundhedsstyrelsens pejlemærker	7
4	Borgerens viden og behov er inddraget	8
5	Den sundhedsfaglige kvalitet er i top	10
6	Det er sikkert at være patient	12
7	Der er organisatorisk sammenhæng	14
8	Praksisområdet arbejder integreret	16
9	Forebyggelse prioriteres	18
10	Aktivitet og kvalitet monitoreres	20
11	Nye teknologier anvendes	21
12	Begrebsoversigt	22

1 Et sundhedsvæsen i bevægelse

Sundhedsstyrelsen vil med dette dokument give et nationalt perspektiv på og en række pejlemærker for udviklingen af de borgernære sundhedstilbud. Det skal ses som et bidrag til at give retning på udviklingen med fokus på kvalitet, sammenhæng og effektiv ressourceudnyttelse.

Der sker i disse år en markant udvikling af sundhedsvæsenet – ikke bare i Danmark, men i hele den vestlige verden. Overalt udvikles borgernære sundhedstilbud til at håndtere de store udfordringer, som forventes i de kommende år – med flere ældre og flere borgere med kronisk sygdom og nedsat funktionsevne.

Med kommunalreformen i 2007 blev der i Danmark flyttet opgaver fra sygehusene til kommunerne, og der følges i denne tid op med evalueringer. I dag varetager kommunerne og praksisområdet således flere og ofte mere komplekse sundhedsaktiviteter end tidligere, og der bliver afprøvet nye modeller og nye former for tilbud, ligesom der er sat fokus på behovet for mere tværkommunalt samarbejde.

Sygehusene bliver færre og mere specialiserede, og indlæggelserne bliver stadig kortere. Der bliver længere afstande mellem sygehuse med akutfunktioner, hvilket modsvares af en opgradering af det præhospitale beredskab, så der kan iværksættes behandling allerede i borgerens eget hjem.

Alle aktører videreudvikler egne tilbud, og nye metoder til kvalitetssikring tages i brug. Også nye teknologier giver nye muligheder i forhold til borgerne og kommunikationen mellem aktørerne.

Borgerne har forskellige behov og stiller i stigende grad krav til de ydelser, som de modtager. Patienter involveres ligeledes i større udstrækning end tidligere i deres egen behandling. Udbredelse af egen- og hjemmebehandling – eventuelt understøttet af telemedicin – vil i de kommende år skynde på udviklingen af samarbejdet mellem patient og sundhedsvæsen.

Borgerne har en særlig viden om, hvordan de håndterer sundhed og sygdom i deres hverdag og i mødet med forskellige aktører. Det er afgørende, at denne viden inddrages i udviklingen af tilbuddene på alle niveauer. Herved understøttes kvaliteten i de borgernære sundhedstilbud.

KL og Danske Regioner udgav i 2012 hvert deres udspil om de fremtidige borgernære sundhedstilbud, som begge er vigtige bidrag til at sikre den fortsatte udvikling. I forsommeren 2013 udkom regeringens sundhedspolitiske udspil 'Mere borger, mindre patient – et stærkt fælles sundhedsvæsen' med en række visioner for udviklingen af hele sundhedsvæsenet.

I forlængelse af dette kan Sundhedsstyrelsen bidrage til det nationale perspektiv på de overordnede rammer.

2 De borgernære sundhedstilbud

De borgernære sundhedstilbud er karakteriseret ved:

- Sundhedsaktiviteter tæt på borgerens hverdagsliv - ofte i sammenhæng med aktiviteter inden for andre områder end sundhedsområdet, herunder særligt social-, undervisnings-, beskæftigelses- og fritidsområdet
- Sundhedsaktiviteterne tager afsæt i og koordineres i forhold til borgerens livssituation
- Sundhedsaktiviteterne omfatter både sundhedsfremme og forebyggelse, tidlig opsporing, udredning, behandling, pleje, genoptræning/rehabilitering og palliation
- Der er mange aktører involveret, herunder både kommunerne, praksisområdet, sygehusene og private aktører samt brugerorganisationer og andre frivillige organisationer

De borgernære sundhedstilbud leverer sundhedsaktiviteter tæt på borgerens hverdagsliv – ofte i sammenhæng med aktiviteter fra andre forvaltningsområder end sundhedsområdet. Netop samarbejdet på tværs af fx sundheds-, social-, beskæftigelses-, undervisnings- og fritidsområdet giver særlige muligheder for at udvikle og sikre integrerede, sammenhængende forløb med udgangspunkt i borgerens perspektiv. Der bør være fokus på at øge social lighed i sundhed ved at understøtte borgere med behov for særligt tilrettelagte tilbud.

De borgernære sundhedstilbud skal være særligt gode til at håndtere almene, dvs. hyppige og/eller mindre komplekse sundhedsmæssige tilstande hos borgerne. Udviklingen går dog i retning af, at de borgernære sundhedstilbud også skal kunne varetage mere specialiserede sundhedsaktiviteter inden for både pleje, rehabilitering og palliation samt behandling. Fra flere sider peges på behovet for graduerede tilbud/specialiseringsniveauer og behovet for samarbejde på tværs af kommuner og sektorer for at sikre det fornødne patientgrundlag til at udvikle og vedligeholde kompetencer i forhold til sjældne og mere komplekse tilstande.

Sundhedsaktiviteterne i de borgernære sundhedstilbud skal tilrettelægges, så de medvirker til at sikre borgeren det bedst mulige helbred og funktionsevne. Indsatsen bør derfor være proaktiv og ved behov derfor, bør der kunne iværksættes indsatser med kort varsel, herunder mulighed for (midlertidige) døgnindsatser.

Aktørerne



De borgernære sundhedstilbud leveres af mange forskellige aktører, som har forskellige ansvarsområder og forskellige incitamenter til at løse opgaven. Nogle tilbud er forankret direkte i kommunerne eller i regionerne, mens andre er private, som oftest med overenskomst eller leverandøraftale med kommunen, regionen eller staten.

Derudover leverer brugerorganisationerne (patient- og handicaporganisationer) og andre frivillige organisationer en række sundhedstilbud, og i nogle tilfælde er der indgået egentlige partnerskaber. Billedet er nuanceret, og der er således behov for en afstemt udvikling. I alle tilfælde er det centralt, at borgeren, patienten og de pårørendes viden og visioner inddrages, så sundhedsaktiviteterne bliver tidssvarende og effektive.

3 Sundhedsstyrelsens pejlemærker

Sundhedsstyrelsen ønsker med dette dokument at give et nationalt perspektiv på, og en række pejlemærker for, udviklingen af de borgernære sundhedstilbud. Dokumentet tager afsæt i otte temaer, der er centrale for de kommende års udvikling af de borgernære sundhedstilbud med fokus på kvalitet og sammenhæng.

Temaerne er:

- Borgerens viden og behov er inddraget
- Den sundhedsfaglige kvalitet er i top
- Det er sikkert at være patient
- Der er organisatorisk sammenhæng
- Praksisområdet arbejder integreret
- Forebyggelse prioriteres
- Aktivitet og kvalitet monitoreres
- Nye teknologier anvendes

Dokumentet tager afsæt i borgerens perspektiv og udfordringerne, som befolkningens sundhedstilstand udgør. Der er fokus på *individerettede* sundhedsaktiviteter leveret af sundhedsfaglige personer, sundhedsvæsenet. Det bemærkes, at den *strukturelle forebyggelse* og indsatsen for *sunde rammer* ligger udover de borgernære sundhedstilbud og ikke er beskrevet her. De mange sundhedsrettede tilbud leveret af private aktører og frivillige organisationer er heller ikke beskrevet, men det er vigtigt at sammentænke og inddrage disse aktiviteter i den samlede planlægning.

Efter Sundhedsstyrelsens opfattelse er alle aktører vigtige for at skabe den fornødne kvalitet og sammenhæng i tilbuddene.

Læsevejledning

I de kommende afsnit uddybes de otte temaer med beskrivelse af status og udfordringer samt pejlemærker.

Sidst i dokumentet findes en begrebsoversigt. I dokumentet anvendes primært begrebet "borger" og i nogle sammenhænge "patient", hvor denne betegnelse er mest meningsfuld. Aktørerne i de borgernære sundhedstilbud omtaler imidlertid målgruppen forskelligt. Udover "borgere" og "patienter", anvendes begreber som "klienter", "brugere", "beboere" eller "kunder".

I dokumentet anvendes derudover begrebet "sundhedsaktiviteter"¹ som en samlet betegnelse for "ydelser" og "indsatser" inden for sundhedsområdet, og i nogen grad også for konkrete betegnelser som "behandling", "træning", "pleje" mv.

¹En sundhedsrelateret aktivitet, der er rettet mod én patient (Det nationale begrebsarbejde for sundhedsvæsenet)

4 Borgerens viden og behov er inddraget

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Borgernes ønsker og præferencer er inddraget i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud med henblik på at fremme lighed, sammenhæng og fleksibilitet
- Borgeren er involveret i egen sundhed og inddraget i eget sygdomsforløb
- Indsatsen er tilrettelagt i overensstemmelse med borgerens livssituation, ønsker og behov
- Borgerens hjem og privatliv er respekteret i takt med at flere sundhedsaktiviteter flytter tættere på borgerens hverdagsliv
- Pårørende er inddraget - hvis muligt - som ressource i sygdomsforløb og ydes støtte ved behov herfor
- Borgernes ønsker og præferencer er inddraget i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud

Status og udfordringer

Borgernes/patienternes perspektiv bidrager med afgørende viden om deres livssituation og deres ressourcer, håb og behov. Ligeledes giver borgernes viden mulighed for at få indblik i, hvordan de håndterer og lever med sundhed og sygdom, samt hvordan de kan og ønsker at bidrage til deres sundhed. Denne viden adskiller sig ofte fra den viden, som sundhedspersoner og sundhedsplanlæggere har.

Forskning viser, at borgernes/patienternes livskvalitet og motivation øges ved involvering. Samtidig viser undersøgelser, at deres perspektiv ikke inddrages i den udstrækning, som det er muligt og nødvendigt. Derfor er det en central udfordring i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud at inddrage borgernes perspektiv systematisk, så deres viden er i dynamisk samspil med de øvrige aktører på sundhedsområdet.

Grænserne forskyder sig hastigt i disse år mellem ansvarsområder, som sundhedsvæsenet traditionelt varetager og de aktiviteter, som borgeren og pårørende forventes at varetage, når det gælder sundhed og sygdom. Ligeledes flyttes grænserne for, hvor i sundhedsvæsenet sundhedsindsatser ydes. I den forbindelse bliver borgerens hjem og hverdagsliv i høj grad også arena for sundhedsfaglige aktiviteter.

Forebyggelsestiltag, telemedicinske løsninger, patientuddannelse, egenbehandling og brugerstyrede behandlinger er eksempler på disse forandringer i retning af borgerens ansvarsområde og dennes hverdagsliv og hjem.

Aktørerne på sundhedsområdet bør derfor vedvarende og systematisk fokusere på, hvad disse forandringer betyder for samarbejdet med borgeren. I den forbindelse bør det fremmes og sikres, at borgerne har den nødvendige viden og de nødvendige

kompetencer til aktivt at deltage i egen sundhed og sygdom, samt at borgeren ydes den nødvendige støtte og omsorg ved behov for det.

Borgernes livsvilkår og ressourcer er forskellige. Der er derfor behov for at fremme social lighed i sundhed. I det nationale arbejde er der ofte fokus på systemløsninger, generiske modeller, diagnoser og mere generelle anbefalinger, der vanskeligt rummer det individuelle livs- og hverdagsperspektiv.

Der er derfor behov for at udvikle tværfaglige og tværsektorielle systemer og modeller, der systematisk rummer mulighed for at inddrage og afstemme aktiviteter, som tilpasses den enkelte. Hermed kan udvikles fleksible, sammenhængende og tidssvarende aktiviteter i samarbejde med borgerne.

Pårørende er ofte de største ressourcepersoner under sygdomsforløb. Men pårørende kan selv være udsatte på grund af den belastning, som alvorlig sygdom kan være i hverdagslivet. Pårørendes ressourcer og særskilte behov bør derfor afklares og integreres systematisk i udviklingen af de borgernære sundhedstilbud.

5 Den sundhedsfaglige kvalitet er i top

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Der er ensartet høj kvalitet af de borgernære sundhedstilbud i hele landet
- De borgernære sundhedstilbud og behandlingstilbuddene på sygehusene i lokalområdet komplementerer hinanden med hver deres styrker
- Borgernes perspektiv inddrages systematisk i udviklingen af kvalitet
- Der arbejdes med forskellige graduerede sundhedstilbud/specialiserings-niveauer
- Der er let adgang for sundhedspersoner til faglig rådgivning i andre dele af sundhedsvæsenet
- Der arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling og evidensbaseret praksis ud fra ensartede faglige standarder

Status og udfordringer

Der arbejdes i hele landet med at tilpasse strukturer, processer, opgaver, kompetencer og ressourcer i kommuner, regioner, og på praksisområdet til de kommende årtiers demografiske udfordringer. Det er en langsigtet omstilling, hvor ikke alle konkrete løsninger er fastlagt på forhånd men skabes undervejs.

Specifikt i forhold til kvaliteten er det en afgørende forudsætning, at der tilvejebringes og udvikles de fornødne kompetencer, metoder og arbejdsgange. For nogle sundhedsaktiviteters vedkommende kræver det også en vis hyppighed og volumen samt faglige miljøer for at kunne sikre kvalitet.

Kvaliteten af de enkelte sundhedsaktiviteter kan sjældent ses isoleret, men afhænger af sammenhængen, den indgår i – dvs. timingen og rækkefølgen i forhold til patientens behov og de øvrige sundhedsaktiviteter i patientforløb.

Flere strukturelle tiltag er taget med henblik på at understøtte kvaliteten af sundhedsaktiviteterne. Kommuner, praksisområdet og regioner udbygger sundhedstilbud i og omkring borgernes hjem sammentænkt med eksisterende sundhedstilbud og civilsamfundet.

Kommunerne etablerer eksempelvis intermediære pladser til modtagelse af patienter efter sygehusbehandling og som alternativ til sygehusindlæggelse, generel og sygdomsspecifik patientuddannelse samt understøttelse af egen-/hjemmebehandling mv.

På praksisområdet går udviklingen i retning af større lægepraksis'er, hvor læger og praksispersonale kan supplere hinanden med forskellige faglige interesseområder, samt udvidet præhospital indsats og understøttelse af egen-/hjemmebehandling.

I flere regioner arbejdes med at skabe lettere adgang til ambulant udredning med inddragelse af flere specialer - eventuelt samlet i diagnostiske centre - samt udgående funktioner til understøttelse af egen-/hjemmebehandling.

Der er en generel forventning om, at kvaliteten af sundhedsaktiviteterne er ensartet på tværs af landet. Det kan imidlertid være en udfordring, særligt da omstillingen af de borgernære sundhedstilbud og sygehusvæsenet pågår løbende, og da ikke alle aktører bevæger sig i samme takt på alle områder, men prøver sig frem.

Både hvad angår sundhedsaktiviteter og sundhedsuddannelser er der behov for med mellemrum at gøre status, vurdere, hvad der er behov for, hvad der virker og på den baggrund standardisere tilbuddene og eventuelt udvikle nye.

Sundhedsuddannelser, videreuddannelse og efteruddannelse medvirker til opretholdelsen af et højt fagligt niveau hos de forskellige aktører på sundhedsområdet. Udviklingen af relevante, tidssvarende, pædagogiske og kvalitetssikrede uddannelser på alle niveauer i sundhedsvæsenet skal sikre, at der kan leveres behandlingstilbud - herunder borgernære sundhedstilbud - af høj kvalitet.

Patientuddannelse, hvor patienterne tilegner sig færdigheder og kompetencer, der gør dem i stand til at håndtere deres sygdom, tilbydes hyppigere og er navnlig aktuel til personer med kroniske sygdomme. På alle niveauer og blandt alle aktører udbydes uddannelsestilbud.

Konkrete værktøjer til kvalitetssikring omfatter stadigt flere borgernære sundhedstilbud; det gælder fx Den Danske Kvalitetsmodel og it-værktøjer til tværfaglig og sektoriel kommunikation, herunder datafangst i almen praksis, det fælles medicin-kort samt borger/patientrettede internetportaler.

Det er endnu ikke hovedreglen, at der arbejdes systematisk med kvalitetsudvikling baseret på evidens, men flere nationale og lokale initiativer trækker i den retning. På samme måde er det en udfordring systematisk at inddrage brugernes perspektiv med henblik på at udvikle kvaliteten af aktiviteterne.

6 Det er sikkert at være patient

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Der arbejdes systematisk med patientsikkerhed i de borgernære sundhedstilbud
- Patienternes viden er inddraget med henblik på at kvalificere sikkerheden
- Medarbejdere og ledelser har de fornødne kompetencer og er tilstrækkeligt vejledt og instrueret til, at de kan gennemføre pleje og behandling på forsvarlig vis, herunder også medicinhandling
- Der er en entydig ansvarsplacering ved delegation
- Der sikres opfølgning og læring af utilsigtede hændelser

Status og udfordringer

De borgernære sundhedstilbud skal i stigende grad varetage behandling og omsorg for udsatte borgere/patienter med komplicerede og ofte sammensatte sundhedsproblemer. Derudover bliver patienterne generelt udskrevet tidligere efter indlæggelse. Det øger kravene til indsatsen inden for pleje-, rehabilitering og palliation i de borgernære sundhedstilbud.

Både på praksisområdet og på det kommunale område skal patientsikkerheden sikres. Systematisk læring af utilsigtede hændelser indgår i indsatsen, og tilsyn med private behandlingssteder er med til at sikre den faglige standard på det private praksisområde.

På det kommunale område er det en udfordring at sikre, at medarbejderne har de fornødne kompetencer til at gennemføre den nødvendige pleje og behandling, herunder i særlig grad medicinering. I forbindelse hermed er det en udfordring, at det i høj grad er andre faggrupper end sundhedsfagligt personale, der varetager meget af borger-/patientkontakten.

Der er behov for, at ledelserne på de forskellige pleje- og sundhedstilbud er bevidste om deres ansvar i forhold til de sundhedsfaglige opgaver, der foregår på institutioner og botilbud. Ligeledes at det sundhedsfaglige samarbejde mellem aktørerne på området understøttes, herunder særligt samarbejdet mellem beboernes læger og personale på botilbuddet.

Den stigende udbredelse af egen- og hjemmebehandling, eventuelt understøttet af telemedicin, stiller høje krav til patientsikkerhed, herunder ansvarsplacering. Det drejer sig om diagnostik, afklaring af hvem der skal agere hvornår, dokumentation af patientens behandling og sikring af patientrettigheder.

I sektorovergangene, også mellem forvaltninger, er der særligt behov for at have fokus på patientsikkerhed og patientrettigheder. Derudover er der behov for fokus på patientsikkerheden, når sundhedsaktiviteterne bliver en integreret del af indsatsen på andre forvaltningsområder, fx social- og beskæftigelsesområdet. Her er der

en særlig udfordring i at sikre, at de patientrettigheder, som borgeren har i kraft af sundhedsloven, formidles til borgeren, og at de overholdes.

På alle niveauer er der behov for systematisk at indtænke, hvordan borgerne kan bidrage med viden til udvikling af patientsikkerhed. Ligeledes må borgerne sikres viden om, hvor de kan få informationer om sikkerhed og klagemuligheder.

7 Der er organisatorisk sammenhæng

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Der sker en integreret, koordineret planlægning af tilbuddene, herunder af arbejdsdeling og samarbejdsflader, hvor det er relevant
- Sundhedsaftaler, sundhedsplaner, forløbsprogrammer m.m. er i fortsat udvikling, således at de understøtter udviklingen af de borgernære sundhedstilbud
- Der er gensidig respekt for aktørernes forskellige faglige styrker
- Borgernes viden er inddraget systematisk
- Der er klare og ensartede måder at kommunikere på omkring sundhedsaktiviteter på tværs af faggrupper og sektorer

Status og udfordringer

Fra alle sider arbejdes der på at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet, herunder også mellem de borgernære sundhedstilbud. Samtidig arbejdes der på, at de rette tilbud leveres på rette tid og sted, herunder at sundhedsaktiviteterne ikke leveres på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt.

Sammenhæng kræver samarbejde på alle niveauer – også med borgeren. Der er behov for, at de centrale aktører tænker sammen, nyt og på tværs for at understøtte udviklingen og kvaliteten i de borgernære sundhedstilbud. Derudover er der behov for, at der etableres samarbejde mellem de konkrete aktører både på tværs af sektorer, inden for den enkelte sektor og inden for de enkelte tilbud. Udfordringen er, at borgeren skal opleve sammenhæng i tilbuddene, og at tilbuddene skal være afstemt i forhold til borgernes livssituation.

En kendt udfordring for kvaliteten i sammenhængende patientforløb er overgange mellem organisationer og mellem sektorer. Til at imødegå denne udfordring er der i de senere år arbejdet med fx sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og it-standarder/-værktøjer. Derudover er der arbejdet med telemedicin til at understøtte egen-/hjemme-behandling. Der udvikles og afprøves også systemer – stratificeringsmodeller – til at få større viden om patientgrupper og de ydede sundhedsaktiviteter og graduerede tilbud.

En anden central udfordring er kommunikationen mellem aktører, fagpersoner og borgere. Sproget udvikles konstant i takt med ny viden om sundhed, sygdom og behandlingsmuligheder. Derudover påvirkes kommunikationen af nye velfærdsteknologier, demografiske forandringer og kulturelle nybrud. De forskellige aktørers historik og traditioner har indflydelse på, hvordan der arbejdes med sundhed. På en del områder er der derudover lovgivning, reformer og forskellige aftalesystemer, der fastsætter rammer for, at aktørerne kan tale samme sprog i planlægningen af sundhedsaktiviteter.

Der er behov for, at der på flere områder bliver overensstemmelse i, hvordan begreber og terminologi benyttes, således at det kan bidrage til fælles forståelse og klar kommunikation på tværs af faggrupper og sektorer.

Sundhedsaftalerne har medvirket til at understøtte og udvikle det tværsektorielle samarbejde. I ”Evaluerings af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering, Sundhedsstyrelsen, december 2011” peges på, at udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen bør være i fokus ved den fremtidige udvikling af aftalerne. Derudover kan der hensigtsmæssigt skabes større sammenhæng mellem sundhedsaftalerne og regionernes sundhedsplaner, praksisplaner, psykiatriplaner m.m.

Der introduceres løbende nye samarbejdsaftaler og –modeller både på tværs af sektorer, inden for den enkelte sektor og mellem faggrupper. De tværsektorielle samarbejdsprojekter er ofte udarbejdet i regi af sundhedsaftalerne. I kommunerne udvikles der nye samarbejdsmodeller på tværs af de enkelte forvaltningsområder og ofte indtænkes indsatser fra både almen praksis og sygehusene. Derudover er der eksempler på tværkommunalt samarbejde med henblik på at sikre det fornødne patientunderlag til mere ressourcekrævende opgaver.

I udlandet arbejdes der flere steder med udvikling af egentlige integrerede tværsektorielle tilbud, dvs. tilbud med fælles ledelse men en opgaveportefølje, der involverer flere sektors medarbejdere. I Danmark ses dette i begrænset omfang, og der er behov for at udvikle dette område i de kommende år. Etableringen af sundhedshuse, hvor forskellige aktører er samlet på samme matrikel, kan være starten på dette.

8 Praksisområdet arbejder integreret

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Praksissektoren er integreret i det tværsektorielle samarbejde, herunder med både kommunerne og sygehusene
- Almen praksis har en forpligtende rolle i sundhedsaftalerne
- Almen praksis påtager sig den proaktive tovholderrolle i forhold til patienter med kronisk sygdom
- Der er fokus på udvikling af de enkelte praksisenheder

Status og udfordringer

Praksisområdet udgør en stor og vigtig del af de borgernære sundhedstilbud. Særligt almen praksis tillægges en central rolle i de samlede patientforløb, men også de øvrige faggrupper - speciallægerne, tandplejerne/tandlægerne, fysioterapeuterne, kiropraktorerne, fodterapeuterne og psykologerne – er vigtige aktører.

Området består af mange små selvstændige virksomheder, som alle arbejder ud fra en overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). For mange af dem er indtægten fra det offentlige imidlertid kun en del af den samlede omsætning, og langt de fleste tilbyder også ydelser med egenfinansiering eller finansiering via sundhedsforsikringer mv., ligesom der på nogle områder er egentlig egenbetaling.

Der er behov for en langsigtet plan for, hvordan de enkelte praksisområder kan indgå i det fremtidige sundhedsvæsen, herunder hvilke opgaver de skal løse, og hvordan de indgår som en forpligtet del af et sammenhængende sundhedsvæsen.

Der er i dag store regionale forskelle på de opgaver, som praksisområdet løser, og særligt på speciallægeområdet er der også stor forskel på antallet af speciallæger i de enkelte regioner. Der er således behov for, at praksisområdet kan indpasses i en samlet sundhedsplan, som har fokus på bedre kvalitet og sammenhæng i tilbudene. I den forbindelse kan det være relevant at give mulighed for mere geografisk differentierede tilbud, så praksissektoren og sygehussektoren kan komplementere hinanden. I områder med langt til sygehusene kan det således være relevant at udvikle praksissektoren til at varetage nogle af de opgaver, som andre steder varetages i sygehusregi.

Regionerne udarbejder praksisplaner som en del af deres sundhedsplaner. Disse beskriver generelt status, men sjældent større planer for udviklingen i fremtiden. Der er derfor behov for større fokus på sammenhængen mellem praksisplanerne og den samlede sundhedsplan i regionen.

Almen praksis har en central rolle som borgernes indgang til sundhedsvæsenet, og mange af sundhedsvæsenets interessenter har da også fokus på, hvilke opgaver almen praksis skal varetage fremover.

Der er derfor behov for en faglig og brugerorienteret vurdering af, hvordan almen praksis kan udvikles. I den forbindelse vil det være centralt i højere grad at inddrage viden om borgernes og patienternes behov og visioner. Der er behov for, at almen praksis udvikles mere brugervenligt og således, at der fortsat er sikkerhed for høj faglighed og relevans i aktiviteterne.

9 Forebyggelse prioriteres

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Forebyggelse er integreret i de borgernære sundhedstilbud
- Alle borgere med behov herfor tilbydes en sammenhængende forebyggelsesindsats af høj kvalitet
- Alle borgere og aktører har kendskab til forebyggelsestilbud i deres lokalområde
- Der er særligt fokus på at nå borgere med stort behov for en forebyggende indsats (fx borgere med kortere uddannelser)
- Forebyggelsesindsatsen tilrettelægges i overensstemmelse med borgerens livssituation, behov og ressourcer

Status og udfordringer

Alle aktører i de borgernære sundhedstilbud spiller en rolle for den forebyggende indsats. Kommunen skal skabe sunde rammer og forebyggende tilbud til borgerne, mens almen praksis og til dels sygehusene skal opspore, rådgive, henvise mv. Men også private aktører, NGO'er og frivillige foreninger har forebyggelsestilbud, borgerne kan benytte sig af. Det er derfor vigtigt, at alle aktører er opmærksomme på at udnytte forebyggelsespotentialer i relevante borger- og patientkontakter og i det indbyrdes tværsektorielle samarbejde.

Kvaliteten af forebyggelsesindsatsen er støt stigende, og særligt i kommunerne er der sket et kvalitetsløft. Alle kommuner er i gang med implementeringen af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, og meget tyder på, at det på sigt vil give endnu flere forebyggelsestiltag af høj kvalitet. I forhold til almen praksis fylder det forebyggende arbejde mere og mere, men forebyggelsesindsatsen kan stadig styrkes. Det gælder især forebyggelse for borgere med kronisk sygdom, borgere med behov for genoptræning og rehabilitering og borgere med psykisk sygdom. For disse grupper er et godt samarbejde på tværs af kommunen, praksissektoren og sygehusene altafgørende for kvaliteten af indsatsen.

Der gøres allerede meget for at udbrede kendskabet til, hvilke tilbud, der eksisterer for den enkelte borger, og hvor man kan henvende sig for at få hjælp. Det er nødvendigt at arbejde målgruppeorienteret og gøre en ekstra indsats for at sprede kendskabet til borgere med kortere uddannelser. En af de største udfordringer i forebyggelsesindsatsen er at bremse den voksende sociale ulighed i sundhed ved at nå de borgere, der har størst behov og sikre sunde rammer og tilbud til alle, uanset den enkelte borgers ressourcer. Dette gælder i særdeleshed i forhold til rygning og alkohol, som bidrager mest til den sociale ulighed i sundhed. Denne problematik kan ikke løses gennem individuelle forebyggelsestilbud alene, men kræver i højere grad rammesættende indsatser som fx røgfrie miljøer og ansvarlig udskænkning.

Mange forebyggelsestilbud er organiseret som tidsbegrænsede projekter, hvilket fx besværliggør henvisninger fra almen praksis, som har borgere fra mange forskellige kommuner og derfor skal holde sig løbende opdaterede på en række kommuners

forebyggelsestilbud. Der findes oversigter over kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud på Sundhed.dk (SOFT) og henvisningsmuligheder via MedCom for nemt at henvise borgere til relevante, lokale forebyggelsestilbud, men mulighederne kan stadig udvikles og kendskabet øges.

Forebyggelsesindsatsen skal tilrettelægges i overensstemmelse med borgernes livssituation, behov og ressourcer, og borgerperspektivet skal indgå som fast element af udviklingen.

Det er en stående udfordring at monitorere forebyggelsesindsatsen både lokalt og nationalt. Befolkningens sundhed monitoreres gennem Den Nationale Sundhedsprofil, som udgives hvert 4. år. Sundhedsprofilen kan give en pejling af, hvor forebyggelsesindsatsen i særlig grad er lykkedes, men der kan ikke sættes direkte lighedstegn mellem effekten af de enkelte forebyggelsestilbud og målingen af borgernes sundhedstilstand på befolkningsniveau. Det vil kræve udvikling af mere sensitive og specifikke målemetoder.

10 Aktivitet og kvalitet monitoreres

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Der identificeres og monitoreres aktivitet og kvalitet i de tre sektorer i forhold til én og samme patientgruppe
- Der monitoreres patientforløb inden for og på tværs af sektorer som grundlag for kvalitetsudvikling
- Klassifikationer er implementeret

Status og udfordringer

Der er en udvikling i gang i forhold til monitorering af aktivitet og kvalitet, hvor rationaler og metoder fra det regionale sundhedsvæsen i stigende grad søges overført til kommuner og praksisområdet.

Udviklingen afvejes dog løbende med omkostningerne knyttet til dataregistreringer og -behandling samt kompetenceopbygning. Desuden er der en naturlig rækkefølge i, at sundhedsaktiviteter og -tilbud etableres og udbredes, før end det er muligt at opbygge en systematisk, ensartet registrering. Monitoreringen kan dog bruges til at udvikle og kvalitetssikre de borgernære sundhedstilbud, hvorfor efterslæbet ikke bør være for stort. Samlet set er der på landsplan fortsat en del udfordringer.

Som grundlag for en ensartet monitorering er der udviklet internationale og nationale klassifikationer, terminologi og fælles koder. Det gælder eksempelvis International Classification of Diseases (ICD-10), International Classification of Primary Health Care (ICPC-2) og International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De to første er implementeret, mens ICF kun er implementeret i mindre grad. Imidlertid kræver udviklingen af monitoreringen af borgernære sundhedstilbud, at klassifikationer, terminologi og koder fortsat udvikles og implementeres.

Der er begrænset adgang til kommunale sundheds- og omsorgsdata uden for kommunen, herunder på landsplan. Begrænsningen gælder i endnu højere grad adgangen til kommunale data fra beslægtede forvaltningsområder såsom social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Der er heller ikke adgang til landsdækkende data fra praksisområderne udover almen praksis (psykologer, fysioterapeuter mv.), om end sygesikringsregistret omfatter data til afregningsbrug. De er dog generelt uspecifikke uden at præcisere aktivitetens indhold eller resultatet.

Ligeledes bør patientoplevede mål systematisk inddrages i monitorering.

I lyset af ovenstående er det mange steder i landet vanskeligt at få et samlet overblik over én population/patientgruppe inden for et regionalt område på baggrund af kontakter i enten region, kommune eller praksisområde. Dette er forudsætningen for monitorering af tværsektorielle tiltag som fx forløbsprogrammer og sundhedsaftaler som grundlag for fælles stratificering.

11 Nye teknologier anvendes

Sundhedsstyrelsens pejlemærker er, at:

- Telemedicinsk understøttet (egen-)behandling og rehabilitering i hjemmet er en udbredt mulighed
- Behandlingen forstås af såvel sundhedspersoner som patienten selv afhængigt af situationen for at opnå høj faglig og patientoplevet kvalitet samt effektivitet
- Landsdækkende indholdsmæssige og tekniske standarder for telemedicin anvendes

Status og udfordringer

Nye teknologiske muligheder har forstærket udviklingen af borgernære sundhedstilbud, og der er et betydeligt potentiale for yderligere anvendelse. Særligt it- og mobilteknologien har i de senere år gjort kommunikationen indbyrdes mellem sundhedspersoner samt mellem sundhedspersoner og borgere lettere, mere fleksibel og sikker. Det åbner muligheder for at tilrettelægge og levere sundhedstilbuddene bedre og/eller billigere ved, at flere sundhedsaktiviteter kan varetages udenfor sygehus. Eksempelvis med telemedicinsk understøttet egen-/hjemmebehandling, hvor særligt borgere med kroniske sygdomme kan indtage en mere aktiv rolle end tidligere.

Der har hidtil været en generel udfordring med at udbrede teknologier og faglige praksisser bredt, efter at de har vist sig nyttige. Det skyldes blandt andet, at når først investeringerne i teknologierne og organisationsændringerne er gjort, er interessen for at omlægge igen begrænset. Derved er der en tendens til en uensartet praksis på tværs af landet og ulemper, der følger heraf.

Nye telemedicinske løsninger skaber nye relationer og kontaktformer mellem patienter og sundhedspersoner, og har derudover indflydelse på, hvordan patienterne selv mærker og registrerer symptomer. Disse ændringer er centrale at følge i forhold til, hvorvidt de telemedicinske løsninger skaber de ønskede resultater for såvel patienter som sundhedsvæsenet.

12 Begrebsoversigt

Nedenfor er listet begreber i forhold til de borgernære sundhedstilbud, som de er defineret i Det nationale begrebsarbejde for sundhedsvæsenet (NBS) og fra Forum for Videnmodellering i Offentligt Regi (FORVIR) m.fl.

Begreber i forhold til borgernære sundhedstilbud

- **Borger**
Person, der er indbygger i en kommune, region eller stat (FORVIR)
- **Borgernært sundhedstilbud**
Sundhedsaktivitet, der foregår tæt på borgerens hverdagsliv (Sundhedsstyrelsen)
- **Patient**
En sundhedsaktør, der er genstand for en sundhedsaktivitet (NBS)
I visse sammenhænge er dette begreb bedre symboliseret ved termerne "beboer", "borger", "bruger" eller "klient". Dette vil typisk være tilfældet, når sundhedstilstanden ikke er sygdom
- **Praksisområdet**
Sundhedsfaglige personer, der praktiserer og yder behandling efter en fælles overenskomst med det offentlige (Sundhedsstyrelsen)
Omfatter alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, tandplejere, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer
- **Sundhedsaktivitet**
Sundhedsrelateret aktivitet, der er rettet mod én patient (NBS)
*I dokumentationssammenhæng omfatter en aktivitet også sin dokumentation. Dokumentation er derfor ikke en selvstændig sundhedsaktivitet.
En sundhedsaktivitet kan bestå af flere sundhedsaktiviteter, fx kan en operation bestå af flere procedurer, ligesom én sundhedsaktivitet kan være en del af flere/ andre sundhedsaktiviteter*
- **Sundhedsaktør**
Aktør, der deltager i sundhedsrelateret aktivitet (NBS)
- **Sundhedsfaglig person**
Sundhedsaktør, der har en sundhedsfaglig uddannelse (NBS)
- **Sundhedsperson**
Sundhedsaktør, der er autoriseret i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, samt personer der handler på disses ansvar (NBS)
- **Sundhedsprofessionel**
Sundhedsproducent, der beslutter og udfører sundhedsaktiviteter i kraft af sit tilhørsforhold til en sundhedsproducerende enhed (NBS)
- **Sundhedsvæsen**
Ramme for samfundets administrative organisering af sundhedssektoren (NBS)