

Alle skal med

Region Hovedstadens
arbejde med det nære
og sammenhængende
sundhedsvæsen

Juni 2021



Regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen: **6 mål** som styrker indsatsen på egen banehalvdel

Det starter med patienten. Region Hovedstaden har en vision om at drive et sundhedsvæsen, der tilbyder den behandling, som giver mest værdi for patienten. Et menneskeligt sundhedsvæsen, hvor borgere og patienter oplever et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen, hvor flere kan behandles i eller tæt på eget hjem, og vi forebygger indlæggelser og genindlæggelser. Det kræver, at vi arbejder målrettet på at styrke det nære sundhedsvæsen og på at skabe mere sammenhæng i behandlingsforløb. Der er brug for en markant omstilling i måden, vi tilbyder behandling på i det samlede sundhedsvæsen. Alle skal med.

I Region Hovedstaden har vi, med budgetaftalen for 2021, politisk besluttet at sætte retning på regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Vi ser, at der er flere områder, hvor pilen peger på os selv, både når det gælder udfordringer og når der skal findes nye løsninger. Vi vil starte med at se indad og sammen med hospitaler og koncerncentre finde konkrete indsatser, som vi selv kan sætte i gang for at skabe større nærhed og sammenhæng i patientforløb. Vi er den største aktør i sundhedstrekanten. Vi vil tage ansvar for at sikre bedre overgange mellem egen læge, kommune og hospital, og se på hvordan vi kan bidrage til, at vores samarbejdspartnere i kommuner og praksissektor får de bedste betingelser for at give behandling og pleje, når de er i kontakt med borgere.

Værdibaseret sundhed hele vejen

Region Hovedstaden har et overordnet mål om at skabe værdi for patienten og samtidig levere mest mulig sundhed for pengene. Det mål skal bl.a. indfris via en ny model for styring på hospitalerne – værdibaseret sundhed, som sigter mod: Den patientoplevede kvalitet og effekt, Den faglige kvalitet og God ressourceudnyttelse. Disse tre pejlemærker sætter også rammen for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

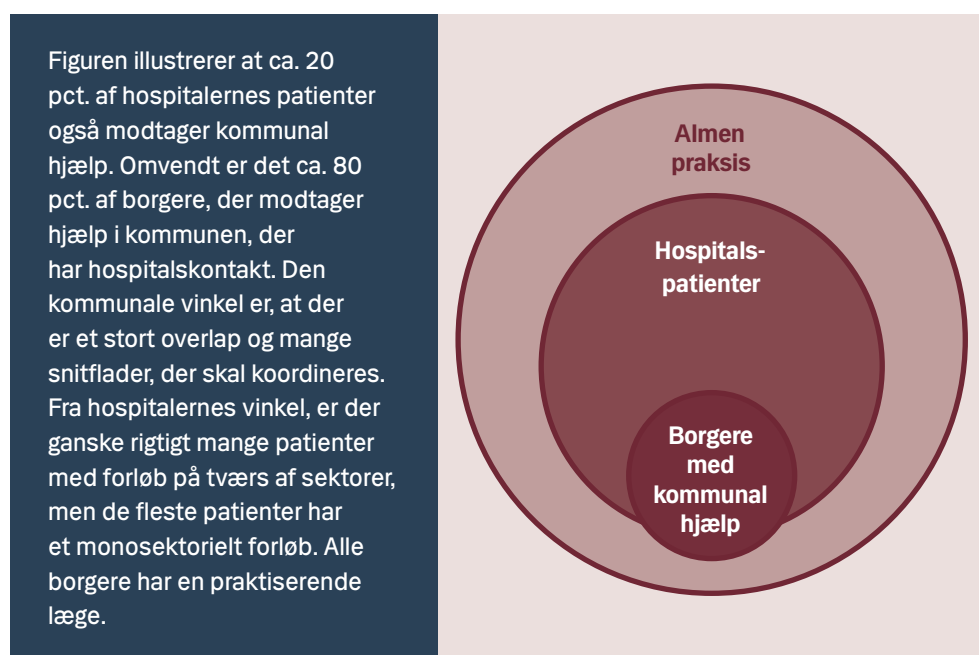
Nye hospitaler

Regionens hospitaler flytter i disse år i nye fysiske rammer med enestuer, akutmodtagelser og logistik, der understøtter nye behandlingsformer og effektive patientforløb. Hospitalerne skal kunne prioritere den højt specialiserede behandling til dem, der har det største behov. Borgere, der kan få gavn af mindre indgribende behandling uden at møde op på hospitalet, skal have den mulighed. Hospitalerne kan bl.a. bruge digitale løsninger til mere målrettede og tidlige indsatser i eller tæt på borgernes hjem. Samtidig skal hospitalerne tage større ansvar og være en stærk medspiller også uden for hospitalsmatriklen ved fx at tage behandlingsansvar eller stille specialistviden til rådighed for kommuner og praksis og dermed bidrage til, at den samlede sundhedsopgave løses på nye måder.

Vi står på et godt fundament af erfaringer med udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal bygge videre på gode erfaringer og et velfungerende tværsektorielt samarbejde med kommuner og praksissektoren. Samarbejdet i regionen står på et godt fundament, bl.a. med sundhedsaftalen, der sætter rammer for parternes ansvar og udvikling af opgaver i de kommende år. Samarbejdet under COVID19 har sat en meget høj barre for, hvad der er muligt, når vi på tværs af region, kommuner og praksissektor arbejder for samme mål og løfter sammen. Samordningsudvalgene har bl.a. arbejdet med signaturprojekter under Sundhedsaftalen, fx IV-hjemmebehandling, aftalen om kommunale akutfunktioner, herunder lægefagligt behandlingsansvar, samt mulighed for kommunal adgang til data i sundhedsplatformen/SP-Link. Dette veletablerede samarbejde skal vi bygge videre på.

Der er behov for, at regionen sammen med kommuner og praksissektoren har et flerårigt politisk fokus på samarbejdet om fælles behandlingsforløb og de udfordringer og indsatser for borgerne, som ingen af os kan løse på egen hånd.



Region Hovedstadens arbejde med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen følger nationale tiltag, regeringens udspil, regulering, overenskomster og økonomiaftaler mv. Det er vigtigt, at vi hele vejen fra idé til handling overvejer, hvordan indsatsen understøtter målene i det nationale kvalitetsprogram – på mål, som vi allerede er enige om på tværs af sundhedsvæsenet.

Udfordringer som vi skal håndtere

Flere ældre borgere, mere komplekse forløb – og flere børnefamilier

Frem mod 2030 bliver der op mod 200.000 flere borgere end i 2018 i Region Hovedstaden. Stigningen ses i alle aldersgrupper, men den største stigning forventes blandt de ældste borgere. I takt med at flere lever længere, får flere kroniske sygdomme og mange lever med mere end en kronisk sygdom. Heraf følger et mere komplekst sygdomsbillede, og mange borgere er oftere i kontakt med sundhedsvæsenet. Flere borgere vil have alvorlige sygdomme, der kræver længerevarende behandling. Ligesom der er flere borgere med samtidige somatiske og psykiatriske problemstillinger. I nogle dele af regionen stiger antallet af børnefamilier og unge mennesker, derfor skal vi også arbejde klogt med forebyggelse og tidligere indsatser til bl.a. sårbare familier og unge.

Patientbehandling og arbejdsgange omlægges løbende. Det betyder gennemsnitligt kortere indlæggelser, at flere behandlinger kan foregå ambulant og at nogle ambulante kontakter kan omlægges til fx virtuelle kontakter. Regionens nye hospitaler understøtter denne omlægning i arbejdsgange og behandlingsformer. Den demografiske udvikling forventes ikke at øge behovet for hospitalssenge, mens antallet af ambulante kontakter alt andet lige formodes at stige.

Nye behandlingsmuligheder og forventninger

Sundhedsvæsenet skal løbende indarbejde nye behandlinger og teknologier, der giver bedre behandlingseffekt og gør det lettere at være patient. Samtidig ønsker mange borgere så vidt muligt at være aktivt part i egen behandling og at blive taget med på råd, når der skal tages beslutninger. Sundhedsvæsenet skal understøtte, at behandling og tilbud tager udgangspunkt i den enkelte patient og målrettes efter hans og hendes behov, livssituation og forudsætninger. Nye behandlingsmuligheder, målretning af indsatserne og borgernes forventninger er både en udfordring og en del af løsningen, hvis vi griber det rigtigt an.

Et presset arbejdsmarked - regionen skal være et godt sted at arbejde

Ændringer i demografi og pres for omstilling gør det afgørende, at Region Hovedstaden har dygtige og engagerede medarbejdere, der kan arbejde ind i patientens samlede forløb og har redskaberne til at bruge hinanden rigtigt. Det kræver målrettede indsatser for rekruttering, uddannelse og fastholdelse. Det er vigtigt at have blik for, at rekrutterings- og kompetenceudfordringer i praksissektor og i kommunerne har betydning for det samlede sundhedsvæsen. Vi skal tage et større ansvar for, at Region Hovedstaden er et godt sted at arbejde, uanset hvor man har sit virke.

Danmarks største region med mange samarbejdspartnere

Region Hovedstaden er Danmarks største region. Vi samarbejder med landets største kommune og med nogle af de mindste. De geografiske områder, patienterne kommer fra (planområderne), er forskellige, hvad angår befolkningstæthed, sociodemografi og de har forskellige forudsætninger for samarbejde. Blandt praktiserende læger er der både enkeltmandspraksis og store lægehuse, ligesom der på tværs af regionen er forskelle i adgang til og mønstre for samarbejde med speciallæger. Regionen bedriver forskning og udvikling på højt internationalt niveau, den samarbejder med forsknings- og uddannelsesinstitutioner, life science virksomheder mv., og den varetager en række højt specialiserede funktioner og behandler borgere fra hele Danmark.

Et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen kan ikke være "one size fits all", men vi ønsker, at alle borgere skal have lige adgang til behandling af høj kvalitet. Derfor har vi brug for nye modeller for samarbejde og opgaveløsning, der kan rumme den variation, der er i regionen. Ellers er risikoen, at vi ikke finder de rigtige løsninger, og at det er laveste fællesnævner, der sætter ambitionsniveauet og tempoet for, hvad vi som region kan tilbyde.

Vi har i regionen en fælles ambition om at skabe værdi for borgerne. Derfor skal vi kunne skalere og implementere løsninger bredt, så der ikke over tid opstår store forskelle i, hvad man som borger kan forvente af tilbud.

Vi har som region tyngde - og en kæmpe trækraft til at lykkes med det, vi sætter os for.

6 mål for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Region Hovedstaden vil udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Regionen giver her bud på, hvor vi på egen banehalvdel kan være med til at skabe et mere menneskeligt sundhedsvæsen og samtidig ruste regionen til at imødegå de kommende års udfordringer. Med det afsæt sætter Region Hovedstaden 6 mål for arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen:

1. Tidligere indsats og mere behandling hjemme, når det giver mening for patienten og er fagligt relevant
2. Mere tryghed før og efter hospitalsbehandling
3. Lighed i sundhed og høj kvalitet i behandlingstilbud for alle
4. Let og sikker adgang til viden: Sundhedsprofessionelle skal have relevante oplysninger i patientforløb og adgang til specialistrådgivning og dialog i hverdagen
5. Flere kompetencer og ny viden om behandling hjemme og om samarbejde på tværs
6. Investeringer i det nære sundhedsvæsen, herunder i ledelse, kapacitet og implementeringskraft

Sådan
skaber vi
værdi for
borgeren:

Mere
behandling
hjemme

Tryghed
før og efter
hospitalsop-
hold

Lighed i
sundhed

Sådan
kommer
vi i mål:

Adgang
til relevant
viden
og sparring

Kompetencer
og ny viden

Investering
og implemen-
teringskraft

Mål 1: Tidligere indsats og mere behandling hjemme, når det giver mening for patienten og er fagligt relevant

Vi skal tilbyde behandling med afsæt i patientens behov og situation

Region Hovedstaden vil arbejde for, at behandling i større grad planlægges med udgangspunkt i den enkelte patients - borgers behov, ønske og livssituation. Ny teknologi og digitale løsninger skal hjælpe med at give et sundhedstilbud, der er mest muligt tilpasset borgernes liv og mindst muligt indgribende.

Med afsæt i kvalitet i behandling, patientsikkerhed og fornuftig brug af ressourcer, skal vi starte en udvikling mod, at vi tilbyder behandling hjemme, når det giver mening for patienten, og når det er fagligt relevant.

Behandling i eller tæt på eget hjem åbner muligheder for mere fleksible behandlingstilbud til borgere i et meget bredt spektrum af målgrupper. Det kan være den ældre medicinske patient med mange diagnoser, hvor ophold på hospitalet er krævende, indgribende og kan opleves utrygt. Det kan være den erhvervsaktive borger med kronisk sygdom, som har brug for, at fx løbende kontroller kan tilbydes under størst mulig hensyntagen til et aktivt liv. Det kan være en borger med psykisk sygdom, der har glæde af et fleksibelt tilbud, hvor kontakten sker hjemme hos borgeren, når det passer bedst. Det kan også være børn, hvor forældrene har ressourcerne til at klare en del af behandlingen, og familien kan slippe for mange transporter eller et langt ophold på hospitalet. Tidligere indsatser og behandling hjemme kan være relevant i hele patientforløbet fra tidlig diagnostik, fortløbende monitorering og tilrettelæggelse af selve behandlingen, og efterbehandling og kontroller, træning mv. Regionen kan også fx med digitale løsninger understøtte, at flere borgere kan mere, når det gælder sundhed, uden at de har brug for hospitalet.

Med COVID19 har rigtig mange borgere fået sundhedsvæsenet i lommen, med sundhedsapps og fx videokontakt til lægen. Mange er helt vant til selv at booke tid til prøvetagning på coronaprover.dk og hente prøvesvar fx på appen MinSundhed. Pandemien har også vist os, hvor hurtigt innovation kan gå, og at fx prøvetagning i nogle situationer kan ske og analyseres på stedet. Hospitalsafdelinger og Akutberedskabet har fået flere erfaringer med virtuelle kontakter, med video og telefon som supplement til fysiske kontroller. Fx blev flere prøver mobile og rykkede hjem til patienten for at skåne for smitterisiko. Pandemien har også vist, at nogen har brug for hjælp og træning i at bruge digitale løsninger, ligesom der er borgere og situationer, hvor det digitale ikke duer.

R rigtig mange borgere kan og vil gerne bruge de nye løsninger. Og regionen kan, bl.a. med Sundhedsplatformen, MinSP og teleambulatorier understøtte, at diagnostiske forløb og behandling tilbydes på nye måder, fx at man som borger kan have mere kontakt på video, kan følge sygdom med løbende målinger eller simpelt selv booke sin tid. Vi skal bruge det momentum, de erfaringer og den nysgerrighed der er til at omlægge behandling og ikke falde tilbage i gamle vaner.

Digitale løsninger er et vigtigt redskab til tidligere diagnostik og mere fleksible og målrettede behandlingstilbud

Region Hovedstaden vil målrette behandlingstilbud, så fx kontroller og konsultationer i højere grad kan ske, når patienten har behov og ikke efter faste rutiner. Når mere behandling sker hjemme hos

patienten, giver det samtidig bedre rum for fysisk fremmøde på hospitalet, for de patienter og i de situationer, hvor hospitalsophold er den bedste løsning.

Behandling hjemme er bl.a. teknologisk understøttet af:

- Video- og telefonkontakt mellem behandler og patient
- Hjemmemonitorering, fx med wearables
- Patientrapporterede oplysninger (PRO)
- Mobil blodprøvetagning og andre udgående funktioner
- Nye teknologier fx point of care-diagnostik
- Beslutningsstøtteværktøjer, bl.a. i SP

Som patient skal man kunne være tryk ved, at en del af behandlingen kan flyttes fra hospital til hjemmet. Patienter skal være klædt på til at indgå som aktiv part i egen behandling og have let adgang til support og rådgivning. Det betyder også, at der skal være lydhørhed over for, at nogle patienter har behov for eller foretrækker fysisk fremmøde eller de kan være bekymrede for nye behandlingsformer. Patienten skal inddrages i beslutninger om sin behandling. Det kræver en systematisk tilgang og værktøjer fx fælles beslutningstagning. Ligesom hjemme-måling i nogle tilfælde forudsætter, at medarbejdere kan ruste patienter til at forstå symptomer og sygdom og hvad målinger betyder, ift. hvordan man kan handle og mestre sin situation. Tilsvarende skal Sundhedsprofessionelle have de rette værktøjer og træning. De skal kunne vurdere, hvilke patienter, der har brug for hjælp til at tage imod tilbud om behandling hjemme, og hvilke patienter, der har brug for mere fysisk kontakt. Og de skal trænes i at have en god patientkontakt virtuelt, strukturere dialog og træffe faglige beslutninger, fx baseret på data, som patienten har indrapporteret hjemmefra.

En grundlæggende præmis for, at vi som region kan tilbyde mere behandling i patientens hjem er, at hospitalernes fokuserede arbejde med kvalitet og patientsikkerhed følger med ind i hjemmet. Der skal være klarhed om ansvar og opgaver, forudsigelige og dokumenterede processer, systematisk rapportering, fokus på hygiejne osv.

En bevægelse i retning af mere behandling hjemme sker ikke af sig selv, men kræver koordineret indsats i mange led. En hel række kliniske, praktiske og systemmæssige forudsætninger skal på plads. Regionen skal arbejde for, at ansvar, viden, teknologi, data, logistik og infrastruktur understøtter, at mere behandling kan ske i borgerens hjem. Det er fx vigtigt, at sundhedspersonale kan ordinere prøver og booke prøvetagning i Sundhedsplatformen, og at der er løsninger for fx mobil prøvetagning og andre relevante udgående funktioner.

Region Hovedstaden vil intensivere arbejdet med behandling hjemme ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ Hvert hospital, herunder Akutberedskabet, laver efter et ensartet format en plan for systematisk arbejde med omlægning af behandling på udvalgte patientgrupper/diagnoser. Det vil gælde behandling i hjemmet, fx videokonsultationer, som alene varetages af hospitalerne (monosektorielt).
- ▶ Udvide ordning med mobil prøvetagning til også at omfatte hospitalspatienter, som led i udgående funktioner.
- ▶ Fælles plan for arbejdet med PRO: Nye PRO-spørgeskemaer skal implementeres i SP og tages i brug. Der skal være teknisk understøttelse og kapacitet, så kliniske frontløbere ikke bremses. Der skal være en fælles ramme for implementering i klinikken i større skala.
- ▶ Innovation der kan skaleres: Afprøvning af nye patientforløb og nye teknologier, der testes, afprøves og tilpasses i patientbehandling/tidlig diagnostik. Fx brug af wearables der måler vitale værdier i samspil m. apps og integreres til SP, nye beslutningsstøtte-værktøjer mv.

Mål 2: Mere tryghed før og efter hospitalsbehandling

Region Hovedstadens hospitaler skal understøtte, at borgere oplever gode samlede behandlingsforløb, og at der samlet set er en hensigtsmæssig brug af ressourcer. Det kræver bl.a., at der er en tryk overgang mellem behandling på hospitalet og borgerens hjem eller ophold på kommunale døgnpladser/plejecentre.

Nogle akutte indlæggelser sker, fordi der er brug for en sundhedsfaglig vurdering af borgerens tilstand eller for en akut, men relativt enkel behandling, fx ved dehydrering. En række af de akutte situationer kan forebygges, hvis hospitalerne i højere grad understøtter, at der er relevant viden og faglighed hjemme hos eller tættere på borgeren, som dermed kan undgå akut indlæggelse. Nye behandlingsformer og optimering af forløb på hospitalerne gør, at patientophold på hospitalet i dag i gennemsnit er kortere end tidligere. Hospitalerne udskrifter borgerne, når de er lægefagligt færdigbehandlede og iverdmed kke længere har behov for behandling på hospitalet. En del borgere vil dog fortsat have behov for mere intensiv pleje og/eller støtte efter afsluttet hospitalshandling. Her er det vigtigt, at hospitalet tager et større ansvar for det samlede patientforløb, også efter udskrivelse.

Det er afgørende, at hospitalet konsekvent leverer relevant og rettidig kommunikation til samarbejdspartnere – plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter til kommuner og epikriser til almen praksis og hurtig adgang til kvalificeret rådgivning, når noget uforudset opstår. Er der ikke sikret en god og tryk overgang, er der alt for stor risiko for en unødvendig genindlæggelse, ligesom det trækker kræfter i primærsektor. På samme vis vil akutte indlæggelser i en række tilfælde kunne undgås, hvis der er adgang til mere udvidet lægekontakt og diagnostik på stedet. Dermed kan akutte indlæggelser omlægges til roligere subakutte forløb, som kan give større tryghed og kvalitet for borgeren.

Hospitalet har behandlingsansvaret i 72 timer efter hospitalsbehandling for borgere, som også er i kommunal pleje

For de mest skrøbelige patienter vil Region Hovedstaden udvide behandlingsansvaret til 72 timer efter udskrivning. Det vil mindske risikoen for, at borgere bliver genindlagt unødvendigt. Regionen vil foreslå kommunerne og almen praksis, at vi implementerer en model for behandlingsansvar, der rettes mod en større målgruppe. Modellen vil tage afsæt i den aftale om behandlingsansvar, der er lavet under aftalen om kommunale akutpladser. Det udvidede behandlingsansvar på 72 timer vil til start gælde for borgere, som efter endt hospitalskontakt har behov for kommunal pleje.

Med **aftalen om kommunale akutfunktioner** er det lægefaglige behandlingsansvar for en borger givet til den læge, der har henvist til akutfunktionen. Det vil sige, at ansvaret ligger hos enten den praktiserende læge, lægen hos Akuttefonen 1813 eller hos en hospitalslæge. COVID-epidemien har accelereret afprøvning af behandlingsansvar uden for hospitalet med aftalen om behandlingsansvar ved udskrivelse af patienter til kommunale COVID-19 pladser.

Hospitalet skal være rustet til at løfte dette behandlingsansvar. Fx skal Sundhedsplatformen tilrettes, så afdelingerne nemt kan få overblik over de patienter, de har ansvar for. Derudover skal hvert hospital konkret beskrive, hvordan 72-timers behandlingsansvaret løftes bedst i samarbejde mellem hospitalets sygeplejersker og læger.

Udgangspunktet er, at behandlingsansvaret omfatter de sygdomme hospitalet har behandlet, og bl.a. indebærer medicin-gennemgang. Behandlingsansvaret er en funktion, der påhviler den afdeling, der har udskrevet patienten.

Modellen er ensartet, den dækker alle hospitaler og er et tilbud om samarbejde til alle kommuner og praktiserende læger i Region Hovedstaden. Afhængig af de enkelte hospitalers vilkår kan der være variation i, hvordan opgaven gribes an. Fælles er, at hospitalerne arbejder efter en model, som kan træde i kraft primo 2022. Modellen udvikles og udbygges, når der er erfaringer med den.

Rettidig tværsektoriel kommunikation af høj kvalitet

Det udvidede behandlingsansvar vil forventet øge de enkelte hospitalsafdelingers opmærksomhed på det videre patientforløb og herunder den kommunikation, som patient og pårørende, kommunal pleje og praksissektor har brug for efter udskrivning fra hospitalet. Ordningen med udvidet behandlingsansvar skal derfor ikke stå alene. Der er behov for, at hospitalerne gør en ekstra indsats for at øge kvalitet og rettidighed i den udgående kommunikation så som plejeforløbsplaner, udskrivningsrapporter, genoptræningsplaner, epikriser mv.

Fra akut til subakut behandling

I nogle situationer bliver borgere indlagt, fordi det i situationen opleves som det eneste alternativ, selvom det ikke er den bedste løsning for borgeren. Det kan være en tilstand, som kan vurderes og behandles af specialister på hospitalet i et subakut ambulant besøg den efterfølgende dag. En ordning med et subakut behandlingstilbud kræver et godt samarbejde med praktiserende læger, kommunale akutsygeplejersker og Akutberedskabet, fordi det er i kontakten med Akuttelefonen 1813, Den Centrale Visitation eller den praktiserende læge, at det vurderes, om der skal gives et tilbud om et subakut ambulant besøg eller om der er brug for en indlæggelse.

Region Hovedstadens Akutberedskab løser i dag en række akutte opgaver hjemme hos borgeren eller via Akuttelefonen 1813. Der er potentiale for, at flere akutte situationer kan løses uden indlæggelse. Regionen vil, med afsæt i hospitalerne og Akutberedskabets erfaringer, udvide tilbud om subakut behandling. Samtidig vil vi arbejde for at, gå efter en udvidet øge kendskabet blandt kommuner og praktiserende læger til de subakutte tilbud. Endelig vil vi se på, om Akutberedskabet i højere grad kan afslutte, færdigbehandle og følge op på borgeren i eget hjem.

Videokonference og teknologi til fremskudt diagnostik mv. kan støtte vurderingen af, hvor kritisk situationen er. I dag har Akuttelefonen 1813 udbredt brug af video både som støtte og supplement til konsultation med borgere og samarbejde med flere kommunale akutteams. Videokonsultationer kan spare unødige transporter og bekymringer og hjælper de sundhedsprofessionelle indbyrdes med at vurdere den relevante behandling. Tilsvarende er det oplagt, at videokonference, diagnostiske værktøjer mv. bruges i højere grad i faglig dialog mellem kommunal pleje, Akuttelefonen 1813 og de fælles akutmodtagelser mv.

Region Hovedstaden vil øge tryghed før og efter hospitalsbehandling ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ I samarbejde med hospitaler beskrives en model for behandlingsansvar på 72 timer efter hospitalsbehandling til borgere, som modtager kommunal pleje (efter sundhedsloven). Modellen, aftales med kommuner og med PLO
- ▶ Fortsat fokuseret indsats for at løfte kvalitet og rettidighed i udgående kommunikation
- ▶ Indsats for mere subakut behandling med afsæt i eksisterende erfaringer
- ▶ Innovation: Nye arbejdsgange og ny teknologi til at understøtte fremskudt diagnostik og udgående ambulante funktioner for både somatiske og psykiatriske forløb.

Mål 3: Lighed i sundhed og høj kvalitet i behandlingstilbud for alle

Borgere i Region Hovedstaden skal have lige adgang til behandling af høj kvalitet. Det betyder, at vi skal arbejde strategisk med at fremme lighed og kvalitet på flere fronter. Vi skal sætte ind over for geografisk ulighed, social ulighed og ulighed, der kan være relateret til fx handicap eller etnisk herkomst.

Region Hovedstaden er landets største region med stærke hospitaler og mange snitflader mod kommuner og praksissektoren. Hospitalerne har forskellige demografiske og geografiske vilkår for at løse deres opgaver. Det er en præmis for udvikling af kvalitet og behandlingstilbud på tværs af regionen. Hospitalerne løser deres opgave på lidt forskellig måde, men det er et mål, at borgere får sammenlignelige tilbud af høj kvalitet i hele regionen. På grund af forskelle i regionens hospitalsstruktur og geografi etableres nogle tilbud kun lokalt, fx de kommende regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund, mens andre tilbud løftes i en ensartet model med fælles rammer, fx udvidet behandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsophold.

Social ulighed i sundhed viser sig ved, at der er en stærk sammenhæng mellem social baggrund og sundhed. Vi ved fx, at forskelle i, hvor hurtigt sygdom diagnosticeres, hænger sammen med social ulighed – og giver ulighed i sundhed. Social ulighed kan vise sig igennem hele livet og derfor har Region Hovedstaden både i sin forebyggelsesplan og i sundhedsaftalen fokus på forebyggelsesindsatser, der i stor udstrækning skal løftes sammen med praksis og kommunerne, der har hovedansvaret for forebyggelse.

Høj kvalitet i behandlingstilbud til alle borgere

Borgerne i Region Hovedstaden skal kunne forvente høj faglig kvalitet i hele regionen og nogenlunde ensartede tilbud og servicerammer – også når der i de kommende år afprøves og implementeres nye behandlingsmodeller og tilbud. Hospitalerne skal have mulighed for at afprøve forskellige modeller for fx behandling hjemme, som er tilpasset hospitalernes forhold og patientgrundlag. Dermed opnås også et bredere regionalt erfaringsgrundlag for, hvordan behandling hjemme kan bidrage til at skabe mere værdi for patienten, faglig kvalitet og bedre ressourceudnyttelse.

Vi skal holde fast i målet om, at gode tiltag, der iværksættes rundt på hospitalerne, kan skaleres bredt og implementeres i hele regionen, når vi har dokumenteret, at de skaber værdi for borgeren.

Det skal være mere gennemsigtigt for sundhedsprofessionelle i kommuner og praksis, hvem der gør hvad i forhold til hospitalerne. Klarhed om opgaver og ansvar i patientforløb gør det lettere at samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder, og man kan så vidt muligt sørge for, at patienten får det rigtige tilbud i første forsøg. Samtidig er det i en travl hverdag vigtigt, at sundhedsprofessionelle har overblik over de tilbud der gælder, og kan arbejde efter, at der gælder samme aftaler og modeller for samarbejde og patientforløb i hele regionen.

Nogle typer indsatser skal implementeres efter en ensartet model i regionen, og andre kan med fordel implementeres med større variation. Det er vigtigt, at regionen er garant for kvaliteten i det samlede forløb og kan løfte sin del af opgaverne, når det gælder fælles patienter.

Region Hovedstaden vil se på muligheder for at tilbyde mere ensartet service på tværs af hospitalerne og se på, hvordan regionen kan påtage sig opgaver i det samlede patientforløb, afhængigt af, hvilke hospitaler og kommuner, der samarbejder. Fx kunne Region Hovedstadens Akutberedskab dække nogle opgaver for Bornholms Hospital, som andre hospitaler løser in house. På Bornholm anvender man allerede teknologiske muligheder, fx video til at tilbyde bedre adgang til speciallægekompetencer for øens borgere. Der er et større potentiale for, at Region Hovedstaden kan tilbyde mere ens service både for borgere og for sundhedsprofessionelle i kommuner og praktiserende læger.

Lokale løsninger: Sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund som spydspids for afprøvning af nyt samarbejde

Mere lighed i adgang til sundhed fordrer, at vi arbejder med at finde lokale løsninger, så borgere får lettere adgang til samme tilbud. Et eksempel er, at der i forbindelse med sammenlægningen af hospitalsmatriklerne i Nordsjælland til et nyt moderne hospital, etableres regionale funktioner i sundhedshuse i Helsingør og Frederikssund. Det skal sikre tilbud om hospitalsydelser tæt på borgernes hjem og giver samtidig mulighed for at udvikle nye samarbejdsformer med de omkringliggende kommuner og praktiserende læger. Her er afsættet, at uanset om behandlingen tilbydes på et hospital, et sundhedshus eller hjemme, sker det med samme høje kvalitet. Borgerne vælger selv, om de vil modtage behandling i et af sundhedshusene eller på hospitalet i Hillerød.

Regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund

Som en del af hospitals- og psykiatriplan 2020 blev det aftalt at etablere sundhedshuse med en akutklinik i Helsingør og Frederikssund. Planlægningen af de regionale funktioner i sundhedshusene er i gang. De omfatter ambulante kontroller til borgere med kronisk sygdom, jordemoderkonsultationer og fødselsforberedelse, særlige tilbud til sårbare gravide, ambulante tilbud til overvægtige mv.

Aktuelt er der årligt ca. 5.000 ambulante besøg i sundhedshuset i Helsingør. I det nye sundhedshus planlægges med ca. 25.000 ambulante besøg. Både af hensyn til kvaliteten og for at få mest sundhed for pengene skal der være tilstrækkelig volumen til at behandle patientgrupperne på flere matrikler. For nærværende findes ikke grundlag for at udlægge yderligere aktivitet.

Der forventes et stort potentiale i at etablere et tættere samarbejde, både fysisk og digitalt, mellem kommuner, almen praksis og hospitalet om tilbud til borgere. Det kan fx være fælles konsultationer, fælles kompetenceudvikling, fælles rehabiliteringsforløb mv.

De regionale funktioner i sundhedshusene og samarbejdet om patientforløb etableres med ambitionen om, at borgere skal opleve forbedrede og sammenhængende forløb af høj kvalitet tættere på deres hjem. De indsatser for mere sammenhængende patientforløb, som springer ud af samarbejdet med kommuner og praksis, vil være et væsentligt bidrag til regionens arbejde med kvalitet og lighed i sundhed i de kommende år.

Social ulighed i sundhed

Regionens Sundhedsprofiler viser store forskelle i sundhed og forventet levetid afhængigt af socio-demografiske faktorer som fx uddannelse. Ulighed i sundhed er et strukturelt problem, som sundhedsvæsenet ikke kan kompensere for, men det er vigtigt, at vi ikke forstærker den sociale ulighed i sundhed gennem den måde, vi tilrettelægger og udvikler sundhedstilbud på. Sundhedsvæsenet kan være svært at navigere i, særligt for mennesker med flere samtidige sygdomme, psykosociale problemer og behov for støtte fra flere aktører og sektorer. Regionen er gennem en årrække lykkedes med at bruge socialsygeplejersker til at bistå de allermost udsatte patienter. Deres kernekompetencer bygger på specialistviden om de socialt udsattes komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer og på evnen til at bygge bro mellem patient og sundhedspersonale og understøtter, at behandlingen kan ske på patientens præmisser.

Nye behandlingsmuligheder, hvor flere tilbydes behandling i eller tættere på eget hjem kan understøtte, at flere patienter kan klare mere selv og dermed, at der kan blive bedre plads til de patienter, der har mest brug for mere omfattende hjælp fra sundhedsvæsenet. Men nye behandlingsmuligheder og ny teknologi mv. kan også bruges målrettet og skræddersyet til at løfte kvalitet i diagnostik og behandling for udsatte borgere. Det kan fx være nye behandlingstilbud, der gør, at sundhedsvæsenet kan følge borgere tættere, eller stille sig til rådighed på nye måder, så det er lettere for borgere at række ud efter hjælp. Det gælder fx borgere med psykiske lidelser, som kan have særlig svært ved at opsøge og følge behandling. Region Hovedstadens Psykiatri har et særligt tilbud om ambulant behandling til patienter med psykisk sygdom, der har brug for et fleksibelt behandlingstilbud. Her tilbydes den ambulante behandling i patientens nærmiljø af et såkaldt F-ACT team. Et andet eksempel, hvor vi skal have fokus på nye måder at tilbyde vores indsatser på er kræftbehandling. Kræft kan i mange tilfælde behandles, hvis sygdommen opdages i tide, men det er fortsat et problem, at diagnosen kommer for sent - og det følger stadig sociale skel. Vi skal gå efter at række bredere ud med forebyggelse, tidlig diagnostik og screeningsprogrammer og bruge nye samarbejds måder, teknologi mv. til at få alle med.

Ulighed i sundhed er i stor udstrækning et strukturelt problem, men for det enkelte menneske et individuelt problem med komplekse og sammensatte udfordringer. Derfor skal der arbejdes på to strenger. Vi skal blive bedre til at møde det enkelte menneskes behov med individuelt tilpassede løsninger. Samtidig skal vi sætte ind strukturelt for at bekæmpe ulighed med viden og med forebyggelse. Region Hovedstaden skal bidrage med at udvikle fælles målrettede tidlige indsatser med udgangspunkt i data fx fra sundhedsprofilerne og ved at gå forrest med løsninger, som gør at flere borgere kan få gavn af vores behandlingstilbud.

Region Hovedstaden vil arbejde for lighed i sundhed ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ Skalering og implementering af succesfulde projekter, fx signaturprojekter, i hele regionen
- ▶ Lykkes med at skabe og dokumentere gode resultater for de regionale funktioner i sundhedshusene i Helsingør og Frederikssund
- ▶ Tydeliggøre "hvem gør hvad" og arbejde med nye samarbejdsmodeller, der kan understøtte mere ensartede tilbud, fx ved at Akutberedskabet eller udvalgte afdelinger bistår i opgaveløsningen i det samlede behandlingsforløb
- ▶ Tilbyde viden, data og kompetencer til at arbejde med fælles populationsansvar med data, der viser indlæggelsesmønstre og forløb på tværs af sektorer bl.a. med henblik på at arbejde med ulighed i sundhed på strukturelt niveau.

Mål 4: Let og sikker adgang til viden: Sundhedsprofessionelle skal have relevante oplysninger i patientforløb og adgang til specialistrådgivning og dialog i hverdagen

Et mere sammenhængende og trygt forløb for borgerne forudsætter, at sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer agerer koordineret og har opdateret viden om det samlede behandlingsforløb. Uanset hvor komplekst et forløb er, skal borgeren have tryghed for, at der er styr på det. Når behandlerne på tværs af sundhedsvæsenet har adgang til opdateret viden, der er relevant for det fortsatte patientforløb og samtidig har gode vilkår for dialog og faglig sparring, understøtter det kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløbet. Det handler om at arbejde for ét samlet sundhedsvæsen, hvor de forskellige led understøtter hinanden, så der er relevant viden i det samlede forløb.

Region Hovedstaden vil blive bedre til at stille viden til rådighed dér, hvor borgeren er. Det skal bidrage til, at flere borgere undgår et unødvendigt besøg på hospitalet. Hvis praktiserende læger eller plejepersonalet i kommunerne har trækningsret på specialisten til sparring eller til at få svar på konkrete faglige spørgsmål, kan flere problemstillinger løses i eller tæt på borgerens hjem.

Rationalet er, at et godt fagligt samarbejde, hvor man har blik og respekt for hinandens opgaver, ansvar og kompetencer, kan spare unødige hospitalsbesøg og bidrage til at styrke kvalifikationer og faglighed dér, hvor borgeren er. Og modsat, hvis borgerne sendes unødigt rundt i systemet eller hvis den enkelte sundhedsprofessionelle mangler viden om behandlingsforløbet, så forringer det muligheden for, at den sundhedsprofessionelle kan løse sine opgaver, det kan forsinke indsatsen, og der er øget risiko for, at der opstår fejl, der truer patientsikkerheden. Når den praktiserende læge oplever, at en henvisning tilbagevises fra hospitalet, giver det frustration. Når den kommunale sygeplejerske oplever at vente på adgang til den information eller medicingodkendelse, der gør at hun kan komme videre med behandling af en syg borger, giver det frustration. Når akutafdelingen oplever, at der er pres på sengene på grund af unødige indlæggelser, giver det frustration. Hospitalspersonale, praktiserende læger og kommunalt plejepersonale er hinandens kolleger i patientens samlede forløb. Og regionen har en særlig opgave i at sikre, at alle kan spille hinanden gode.

Målet om let og sikker adgang til viden løber i to spor. Det handler for det første om indhold i og rammer for tværsektoriel kommunikation. Det handler for det andet om, at regionen kan stille sin ekspertise til rådighed for kolleger i primærsektoren og på tværs i regionen og tilbyde faglig sparring og dialog.

Tværsektoriel kommunikation og fælles viden

Kommunikation og deling af patientoplysninger er afgørende for en tryk og korrekt behandling af patienten. Komplekse patientforløb, hvor patienten har mange sideløbende kontakter i forskellige sektorer, betyder at behovet for at dele viden kun er stigende. Der skal være let og sikker adgang til de oplysninger, der er relevante i behandlingssituationen. Det understøttes af digital kommunikation. Der er behov for adgang til viden om det samlede behandlingsforløb både på hospitalet, i den kommunale pleje eller i praksissektoren.

Der sker i disse år et skifte i den digitale kommunikation, så flere oplysninger deles via opslag i fælles registre. Det skal fremme, at sundhedsprofessionelle har overblik over det samlede forløb, når borgerne har flere samtidige kontakter. Et klassisk eksempel er, at både hospital, praktiserende læge og kommunal pleje har fælles overblik over aktuel medicinering via det fælles medicinkort.

Arbejdet med digital kommunikation i sundhedsvæsenet sker i samarbejde mellem parterne nationalt. Region Hovedstaden arbejder for, at det er de rigtige løsninger, der prioriteres nationalt og sikrer, at de fælles løsninger implementeres og virker i regionen. Hospitalerne har mange ønsker til digital udvikling og Region Hovedstaden har derfor en vigtig opgave i at holde balancen og også prioritere de tiltag, der kan gøre hverdagen lettere for kolleger i kommuner og praksis, og som understøtter, at patienter og pårørende kan holde overblik over de samlede forløb, på tværs af sektorer.

Region Hovedstaden prioriterer digital kommunikation med borgere, kommuner og praksissektor

Mange oplysninger deles digitalt. Det gælder fx i epikriser, Fælles Medicinkort (FMK) mv. Regionen arbejder for, at sundhedsprofessionelle kan dele viden om medicin, og er på vej med at understøtte fælles viden om patientens stamdata, aftaler, fravalg af genoplivning mv. via "Et samlet patientoverblik" og om gravide i "Digital understøttelse af graviditetsforløb". Speciallæger og almen praksis kan via Sundhedsjournalen tilgå patientoplysninger fra hospitalerne. Der arbejdes p.t. regionalt med en it-løsning, som gør det muligt at udveksle billedmateriale mellem hospital og speciallægepraksis. Region Hovedstaden har åbnet mulighed for, at kommuner kan tilgå oplysninger via SP-link, ligesom kommuner i hele landet har fået adgang til data via Sundhedsjournalen. Det er en prioritet, at patientoplysninger fra primærsektoren og private hospitaler m.fl. også deles nationalt, så man på hospitalerne kan se dem via Sundhedsplatformen. Det understøtter, at kommuner og praksissektor kan samarbejde tættere om patientbehandling. Det betyder også at borger kan se sit samlede forløb, også aftaler mv. i primærsektor, bl.a. på Min Sundhed og Min SP.

Struktureret deling af oplysninger i patientforløb giver også strukturerede data, som er vigtige for udvikling af kvalitet og forskning i samlede patientforløb mv.

Udgående kommunikation, fx epikriser og genoptræningsplaner mv., fra hospitalerne skal være relevant og rettidig, hvis praktiserende læge og kommunalt plejepersonale skal kunne følge op på behandling efter et hospitalsophold. Regionen vil sætte ind for at løfte kvaliteten. Dette skal understøtte den praktiserende læges rolle som tovholder og kommunal plejetilbuds videre behandling af borgere efter endt hospitalsophold.

Særligt i psykiatrien er der brug for bedre rammer for at kunne dele oplysninger på tværs af sektorer, fordi forløb ofte går på tværs af sundhedsfaglige og sociale indsatser.

Kan vi gøre det lettere at gøre det rigtige hurtigere? For ofte oplever praktiserende læger, at henvisninger til hospitalerne bliver tilbagehenvist. Et problem der fx gør sig gældende inden for psykiatrien. Årsager kan findes flere steder. I nogle tilfælde er henvisningerne mangelfulde, i andre tilfælde kan det skyldes uklarhed om visitationsretningslinjer eller manglende mulighed for at finde relevant tilbud til

patienten. Region Hovedstaden vil fortsætte samarbejdet med almen praksis om at finde en løsning på dette problem fx med dialog via praksiskonsulentordningen, audits og et datagrundlag.

En konkret løsning på at give mere smidig adgang til at viderehenvise patienter, er at bruge speciallægepraksis i større udstrækning, når det er fagligt relevant. Det er også relevant at se på modeller for screening-/straskontakt, som kan bidrage til at sortere og lette pres på henvisninger.

Det forudsætter, at der er klare visitationsretningslinjer, som er udarbejdet i samarbejde med speciallægepraksis, hospitaler og almen praksis. Målet er at tydeliggøre opgavefordelingen, bidrage til bedre ressourcenyttelse, og at skabe mere klarhed over patienternes vej gennem sundhedsvæsenet

Specialistrådgivning og dialog

Almen praksis har en ret veludbygget adgang til specialistrådgivning, ligesom der er gode muligheder for adgang til diagnostiske undersøgelser og henvisning til videre udredning. Der er også mulighed for rådgivning ved de Centrale Visitations enheder (CVI) eller på afdelingsniveau om konkrete patienter, hvor det er uklart, om der skal foregå en videre udredning i praksis eller på hospitalet. Men tilbuddene kan bruges endnu mere end de gør i dag. Regionen vil arbejde for, at de praktiserende læger får et bedre overblik over de eksisterende rådgivningstilbud. Der er et potentiale i at forbedre adgangen til specialistrådgivning i speciallægepraksis, der også kan være med til at aflaste hospitalerne. Rådgivningsfunktioner skal udvikles i samarbejde med almen praksis for at sikre, at de opleves som en service, der opfylder konkrete behov.

Kommunale plejetilbud har også behov for, at hospitalerne er tilgængelige med sparring og vejledning. Region Hovedstaden vil arbejde for at udbygge de nuværende ordninger med telefonisk rådgivning, så de forenkles og udvides, så der er adgang til specialistrådgivning døgnet rundt. Flere problemstillinger skal kunne løses, når de opstår. En mulighed er at bruge bl.a. video mere og se på, hvordan bl.a. Akuttelefonen 1813 kan gøre en større forskel for kommuner og praksis.

Regionen kan også stille sin specialistviden til rådighed ved at bidrage til kompetenceudviklingsforløb i primærsektoren, bl.a. om de store kroniske sygdomme. Fx bidrager Steno Diabetes Center Copenhagen i dag til uddannelsestilbud til både sundhedsprofessionelle i kommuner, almen praksis og fodterapeuter.

Der etableres i disse år, i forlængelse af nationale aftaler på området, fælles patientforløb efter såkaldt "shared care"-modeller, bl.a. for diabetespatienter med fodsår, for borgere med KOL og forløb for hjerte-rehabilitering. Disse fælles patientforløb understøtter tidligere, målrettede behandlingsindsatser og er baseret på faglig dialog og samarbejde på tværs af sektorer. Regionen har en opgave i at lykkes med at bruge nye samarbejdsformer fagligt og organisatorisk.

Region Hovedstaden vil prioritere let og sikker adgang til viden ved at igangsætte følgende indsatser:

- ▶ Regionen vil være "klar tidligt" når det gælder digital kommunikation, deling af data mv. Etablere digitale løsninger mv., der understøtter bedre samlede patientforløb så bl.a. primærsektor og borgere har nem adgang til relevante oplysninger. Det gælder både tiltag, der er aftalt nationalt og regionale spydspids-tiltag, fx samlet patientoverblik, fravalg af genoplivning, billeddiagnostik, prøvesvar, SP-link mv.
- ▶ Nedbringe tilbageviste henvisninger. Indsatsen skal aftales med almen praksis og kan tage afsæt i dialog, fælles audits og ved at udnytte praksiskonsulentordningen.
- ▶ Udvikle en model for adgang til specialistrådgivning, der sikrer en overskuelig og døgndækket adgang fx ved, at rådgivningsfunktionen løses i fællesskab på tværs af hospitaler, Akuttelefonen 1813 og speciallægepraksis.
- ▶ Succesfuld implementering af aftalte fælles patientforløb for KOL, hjerterehabilitering mv.

Mål 5: Flere kompetencer og ny viden

Region Hovedstaden ønsker at udvikle et sundhedsvæsen, hvor flere borgere kan modtage behandling hjemme, med større vægt på forebyggelse og tidligere indsatser og bedre sammenhæng også i komplekse behandlingsforløb.

Det kræver en omstilling, der skal bæres frem af de sundhedsprofessionelle. Det er dem, der hver dag træffer beslutninger om behandling sammen med patienten. De skal have de rigtige kompetencer og fagligt grundlag for at vurdere, om patienten får den rigtige behandling i situationen. Derfor er der brug for at investere i nye kompetencer i takt med, at vi bruger nye behandlingsmetoder, og at vi bliver klogere på, hvad der giver værdi i det samlede patientforløb.

Regionen har stærke kompetencer, når det gælder at arbejde datadrevet, evidensbaseret og med høj faglig kvalitet. Den tilgang skal stærkere i spil og kan drive udvikling frem, når det gælder nye løsninger, faglig kvalitet og patientsikkerhed i de samlede patientforløb. Der skal flere kræfter i at udvikle og forbedre behandlingsforløb, også uden for hospitalets matrikel. Skal regionen arbejde offensivt for at gentænke diagnostiske indsatser og patientforløb, afprøve nye teknologier mv., kalder det også på nye fagligheder og samarbejde, bl.a. med universiteter, life science virksomheder, inspiration fra udland mv.

Og når nye løsninger viser lovende resultater, skal vi afkorte tiden fra afprøvning og drift i mindre skala til udbredelse i stor skala. Der skal mere takt og tempo på indsatsen. Vi skal være bedre til at høste af hinandens erfaringer og tro på, at det nogen har haft succes med, måske også kan bringes til at virke andre steder. Det handler også om, at regionen kan blive bedre til at stille viden og data om patientforløb til rådighed for kommuner og praksissektor.

Nye kompetencer og patientinddragelse

Kontakten med patienten og patientomsorg tager en anden form, når man ikke sidder fysisk sammen i et ambulatorium. Behandling hjemme kræver nye kompetencer hos både patienten og den sundhedsprofessionelle. Og begge skal bruge og mestre den digitale løsning. Der opstår nye rammer for at arbejde med diagnostik, kommunikation og forberedelse, og det skal både sundhedsprofessionelle og patienter være klædt på til.

Hospitalerne skal arbejde både med kompetencer hos sundhedsprofessionelle og hos patienten, når patienten skal tage mere aktiv del i behandlingen. Der skal opbygges praktisk erfaring med, hvordan digitale løsninger bedst indpasses i patientens hverdag. Der ligger en stor opgave hos hospitalerne i at understøtte, at mange patienter kan få gavn af nye former for behandlingsløb, og at sundhedsprofessionelle har motivation til arbejde på nye måder og kan imødekomme forskellige patientbehov.

Hospitalerne skal have kompetencer, der kan understøtte afdelingerne i at omlægge til mere behandling hjemme og mere samarbejde på tværs.

Samtidig skal regionens concerncentre understøtte hospitalerne og formidle viden, læring og kompetencer, tilrettelægge ensartede forløb mv.

Regionen kan også række mere offensivt ud, fx til vidensmiljøer og life science virksomheder, for at tage nye måder at tilrettelægge forløb, behandlingsformer og teknologier ind. Regionens arbejde skal være drevet af, hvad der giver værdi for patienten, men inspiration, nye teknologier og tilgange kan komme fra andre brancher og i samarbejde med nye aktører.

Kvalitet og patientsikkerhed

En grundlæggende præmis for at omlægge behandlingsforløb, så mere behandling kan ske hjemme hos patienten, er at det sker patientsikkert og med høj faglig kvalitet. Hospitalerne har mange års erfaring med at arbejde systematisk med kvalitet og patientsikkerhed. Den forbedringskultur, der i dag er inde på hospitalerne, skal udvides og i højere grad omfatte patientforløb hjemme hos borgerne og forløb, der går på tværs af sektorgrenser.

Hospitalernes kvalitetsarbejde er bundet op på det Nationale Kvalitetsprogram. Der kommer forventet større fokus på kvalitet i det sammenhængende patientforløb gennem tværsektorielt samarbejde og i takt med, at der kommer flere data fra kommuner og praksissektoren. Som led i at en del af behandlingen kan foregå tættere på eller i borgeres hjem i større skala, er der brug for tidssvarende rammer også for arbejdet med patientsikkerhed, så det enkelte hospital og den enkelte afdeling og kliniker er på sikker grund, også når behandlingsansvaret flytter uden for hospitalsmatriklen. Det handler bl.a. om forudsigelighed, dokumentation og processikkerhed. Det kan fx være gennem systematiske risikoanalyser, når nye tiltag tages i brug.

Patientbehandling på nye måder: Forskning, innovation og nye teknologier

Regionen har stærke faglige og forskningsbaserede miljøer, der driver den kliniske udvikling frem og skaber nye behandlingsmuligheder. Patientbehandling er understøttet med data, og ledelser på alle niveauer er vant til at arbejde datadrevet. Regionen har en kapacitet, som den kan stille til rådighed for en mere datadrevet og evidensbaseret tilgang, også når det gælder de samlede tværsektorielle forløb. Og den kan sætte flere kræfter ind på ny teknologi, der kan understøtte nye behandlingsmåder.

Vi vil prioritere i forskning om det nære sundhedsvæsen. Det kunne være følgeforskning i sektorovergange og samarbejde om patientforløb.

Forskning, innovation og anvendelse af nye digitale teknologier flytter sig hastigt fremad, og regionen skal have kapacitet til at tage de nye teknologier i brug. Klinikken skal være understøttet i at følge med denne udvikling fx med beslutningsstøtteværktøjer til at behandle indkomne data fra patientens egne målinger, så klinikerne kun skal forholde sig til data, når der er afvigelser. Det kan være løsninger baseret på kunstig intelligens. Der skal både være viden og grundlag for at afprøve ny teknologi og nye behandlingsformer i mindre skala, og der skal være viden og kompetencer til at få løsningerne ud i stor skala i daglig klinisk drift.

Regionen vil prioritere indsatser, der skal fremme udvikling af kompetencer og ny viden om behandling hjemme og mere sammenhæng i behandlingsforløb:

- ▶ Opbygge kompetencer på hospitalerne og i primær sektor om sammenhæng i behandlingsforløb og om behandling i hjemmet, herunder hjemmemonitoreringsløsninger, i regi af bl.a. Center for HR og Uddannelse.
- ▶ Anvende modeller for beslutningsstøtte, når det gælder tilbud om hjemmebehandling, der skal tilpasses de enkelte specialer.
- ▶ Forskning og kvalitetsudvikling i samlede patientforløb og folkesundhed.
- ▶ Prioritere kvalitetsudvikling i tværsektorielle forløb i regi af samarbejdet om Lærings- og Kvalitetsteams.

Mål 6: Investeringer i det nære sundhedsvæsen, herunder i ledelse, kapacitet og implementeringskraft

Region Hovedstaden har siden 2019 arbejdet efter principperne i værdibaseret sundhed. Disse principper skal også være drivende for arbejdet med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, fordi det er en grundlæggende ambition for al udvikling og ny måder at arbejde på, at vi skal skabe værdi for patienten.

Hospitalerne skal tage et samlet populationsansvar. Det betyder, at patientens samlede oplevelse af værdi, sammenhæng og kvalitet skal være i fokus, også det der sker både før og efter patienten kommer på hospitalet. Hospitalerne skal i højere grad prioritere en tidlig, målrettet, forebyggende indsats sammen med de praktiserende læger og kommuner.

Hospitalerne har en nøglerolle i den omstilling, vi vil sætte i gang i Region Hovedstaden. Mere behandling i og tæt på borgerens hjem samt større tryghed om det samlede hospitalsforløb skal primært være forankret i og drevet af hospitalerne. Hospitalerne har patientkontakten, driftsapparatet og fagligheden til at vurdere, hvad der er brug for. Og hospitalerne skal kunne omstille ansvar, styring og drift til mere behandling hjemme, flere tidlige forebyggende indsatser og mere samarbejde med eksterne parter. Det er ikke en bevægelse, der bare sker. Det er en stor omvæltning, når vaner, kultur og forståelse af god patientbehandling skal ændres. Der er afhængigheder og sten, der skal ryddes, hvis indsatsen skal lykkes.

Den omstilling vi sætter i gang skal forankres lokalt, og samtidig ske som en samlet bevægelse i hele regionen med fælles mål, blik for afhængigheder og gennemsigtighed om fremdriften. Det er en ledelsesopgave på alle niveauer og i alle led at finde ressourcer og kapacitet til at drive nye løsninger frem. Skal vi lykkes med at skabe forandringer i en travl klinisk hverdag, er der brug for kraft til implementering og datadrevet opfølgning på det vi sætter i gang, så vi ved at vi flytter os i rigtig retning.

Værdibaseret sundhed og rammestyring er grundlag for omstilling

Værdibaseret sundhed sætter rammerne for, at patienten får mest mulig værdi ud af sit møde med sundhedsvæsenet. Afregningen til hospitalerne efter aktivitet er afskaffet til fordel for rammestyring. Det betyder, at hvert hospital får tildelt et budget og er forpligtet til, inden for disse økonomiske rammer, at beandle de patienter, der har behov. Som følge af at takststyringen er afskaffet, har hospitalerne mulighed for at omlægge behandlingen uden at blive "straffet" økonomisk, hvis de nye arbejdsgange medfører en lavere DRG-værdi. Værdibaseret sundhed, som fælles model for den måde vi yder behandling til borgerne, har fjernet en række barrierer men det kræver stærkt ledelsesfokus og de rette incitament, hvis vi skal skabe den forandring vi ønsker.

Værdibaseret sundhed: Region Hovedstaden ønsker et mere menneskeligt sundhedsvæsen, hvor patienten får den behandling, som giver ham eller hende mest mulig værdi. Det skal ske ved, at sundhedsvæsenet fokuserer på: Den patientoplevede kvalitet og effekt, faglig kvalitet og god ressourceudnyttelse.

Hospitaler, der omlægger patientbehandlingen og frigør ressourcer, kan som udgangspunkt selv disponere over, hvordan de bruger ressourcerne. De skal løbende tilpasse og prioritere ressourcerne, så de bliver brugt dér, hvor behovet er størst, og vi får mest sundhed for pengene. Hospitalerne har bl.a. et særligt ansvar for at sikre de nødvendige ressourcer til den videre behandling i overgangen fra hospital til eget hjem.

Nærhedsfinansiering: Regionerne og regeringen har aftalt mål for omstilling, som er bundet op på det regionale budget.

Ledelse, kapacitet og redskaber til omstilling

Vi skal som region kunne flytte os hurtigere og flytte os samlet. Ledelserne på alle niveauer har ansvar for, at der er incitamenter til at prøve nye løsninger og forbedre behandlingen. Det handler bl.a. om at fjerne barrierer for at flytte mere behandling ud af hospitalet, og at der er de rette værktøjer og kompetencer, der kan støtte udviklingen i hverdagen.

Regionens centre har ansvar for at levere fælles løsninger, fx:

Center for Ejendomme skal levere logistik ifm. udstyr til borgeren.

CIMT skal levere data- og teknologiunderstøttelse.

Center for HR og Uddannelse skal bistå med kompetenceudvikling og ledelsesunderstøttelse.

Center for Sundhed skal understøtte rammer for Patientinddragelse, brug af PRO og telemedicin i samlede patientforløb mv.

Center for Økonomi skal bistå med udvikling af datarapporter, ledelsesinformation og understøtte god ressourceudnyttelse fx ved indkøb.

Center for Regional Udvikling skal understøtte forskning og innovation og bygge bro til universiteter og life science virksomheder.

Primærsektoren har ansvar for sin del af opgaveløsningen i de samlede forløb. Region Hovedstaden ønsker at agere ordentligt og aktivt bl.a. ved i højere grad at investere i løsninger, som primærsektoren har brug for. Det betyder også, at vi skal have en opmærksomhed på, at omlægning og udvikling af behandling ikke medfører afledte nye kommunale opgaver uden, at det er aftalt mellem parterne. Der er også en opgave, på tværs i regionen, at prioritere løsninger, der fremmer samarbejdet med kommuner og praksissektoren. Det kunne være adgang til prøvetagning, specialistviden og data om patienten eller populationen.

Tillid, opfølgning og data understøtter implementeringsindsatsen

Der skal være rum og fleksibilitet til, at ledere og medarbejdere hver dag arbejder for at skabe størst mulig værdi for alle patienter. Samtidig er det vigtigt, at vi har en datadrevet ledelse af sundhedsvæsenet. Det handler bl.a. om at øge tillid gennem øget gennemsigtighed om data, åben dialog og helhedstænkning. Vi skal bl.a. følge op på, hvordan omlægning af behandling kan bidrage til god ressourcudnyttelse.

Blandt de centrale mål for den patientoplevede kvalitet og effekt er, at patientbehandling hænger sammen på tværs af hospitalsafdelinger og sektorer, og patienten oplever en stor effekt af behandlingen.

Region Hovedstaden vil investere og sikre implementeringskraft i udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen ved at prioritere følgende indsatser:

- ▶ Hospitalsdirektørkredsen har ledelse for et samlet program for regionens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. De skal kvalificere og prioritere de enkelte indsatser i årlige handleplaner. Og de skal have samlet blik for fremdrift, risici og afhængigheder.
- ▶ Regionens centre prioriterer indsatser for "det nære og sammenhængende", der kan understøtte hospitalernes opgaveløsning – det kan handle om digital understøttelse, kompetenceudvikling, logistik, patientsikkerhed, opfølgning mv.
- ▶ Efter fælles skabelon sætter hvert hospital en plan for prioriterede indsatser og opfølgning på fremdrift, herunder måltal for omstilling af patientforløb. Hvert hospital arbejder med incitamenter til omstilling af behandling og opfølgning på ressourceforbrug.
- ▶ Region Hovedstaden følger få relevante datapunkter som led i Dataoverblikket, det kan fx være omlægning af patientforløb fra fysiske til digitale kontakter, løbende LUP, Det nationale kvalitetsprogram. PRO til at følge om patienterne oplever værdi i de samlede patientforløb på tværs af sektorer.

Forandring kræver handling

I Region Hovedstaden arbejder vi for at fremtidssikre vores sundhedsvæsen, så det fortsat kan tilbyde den behandling, der giver mest værdi for patienten.

I dette oplæg har vi præsenteret 6 mål for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Hvert mål akkompagneres af en række konkrete indsatser, som sætter retning på, hvordan vi i regionen vil arbejde med at udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Nogle indsatser er valgt, fordi de kan give værdi for patienten og vores samarbejdspartnere. Andre indsatser skal sætte takt og tempo på en del af de mange initiativer, der allerede er i gang. Fælles er, at indsatserne er led i en omstilling, der tager flere år. Noget kan regionen gøre selv og andet skal udvikles og igangsættes sammen med kommuner og praksissektoren.

Vi starter på egen banehalvdel

Regionens hospitaler og koncerncentre vil sammen forberede implementering af de første indsatser, så vi hurtigt kommer i gang. Det er fx målet, at vi vil kunne tilbyde udvidet behandlingsansvar på 72 timer for en større gruppe af patienter i starten af 2022. Det kræver ledelsesmæssigt fokus og prioritering. De indsatser, der er nævnt i dette oplæg, vil blive prioriteret og beskrevet i en handleplan, så vores medarbejdere og samarbejdspartnere ved, hvornår de kan forvente en realisering.

Kommuner og praksissektor er en del af løsningen

Hvis vi skal lykkes med at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen tæt på borgerne, skal det gøres sammen med kommuner og praksissektoren.

Danske Regioner og KL har sat 12 fælles pejlemærker for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. De er et godt fælles afsæt for, at regionen, de 29 kommuner og praksissektoren kan finde nye fælles løsninger. Vi skal se på Region Hovedstadens borgere som vores fælles ansvar. Derfor har alle parter en fælles interesse i at sætte et særligt fokus på forebyggelse, tidlig opsporing og egenomsorg ligesom vi skal samarbejde om at skabe optimale behandlingsforløb, der har borgerens behov i centrum. Tilsvarende har Danske Regioner og PLO formuleret en "Vision for almen praksis 2030", ligesom der med FAPS er formuleret "En fælles retning" som en fælles vision for udvikling af speciallægepraksis.

Der er gode pejlemærker for udvikling og samarbejde i kommende år, som skal forfølges konkret bl.a. i Hovedstaden. Der er en kommende Praksisplan for almen praksis på vej i høring og Praksisplan for bl.a. Speciallægeområdet og Fysioterapi er under vejs. Omstillingen af hospitalernes opgaver og udviklingen i praksissektor med bl.a. en hensigtsmæssig anvendelse af praksissektors kapacitet hænger tæt sammen.

Regionen, kommuner og praksissektoren skal bygge videre på det velfungerende tværsektorielle samarbejde vi har. Gode erfaringer med samarbejde under COVID19 og signaturprojekter under sundhedsaftalen skal bringes i spil, når der skal udvikles endnu flere nye løsninger. Der skal være en klar plan og ramme for samarbejdet om nye fælles initiativer, så forventninger og kapacitet følges ad. Derfor vil regionen også samarbejde med kommuner og praksissektor om aftalt opgaveudvikling i kommende år og meget gerne baseret på modeller, som parterne kender, fx svarende til samarbejdet om kommunale akutfunktioner, modeller for IV-hjemmebehandling mv

Region Hovedstaden vil gerne i fællesskab med kommunerne og praksissektoren sætte et flerårigt politisk fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. Vi skal sammen komme med konkrete bud på, hvordan vi kan udvikle sundhedsvæsenet i regionen. Sundhedskoordinationsudvalget skal følge arbejdet og sikre involvering af udvalgene for praksisplaner, når det er relevant.

Borgernes aftryk

Borgernes behov og situation skal være den røde tråd i det arbejde vi sætter i gang, både internt i regionen og fælles med kommuner og praksissektoren. Det stiller krav om, at vi gør os umage med at invitere borgerne ind i maskinrummet, når vi prioriterer indsatser, og udvikler nye løsninger og initiativer. Vi har erfaringer med brugerinddragelse i regionen, vi har oprettet brugerråd, patientfora og vi har patienter med i administrative fora under sundhedsaftalen. Den organisatoriske brugerinddragelse skal også ske i udarbejdelse af både regionens handleplan og i det fortsatte samarbejde mellem kommuner, praksissektoren og regionen om et styrket fokus på det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

E-mail: regionh@regionh.dk
www.regionh.dk