



Jo før – jo bedre

Tidlig diagnose, bedre behandling
og flere gode leveår for alle

Jo før – jo bedre

Tidlig diagnose, bedre behandling
og flere gode leveår for alle

Indhold

Forord	7
Indledning	8
Hovedelementer i strategien	9
Ambitiøse mål for sundhedsvæsenet	12
Sundhedsvæsenet er styrket	14
Invitation til bredt samarbejde	17
1. Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve	18
2. Kroniske sygdomme skal opdages tidligere – og de svageste patienter skal have ekstra hjælp	22
3. Styrkelse af den praktiserende læge	28
4. Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende	30
5. Bedre kvalitet via synlighed og åbenhed om resultater	34
Økonomi	38



Forord

Fri og lige adgang til sundhed er en kronjuvel i vores velfærdssamfund. Det er en grundlæggende tryghed og livskvalitet for os alle sammen.

Regeringen har allerede taget en række markante initiativer på sundhedsområdet. Vi har givet patienterne ret til hurtigt at blive udredt for deres sygdom. Vi har afskaffet skattefri-tagelse for private sundhedsforsikringer og styrket vores fælles sygehuse. Og vi har senest besluttet at investere 2,2 mia. kr. i en ny og moderne psykiatri, hvor vi gør op med forskelsbehandlingen af mennesker med psykiske sygdomme.

Men der er fortsat behov for forbedringer og for at tænke nyt. Danskernes adgang til sundhed skal være blandt den bedste i verden. Derfor vil regeringen over de næste fire år investere 5 mia. kr. i tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Regeringen ønsker ikke nulvækst i de offentlige udgifter, men vil i stedet investere i vores fælles offentlige sundhedsvæsen.

I dag er der alt for mange danskere, der dør for tidligt af kræft – og flere end i Sverige og Norge. Det skal vi gøre bedre, blandt andet ved at blive dygtigere til at opdage sygdommen i tide.

Stadig flere borgere lever med en kronisk sygdom. De skal have bedre muligheder for en god og tryk hverdag. Og vi vil løfte kvaliteten på hele sundhedsområdet – for eksempel ved at inddrage patienterne langt mere i deres egen behandling.

Direktøren og buschaufføren har formelt lige adgang til sundhed. Men reelt bliver borgere med kort uddannelse og lav indkomst oftere ramt af kræft, diabetes eller KOL – og lever væsentlig kortere. Derfor er regeringens fokus på netop kræft og kroniske sygdomme også en investering i større lighed. Samtidig vil vi tage bedre og mere målrettet hånd om de borgere, der har størst behov for hjælp.

Når vi skal forbedre danskernes sundhed, stiller det store krav til alle dele af sundhedsområdet fra lægen i almen praksis til ledere og medarbejdere på sygehusene og i kommunerne. Regeringen ønsker dialog og samarbejde med regioner, kommuner, patientforeninger og faglige organisationer, så vi kan nå vores fælles mål: At alle borgere skal have den bedste behandling, når de har brug for den.

Regeringen, august 2014

Indledning

Regeringen vil investere 5 mia.kr. over de næste fire år i et løft af det offentlige sundhedsvæsen. Denne store investering kan regeringen finansiere, fordi vi har prioriteret et råderum til at udvikle den offentlige service i de kommende år.

Sundhed er et af de områder, som regeringen fortsat ønsker at prioritere højt.

Regeringen vil med denne nye, ambitiøse sundhedsstrategi sætte målet ind på områder, hvor det danske sundhedsvæsen skal blive endnu bedre. Strategien bygger oven på de forbedringer af det danske sundhedsvæsen, som er sket i de seneste år.

Strategien vil føre til klare forbedringer, som patienterne og deres pårørende konkret kan mærke i de kommende år. Det målrettede løft af kræftområdet og kronikerområdet vil være til gavn for en bred kreds af danskere.

Danskere med kort uddannelse og lav indkomst er oftere ramt af sygdom end resten af befolkningen. Og chancen for at overleve eller leve med sin sygdom afhænger af den enkeltes sociale og uddannelsesmæssige baggrund. Strategien vil gennem de konkrete initiativer bidrage til at mindske uligheden i sundhed.



Hovedelementer i strategien

Hovedelementerne i strategien er:

1. Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve

Hvert år bliver 37.000 danskere ramt af kræft. Ca. 260.000 danskere har i dag en kræftsygdom. Chancen for at overleve en kræftsygdom er lavere i Danmark end i landene omkring os: Sverige, Norge og Finland. Det er blandt andet fordi kræftdiagnosen stilles for sent. Samtidig er der for store forskelle i både ventetid og behandlingskvalitet mellem de enkelte sygehuse og regioner.

Det skal der rettes op på. Den danske kræftbehandling skal være blandt de bedste i verden.

Regeringen foreslår derfor, at de praktiserende læger bliver bedre rustet til hurtigere at opdage og reagere på mistanke om kræft. Som noget nyt får lægerne lettere adgang til at henvise direkte til undersøgelse på sygehuset. Og kapaciteten til at gennemføre undersøgelser på sygehuse og i de regionale diagnostiske centre skal øges, så ventetiden på at blive undersøgt bliver kortere. Det vil betyde, at kræftsyge kommer hurtigere i behandling og dermed får større chance for at overleve.

2. Kroniske sygdomme skal opdages tidligere – og de svageste patienter skal have ekstra hjælp

Omkring 1 million danskere lever i dag med en kronisk sygdom, som f.eks. diabetes, gigt eller lungesygdommen KOL. Mange lever med kroniske sygdomme eller forstadier uden at vide det. Derfor er en tidlig diagnose og effektiv behandling afgørende. Det gælder ikke mindst danskere med kort uddannelse og lav indkomst, der hyppigere er ramt af kronisk sygdom. Tidligere behandling vil øge livskvaliteten for patienterne, der bl.a. kan undgå gentagne indlæggelser på sygehuset.

I Danmark indlægges borgere med kroniske sygdomme som f.eks. KOL og diabetes oftere end i andre lande som f.eks.

Sverige og Norge. Og der er samtidig stor forskel på, hvor ofte patienterne indlægges akut på tværs af kommuner og regioner.

Regeringen foreslår, at de praktiserende læger gennemfører et målrettet sundhedstjek for dem, der har særlig stor risiko for at have kroniske sygdomme som f.eks. diabetes og lunge sygdomme. Det skal sikre, at patienterne hurtigere kommer i relevant behandling og medvirke til at mindske uligheden. Borgere med en kronisk sygdom skal have en god og effektiv behandling tæt på deres hverdag og fremover som noget nyt have en plan for deres forløb. Og de svageste patienter skal have tilbud om støtte fra en særligt uddannet sygeplejerske. Det skal hjælpe de allersvageste danskere med kronisk sygdom til en mere velfungerende hverdag.

3. Styrkelse af den praktiserende læge

Borgernes egen læge – den praktiserende læge – skal styrkes, så der bliver den samme høje kvalitet i hele landet. Det er vigtigt for tidligere at opdage alvorlige sygdomme som kræft og KOL og dermed understøtte patienternes nye ret til hurtig udredning inden for en måned. Men også for at give borgerne bedre behandling og bedre service. Den praktiserende læge skal være tilgængelig, når det passer ind i en travl familiehverdag.

Regeringen foreslår, at de praktiserende læger arbejder sammen i større lægehuse og bor sammen med f.eks. speciallæger, kommunale sundhedstilbud og udgående sygehusfunktioner. Der skal også øget fokus på lægernes resultater.

Samtidigt skal der på plejecentre og bosteder være tilknyttet en fast læge, som kan hjælpe de svageste beboere, der har særligt behov for tryghed og sammenhæng i den hjælp, de får.

4. Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende

Mange danskere har svært ved at få kommunikationen med lægen til at fungere og oplever ikke, at de og deres pårørende inddrages nok i behandlingen. Hvis sundhedsvæsenet indrettes mere efter, at patienterne deltager i beslutningerne om deres egen behandling, vil det både give mere tilfredse patienter, øge patienternes medbestemmelse og forbedre behandlingsresultaterne.

Regeringen foreslår, at patienter og pårørende inddrages mere i behandlingen, så lægernes professionelle vurdering af sygdomme og behandlingsmuligheder i højere grad ledsages af patienter og pårørendes ønsker og behov. Patienter og pårørende skal mere med i beslutningerne om, hvad der skal gøres. Kommunikationen skal være til at forstå. Patienternes viden om egen sygdom skal bruges til at forbedre behandlingen. Og patienterne skal kunne udnytte de nye teknologiske muligheder for undersøgelser og behandling via telemedicin i eget hjem.

Patienterne skal samtidig have bedre og hurtigere adgang til deres egne journaloplysninger, så de aktivt kan følge med og tage del i behandlingen.

5. Bedre kvalitet i behandlingen – via synlighed og åbenhed om resultater

Kvaliteten i det danske sundhedsvæsen halter på nogle områder i forhold til sammenlignelige lande. Og der er for store forskelle i kvaliteten på tværs af sygehuse og praktiserende læger.

Regeringen vil styrke og nytænke det nationale kvalitetsarbejde i sundhedssektoren, så alle patienter oplever høj kvalitet i behandlingen – uanset hvor de bor. Der lægges op til en kulturændring, hvor der skal mere fokus på kvalitet og effekt. Der skal være større synlighed om sundhedsvæsenets resultater, så både patienter og sundhedsvæsenets medarbejdere får gavn af dem. Nationale ekspertgrupper skal løbende følge de opnåede resultater på udvalgte sygdomsområder og understøtte sygehusafdelingerne i at arbejde efter den bedste viden. Der skal tilføres ekstra midler til sygehusenes arbejde med at øge kvaliteten og undgå fejl. Og sygehusene skal have øget fokus på rengøring og hygiejne.

Der er tale om fem indsatsområder, der hænger sammen, og som tilsammen vil give et markant løft af vores fælles sundhedsvæsen.

Regeringen vil gennemføre initiativerne i tæt samarbejde med bl.a. regioner og kommuner og vil derfor invitere sundhedsvæsenets parter til dialog om de fem indsatsområder og udviklingen af de enkelte initiativer.

De fem indsatsområder i strategien og de konkrete initiativer er uddybet nærmere i de kommende kapitler.

Strategien henter inspiration fra det bedste herhjemme og fra andre lande for at styrke indsatsen for den enkelte patient.



Boks 1 Hovedelementer i regeringens nye sundhedsstrategi 2015-2018

Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve (1,1 mia. kr.)

- Bedre redskaber til de praktiserende læger til at opdage kræftsymptomer tidligere.
- Udvidet adgang til de praktiserende læger til at henvise patienterne direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehuset, så unødigt spildtid undgås.
- Udvidelse af kapaciteten til udredning af kræft, så udredningen kan ske hurtigt.
- Udvidet kapacitet til mere skånsom operativ behandling.
- Styrket smertelindrende (palliativ) indsats for uhelbredeligt syge børn.

Kroniske sygdomme skal opdages tidligere – og de svageste patienter skal have ekstra hjælp (1,5 mia. kr.)

- Målrettet sundhedstjek for patienter med særlig stor risiko for kronisk sygdom, så deres sygdom opdages i tide.
- Klar plan for behandlingsforløb og mere kvalitet i behandlingen for bl.a. KOL-, diabetes- og gigtpatienter.
- National satsning for mennesker med lungesygdomme.
- Tilbud om fast tilknyttet sygeplejerske til de svageste patienter.

Styrkelse af den praktiserende læge (1,0 mia.kr.)

- Investeringer i almen praksis og i moderne lægehuse.
- Forsøg med kobling af honorering til resultater i almen praksis.
- Fast tilknyttet læge til plejecentre og bosteder.

Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende (0,3 mia.kr.)

- Sundhedspersonalet skal klædes bedre på til at inddrage patienter og pårørende i beslutninger om behandling, og patienterne får konkrete redskaber til at deltage mere aktivt i beslutningerne.
- Patienters viden om egen sygdom skal bruges til at målrette og forbedre behandlingen.
- Patienter over hele landet skal kunne udnytte de nye teknologiske muligheder for telemedicinsk behandling og opfølgning i eget hjem, hvor det giver bedre og billigere behandling.
- Patienter skal have bedre og hurtigere adgang til egne journaloplysninger.

Bedre kvalitet i behandlingen – via synlighed og åbenhed om resultater (1,1 mia.kr.)

- Et nationalt kvalitetsprogram, der skaber synlighed om resultaterne i sundhedsvæsenet, skal forbedre kvaliteten og udbrede bedste praksis.
- Nationale eksperter skal følge og understøtte kvalitetsudviklingen på de enkelte sygehusafdelinger.
- En pulje til belønning af resultater og kvalitet, der understøtter kvalitetsudviklingen.
- Øget fokus på rengøring og hygiejne.

Ambitiøse mål for sundhedsvæsenet

Regeringen ønsker at sætte ambitiøse mål for udviklingen i sundhedsvæsenet, som vil komme patienterne til gode i form af konkrete og mærkbare resultater. Det er regeringens mål, at det danske sundhedsvæsen på kræft- og på kronikerområdet i løbet af de næste 10 år kan måle sig med

de bedste i verden. Tre ud af fire kræftpatienter skal være i live fem år efter diagnosen er stillet i 2025, hvor det kun er godt halvdelen i dag. Og KOL- og diabetespatienterne skal indlægges akut på sygehuset 20 pct. mindre end i dag. Det er tre ambitiøse mål.

Boks 2 Regeringens målsætninger

Regeringens mål over for patienter med kræft

Kræftbehandlingen i Danmark skal kunne måle sig med de bedste lande i verden. Der skal være langt flere kræftpatienter, der overlever deres sygdom. I dag rammes 37.000 danskere årligt af kræft, men det er kun lidt over halvdelen af kræftpatienterne, der er i live fem år efter, sygdommen er opdaget.

Regeringens målsætning frem mod 2025 er, at:

- Tre ud af fire kræftpatienter skal være i live fem år efter diagnosen er stillet.

Hvis det var niveauet i dag ville det svare til, at ca. 6.000 flere patienter om året ville overleve i minimum fem år efter kræften er opdaget. Der er tale om en ambitiøs målsætning, der betyder, at kræftoverlevelsen vil stige endnu mere end udviklingen de seneste 10-15 år.

Regeringens mål over for patienter med kronisk sygdom

Målet er, at danskere med en kronisk sygdom hurtigere bliver undersøgt og kommer i den rigtige behandling. Det vil sikre, at de i højere grad kan leve et aktivt hverdagsliv uden unødvendige sygehusbesøg. Målet er, at indlæggelser og genindlæggelser, der kunne være undgået, hvis sygdommen var opdaget tidligere eller var behandlet mere effektivt i bl.a. almen praksis, skal nedbringes.

Regeringens målsætning frem mod 2025 er, at:

- Antallet af akutte indlæggelser pr. KOL- og diabetes patient reduceres med 20 pct.
- Andelen af genindlæggelser blandt KOL- og diabetespatienter reduceres med 20 pct.

Hvis det var i dag, ville det svare til, at der var godt 6.000 færre akutte indlæggelser af patienter med KOL og diabetes.

Strategien skal føre til markante forbedringer for patienterne. Det skal et bredt samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører bidrage til. For at realisere målsætningerne må alle sundhedsvæsenets aktører spille aktivt med og arbejde sammen. Derfor inviterer regeringen regioner, kommuner, patientforeninger og faglige organisationer til at tage ansvar og være med til at realisere målsætningerne til gavn for patienterne.

Strategien skaber grundlaget for et sundhedsvæsen, hvor indsatsen målrettes efter den enkelte patients behov og hverdag, og hvor alle danskere uanset indkomst, uddannelse og bopæl møder et sundhedsvæsen, der er til for dem. Med tilbud af høj kvalitet. Med sammenhæng mellem den praktiserende læge, sygehuse, kommunale tilbud og det øvrige sundhedsvæsen. Hvor man som patient føler sig set og hørt.



Boks 3 Regeringens vision på sundhedsområdet

Regeringens vision er et stærkt, solidarisk sundhedsvæsen. Der skal være fri og lige adgang for alle borgere, og hvis man bliver syg, skal det fortsat være gratis at gå til lægen. Regeringen vil ikke indføre ny brugerbetaling på sundhedsområdet.

Det fælles sundhedsvæsen skal være af meget høj kvalitet. Vi skal på overlevelse og kvalitet i behandlingen af den enkelte patient kunne måle os med de bedste lande. Sundhedsvæsenet skal styres efter kvalitet og resultater. Der skal ikke være store forskelle i, hvor god behandling man får afhængig af, hvor man bor.

Sundhedsvæsenet skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov og ressourcer, og der skal tages bedre og mere målrettet hånd om de borgere, der har størst behov og herved bidrage til større lighed i sundhed. I Danmark skal den sociale baggrund, hvilken uddannelse eller indkomst man har, ikke være bestemmende for, hvor langt et liv man kan forvente, eller hvilken behandling man kan se frem til, hvis man bliver syg.

Sundhedspersonale skal samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper, så sundhedsvæsenet er sammenhængende til gavn for borgeren.

Sundhedsvæsenet skal bygge på en grundlæggende tillid til, at medarbejderne gør deres yderste for at levere så god en behandling for borgerne som muligt. Vi skal have tillid til de beslutninger, den enkelte læge eller sygeplejerske træffer. Men beslutningerne skal ske i fællesskab med patienten. Patienten skal inddrages aktivt i forløbet, så man oplever, at "min behandling er min beslutning".

Sundhedsvæsenet er styrket

Vi er allerede kommet langt med at styrke sundhedsvæsenet:

- Der bliver i disse år bygget 16 nye supersygehuse over hele landet.
- De akutte og komplicerede behandlinger er samlet på færre sygehuse. Det giver højere kvalitet til gavn for patienterne.
- Ventetiden på behandling af alvorlige lidelser er nedbragt til historisk lave niveauer.
- Patienter med kræft lever i dag længere end for 10 år siden.
- Sammenlignet med andre lande, er Danmark et af de vesteuropæiske lande med den laveste dødelighed på hjerteområdet.

Regeringen har allerede taget en lang række initiativer til at forbedre sundhedsvæsenet, jf. figur 3:

- Der er indført en helt ny patientrettighed – udredningsretten – som giver patienterne ret til at blive udredt inden for 30 dage.
- Indsatsen for patienter med psykiske sygdomme er styrket. Bl.a. med nye udrednings- og behandlingsrettigheder, der giver patienter med psykisk sygdom samme rettigheder som de øvrige patienter. Og med en aftale i foråret 2014, som giver psykiatrien et historisk løft på 2,2 mia. kr.
- Samtidig har regeringen prioriteret 4 mia. kr. til flere behandlinger, sygehusmedicin og forebyggelse i regioner og kommuner over de seneste tre år og sat nationale mål for danskernes sundhed.

Boks 4 Udredningsret

Hurtig udredning af ens sygdom er afgørende for, at man som patient kan få den rigtige behandling så hurtigt som muligt. Derfor har regeringen indført en helt ny patientrettighed – udredningsretten – som giver patienterne ret til at blive udredt inden for 30 dage.

Udredningsretten trådte i kraft 1. september 2013 (for fysiske sygdomme). For patienter med psykiske lidelser træder udredningsretten i kraft 1. september 2014 og indføres i to faser.

Udredningsretten indebærer, at alle patienter, der er henvist til et sygehus, skal have et tilbud om at blive udredt inden for 30 dage, hvis det er fagligt muligt. Hvis det

ikke er muligt at udrede patienten inden for 30 dage, skal patienten have en plan for den videre udredning.

Det betyder, at patienten ikke skal være katebold mellem forskellige afdelinger på samme sygehus eller mellem praktiserende læge og sygehus, men at regionen/sygehuset tager hånd om patientens udredningsforløb – og ikke giver "slip på" patienten, før patienten er udredt og har fået en afklaring på sin sygdom.

Hvis patienten ikke kan blive udredt inden for 30 dage på regionens egne sygehuse, har regionen pligt til at søge andre muligheder, herunder andre regioners sygehuse eller på private sygehuse eller klinikker.

Boks 5 Psykiatripakke sikrer massiv investering i behandlingspsykiatrien

Regeringen har sammen med satspuljepartierne afsat 2,2 mia. kr. til en ambitiøs kapacitetsopbygning og modernisering af psykiatriske sygehuse, der vil løfte behandlingskvaliteten og sikre en ligeværdig indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Med aftalen understøttes regeringens ligestilling af psykiatrien med andre sygdomsgrupper. Aftalen prioriterer midler til:

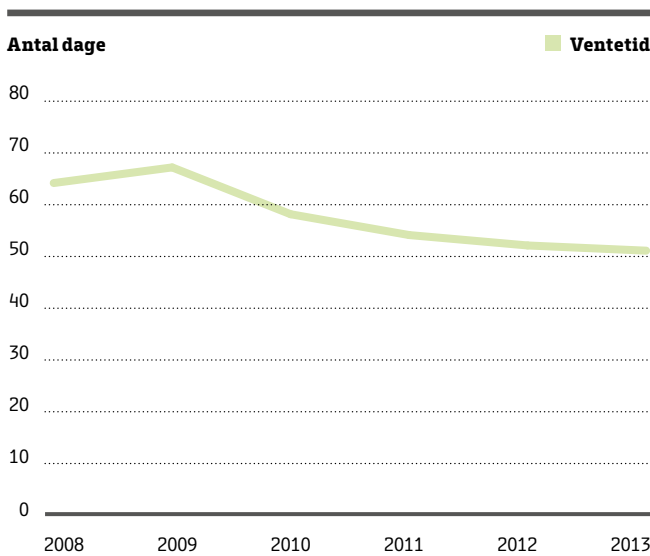
- Mere kapacitet af høj kvalitet, kortere ventetid, mere personale og mindre tvang.
- Flere og bedre kompetencer i psykiatrien, der øger kvaliteten og sikrer at patienten kommer i centrum.
- En moderne psykiatri med bedre fysiske faciliteter og rammer, der bl.a. kan understøtte flere fysiske og rekreative aktiviteter på afdelingerne.
- En styrket tværfaglig indsats for børn og unge med psykiske lidelser.

Regeringen kom i foråret 2014 med en handlingsplan om psykiatri, som lægger sporene for en mere moderne og ligeværdig indsats for mennesker med psykiske lidelser.

Handlingsplanen sikrer bl.a. mennesker med psykiske lidelser samme ret til hurtig udredning og behandling, som mennesker med fysiske sygdomme.

En mere ligeværdig indsats handler også om mere ensartet kvalitet. Med satspuljeaftalen vil behandlingsskapaciteten blive udbygget og flere og bedre kompetencer vil højne kvaliteten.

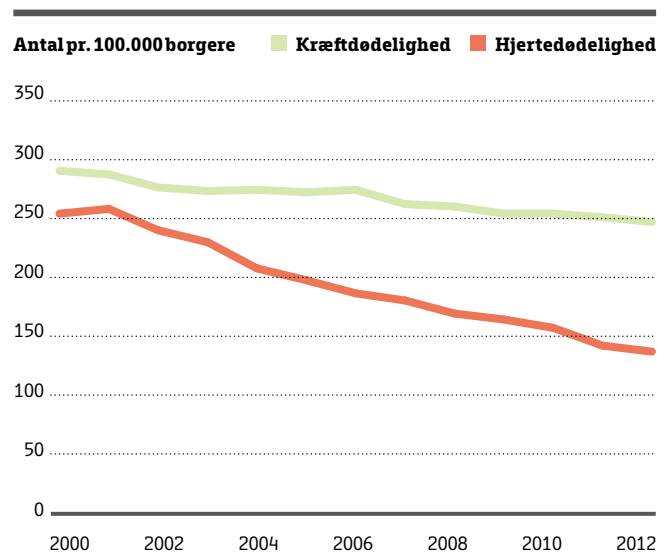
Figur 1 Ventetid i somatikken for operationer



Anm. Figur indeholder gennemsnitlig erfaret ventetid for alle opererede patienter.

Kilde Grupperet Landspatientregister per 10. marts 2014.

Figur 2 Kræft- og hjertedødelighed pr. 100.000 indbyggere, 2000-2012



Anm. Til den aldersstandardiserede rate er anvendt den danske befolkning 1. juli 2000 fordelt på 5-års intervaller. Personer over 84 udgør dog en enkelt gruppe.

Kilde Dødsårsagsregisteret, Statens Serum Institut.

Figur 3 Regeringens initiativer



Invitation til bredt samarbejde

Den nye sundhedsstrategi skal give en bedre sammenhæng i det danske sundhedsvæsen, så borgerne oplever, at deres behandlingsforløb hænger sammen, og der sikres mest mulig sundhed for pengene.

Regeringen vil sammen med regioner og kommuner i fællesskab videreudvikle og forstærke et sundhedsvæsen for alle danskere.

Et mere sammenhængende sundhedsvæsen skal have patienten i centrum og vil være med til at sikre, at vi kan forebygge indlæggelser og undgå genindlæggelser. Så vidt det er muligt, skal borgeren have tilbud i eget hjem eller tæt på borgerens dagligdag.

Strategien bygger på styrken i vores fem regioner med folkevalgte politikere. Fem demokratisk forankrede regioner, som med konkrete resultater har vist, at de er opgaven med at udvikle og styre sundhedsvæsenet voksen – både på kvalitet og styring af udgifterne. I de seneste år har regionerne holdt styr på økonomien og reduceret ventetiderne samtidig med, at de har udarbejdet og vedtaget langsigtede sygehusplaner. Med de nye supersygehuse bliver regionernes muligheder for at løfte deres vigtige opgaver styrket.

Den nye sygehusstruktur skal fungere sammen med lokale sundhedstilbud med høj kvalitet og tilgængelighed for borgerne, så vi får et sammenhængende sundhedsvæsen. Derfor gennemfører regeringen en langsigtet og ambitiøs investering i de praktiserende læger og almen praksis. Regeringen ønsker at udvikle nye sundhedshuse, investere i bedre it hos de praktiserende læger og at afprøve nye metoder for afregning af lægernes indsats, der styrker forebyggelse og kvalitet i behandlingen.

Den praktiserende læges rolle skal således styrkes, så de hurtigere kan opdage, hvis en borger har kræft eller anden alvorlig sygdom. Den praktiserende læge skal have mere ansvar for behandlingen af patienter med en kronisk sygdom, så patienterne undgår unødige indlæggelser på sygehuset.

Regeringen vil derfor invitere de praktiserende læger, regioner og kommuner til et samarbejde om en langsigtet udvikling og modernisering af almen praksis.

Regeringen vil samtidig ved en bred indsats øge kvaliteten i hele sundhedsvæsenet. Styringen af vores sundhedsvæsen skal inddrage kvalitet og resultater, og motivere og engagere de ansatte. Hos medarbejderne skal der opbygges kompetencer og værktøjer til systematisk at arbejde med kvalitetsforbedringer på baggrund af viden om, hvad der er bedste praksis.



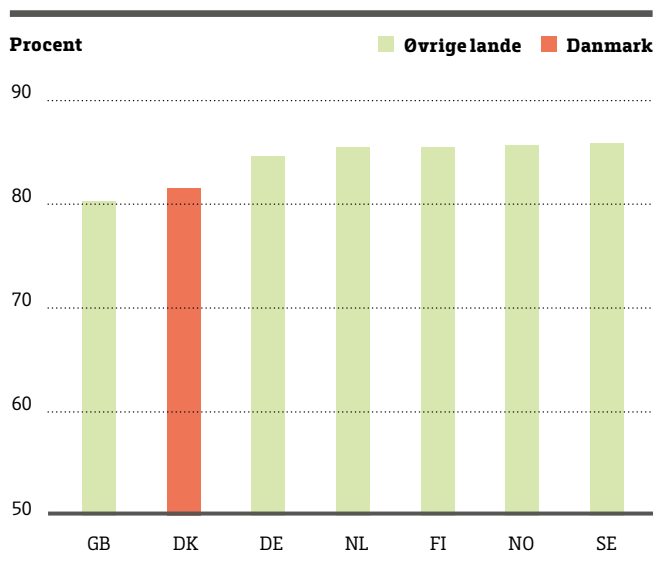
1. Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve

Symptomer på kræft skal hurtigt opdages og undersøges, så kræftramte hurtigere kommer i behandling og dermed får større chancer for at overleve. Regeringen prioriterer 1,1 mia.kr. i 2015-2018 til en tidligere identifikation af kræft og øget kapacitet til diagnostiske undersøgelser samt mere skånsom behandling.

Kræftbehandlingen i Danmark er over det seneste årti blevet markant forbedret, og overlevelsen er stigende. Der er gennemført en klar økonomisk prioritering af området, der er indført pakkeforløb, og der følges systematisk op på ventetider (se boks 5). Senest er der i finansloven for 2014 afsat 275 mio. kr. til et dansk center for partikelterapi, som særligt vil styrke behandlingen af kræftramte børn.

Men selv om kræftbehandlingen i Danmark er blevet bedre, er chancen for at overleve en kræftsygdom stadig lavere end i Sverige, Norge og Finland. Det gælder for eksempel på områder som brystkræft og tarmkræft.

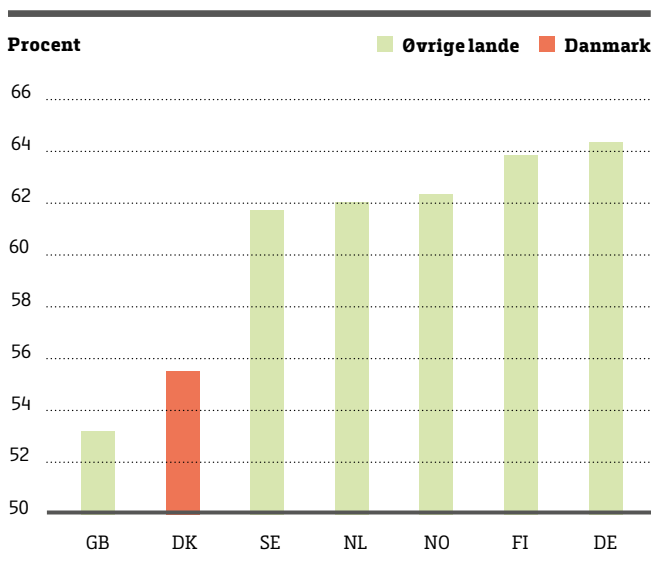
Figur 4 Brystkræft, 5-års overlevelse, 2006-2011



Anm. Opgørelsen omfatter udelukkende kvinder og er aldersstandardiseret. Data for Finland og Tyskland er fra hhv. 2005-2010 og 2004-2009.

Kilde OECD.

Figur 5 Tyk/endetarmskræft, 5-års overlevelse, 2005-2010



Anm. Opgørelsen er aldersstandardiseret. Data for Danmark og Tyskland er fra 2004-2009.

Kilde OECD.

Livsstilsfaktorer – herunder ikke mindst rygning – er en del af forklaringen på, at færre danskere overlever en kræftsygdom. Men det er ikke den eneste årsag.

Overlevelsen er også dårligere, fordi kræftdiagnosen ofte stilles for sent. Der tabes tid mellem, at første mistanke opstår, og diagnosen stilles. Det rammer især patienter med kræftformer, der i forvejen er svære at opdage på grund af uklare symptomer som hoste, træthed eller ondt i maven. Det er for eksempel patienter med tarmkræft, lungekræft og kræft i æggestokkene.

Der er i dag store forskelle i ventetid mellem sygehuse og regioner. F.eks. blev kun 60 pct. af patienter med brystkræft udredt for deres sygdom inden for den anbefalede tid i Region Hovedstaden, mens det var 75 pct. i Nordjylland og 82 pct. i Syddanmark jf. figur 6. Disse forskelle indikerer, at indsatsen kan blive bedre, hvis man lærer af hinanden.

Regeringen vil derfor prioritere 1,1 mia.kr. frem mod 2018 til en ny kræftplan, der sætter ind på det første led i sygdomsforløbet: Diagnosticeringen af kræft skal ske tidligere end i dag.

- Praktiserende læger skal have bedre redskaber til at opdage kræftsymptomer.

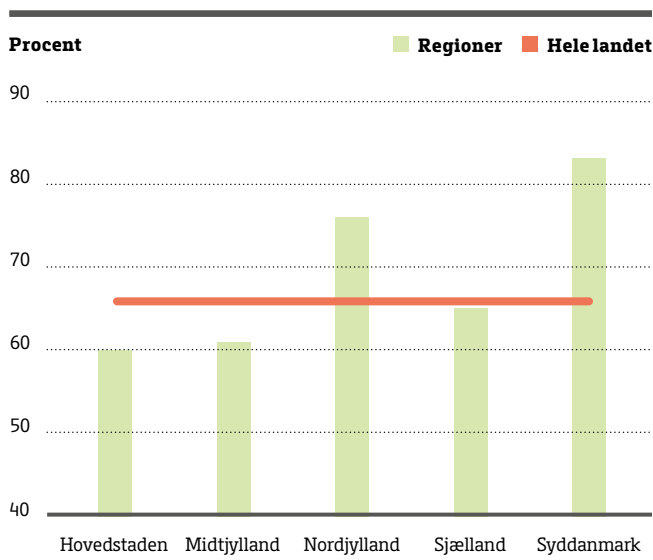
- De praktiserende læger skal have udvidet adgang til at henvise patienterne direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehuset.
- Kapaciteten for udredning af kræft skal udbygges, så patienter hurtigere kan få foretaget en udredning af deres kræftsymptomer.

Det vil betyde, at patienten vil opleve et udredningsforløb, der hænger sammen og er uden overflødig spildtid.

For patienten betyder en tidligere diagnose større chance for at overleve og bedre livskvalitet i form af mindre sygelighed og færre følgesygdomme. Samtidig ved vi, at det særligt er de dårligst stillede i vores samfund, der ikke søger læge i tide, når de har symptomer på kræft. Og disse patienter har ofte også andre sygdomme.

I dag rammes 37.000 danskere årligt af kræft, men det er kun lidt over halvdelen af kræftpatienterne, der er i live fem år efter, at sygdommen er opdaget. Det er regeringens mål frem mod 2025, at tre ud af fire kræftpatienter er i live fem år efter diagnosen er stillet. Det ville i dag svare til, at flere end 6.000 patienter om året ville være i live fem år efter, de har fået konstateret kræft.

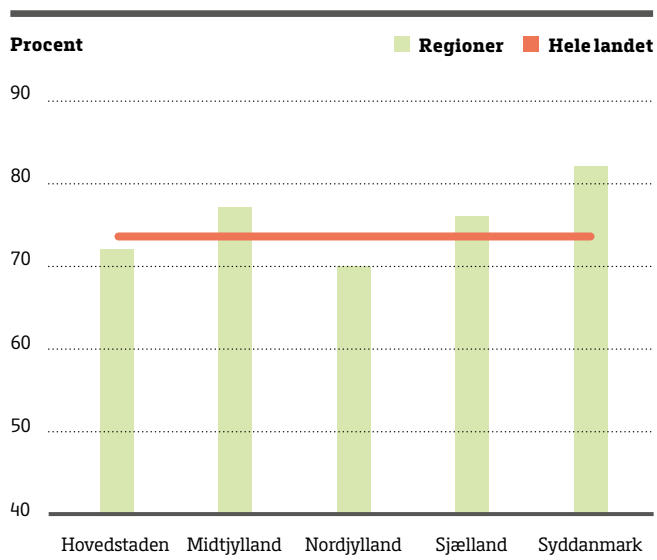
Figur 6 Andel forløb udredt inden for standardforløbstiden med diagnosen brystkræft, 2013



Anm. Standardforløbstiden er en faglig rettesnor, der beskriver den tid, der bør efterstræbes i forhold til en standardpatient.

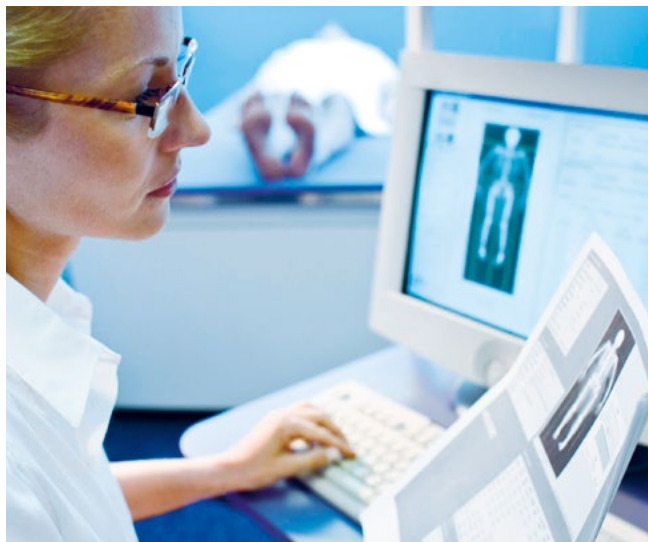
Kilde Monitorering af pakkeforløb 2013, ESundhed.dk.

Figur 7 Andel forløb udredt inden for standardforløbstiden med diagnosen kræft i prostata, 2013



Anm. Standardforløbstiden er en faglig rettesnor, der beskriver den tid, der bør efterstræbes i forhold til en standardpatient.

Kilde Monitorering af pakkeforløb 2013, ESundhed.dk.



Symptomer på kræft skal opdages tidligere

Det er afgørende at opdage kræften tidligere og stille diagnosen, før sygdommen udvikler sig – og før det er for sent. Det arbejde starter hos den praktiserende læge. Når en borger kommer hos den praktiserende læge, skal lægen være klædt på til at opfange symptomerne. Lægen skal samtidig have bedre mulighed for hurtigt – og via tæt samarbejde med sygehuset – at få afklaret, om der er tale om kræft.

Boks 6 Pakkeforløb på kræftområdet har givet bedre kræftbehandling

Et pakkeforløb er et på forhånd fastlagt forløb, der er baseret på kliniske retningslinjer og beskriver udredning, behandling og opfølgning af en kræftpatient. På den måde giver pakkeforløb grundlaget for et veltilrettelagt, sammenhængende forløb uden unødigt ventetid og med bedre inddragelse og information af patienten undervejs.

Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræftsygdom, gennem udredning, diagnose, behandling og efterbehandling. Kræftpakkerne har reduceret ventetiden for patienterne, forbedret kvaliteten og medvirket til den stigende overlevelse på kræftområdet.

Patienten kan herved hurtigere få den rette behandling og få flere gode år at leve i.

De praktiserende læger skal derfor have bedre muligheder for at opdage og reagere på mistanke om kræft. Det skal betyde, at lægen i mødet med patienten vælger den rigtige løsning første gang. Større opmærksomhed i almen praksis på alarmsymptomer kan opnås gennem efteruddannelse eller ved at styrke f.eks. den rådgivning, som den praktiserende læge kan modtage fra en kræftlæge på sygehuset.

Den praktiserende læge skal samtidigt have lettere adgang til at henvise direkte og bestille tid til undersøgelser på sygehuset inden for få dage. Det kan for eksempel være til en ultralydsscanning, et røntgenbillede eller en CT-scanning og faglig rådgivning, som kan af- eller bekræfte en mistanke om kræft.

Kort ventetid til undersøgelse af kræftsymptomer og skånsom behandling

For at patienter hurtigere kan få undersøgt deres kræftsymptomer, vil regeringen investere i en massiv udvidelse af kapaciteten til undersøgelse på sygehusene og på regionernes diagnostiske centre.

Flere patienter kan herved hurtigere blive henvist til den rigtige behandling og få større chancer for at overleve.

For at understøtte indsatsen yderligere, vil regeringen i dialog med regioner og de faglige selskaber se på at prioritere midler til konkrete behandlingsområder, hvor det er doku-

Boks 7 Eksempel: Ung kvinde med uklare symptomer på kræft

“Katrine” på 37 år har i en periode haft ondt i maven. Hun føler sig tit meget træt, og hun mangler energi til at lege med sine tre små piger. Hun går derfor til sin praktiserende læge for at blive undersøgt. Han kan ikke umiddelbart konstatere, hvad der er galt. Men for at afkræfte en mistanke om kræft i æggestokkene kan lægen – med den nye adgang til at bestille tid direkte til undersøgelse – henvise til en ultralydsscanning på sygehuset 3 dage efter. Her er der en ledig tid, som også passer fint for “Katrine”.



menteret, at nye eller mere skånsomme former for kirurgiske indgreb kan forbedre overlevelsen og livskvaliteten for patienten.

Styrket indsats for kræftramte børn

Årligt rammes ca. 400 danske børn og unge under 18 år af kræft, og ca. hver femte dør af sygdommen. Regeringen

ønsker derfor særskilt at prioritere den lindrende (palliative) indsats for børn med livstruende sygdom som kræft. Regeringen vil konkret forbedre den udgående indsats til behandling i eget hjem. Indsatsen skal forankres i et tæt samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommuner. Formålet er, at døende, kræftramte børn og deres familier oplever en bedre afslutning på et uafvendeligt kræftforløb.

FORSLAG

Bedre redskaber til hurtigere at opdage og reagere på mistanke på kræft

Regeringen foreslår, at de praktiserende læger får bedre redskaber til at opdage kræftsymptomer tidligere. Patientens egen læge skal have konkret støtte i form af praktiske værktøjer som f.eks. faglige vejledninger og målrettet efteruddannelse.

Regeringen foreslår, at de praktiserende læger får udvidet adgang til hurtigt at få patienterne undersøgt på sygehuse og de diagnostiske centre – bl.a. via direkte henvisning og tidsbestilling – så kræftramte hurtigere kan komme i den rigtige behandling.

Øget kapacitet til undersøgelser for kræft

Regeringen foreslår, at kapaciteten for kræftundersøgelser på sygehuse og på de regionale diagnostiske centre øges markant. Det betyder konkret, at udgifterne til diagnostik i forbindelse med udredning for kræft øges med op mod 15-20 pct. i forhold til det nuværende niveau. Herudover prioriteres midler til at øge kapaciteten til kræftkirurgi på udvalgte områder.

Styrket palliativ indsats for uhelbredeligt syge børn

Regeringen foreslår at styrke den udgående smertelindrende (palliative) indsats for uhelbredeligt syge børn ramt af f.eks. kræft.

2. Kroniske sygdomme skal opdages tidligere – og de svageste patienter skal have ekstra hjælp

Mange lider af en kronisk sygdom som f.eks. diabetes, lungesygdommene KOL og astma, gigt eller en hjertekarsygdom. Men mange ved det ikke, da det endnu ikke er blevet opdaget. En tidligere diagnose vil give borgere med kronisk sygdom meget bedre livskvalitet og bidrage til at mindske uligheden. Regeringen prioriterer 1,5 mia. kr. frem mod 2018 til målrettede sundhedstjek, bedre behandling af patienter med kroniske sygdomme og støtte til de mest komplekse og svage patienter.

Der er ca. 1 million danskere, der lever med kronisk sygdom som f.eks. diabetes, gigt, lungesygdomme eller kroniske hudsygdomme som f.eks. psoriasis. Det danske sundhedsvæsen giver i dag de kronisk syge en god behandling. Regeringen har styrket indsatsen med bl.a. 5 nye sundhedsaftaler og flere midler til kommunernes forebyggelsesindsats overfor særligt ældre borgere med kronisk sygdom. Men der er fortsat plads til forbedringer og behov for at tænke nyt.

Der er for store forskelle på behandlingen og forløbene på tværs af landet. Og flere af de lande, vi normalt sammenligner os med, har gode erfaringer, som vi skal lære af.

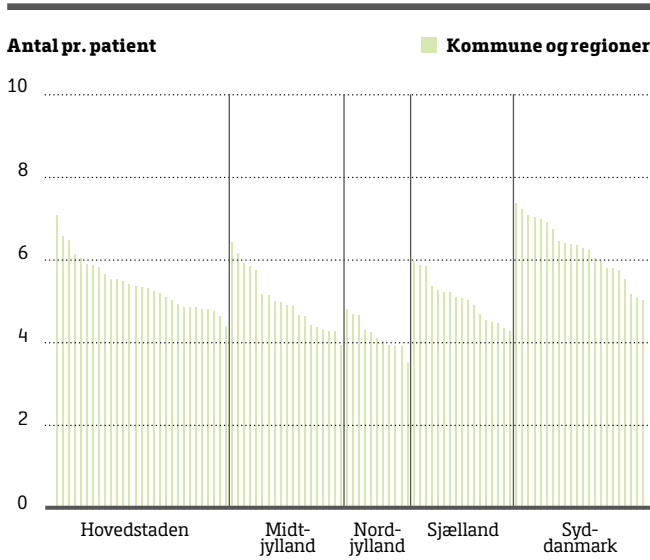
- Mange patienter bliver i dag behandlet på sygehuset, hvor det i virkeligheden giver bedre mening og større tryghed med et tilbud hos egen læge eller ved at udnytte de nye teknologiske muligheder for behandling i eget hjem.
- Mange patienter oplever fortsat, at sygehuset, egen læge og den kommunale hjemmesygepleje ikke taler godt nok sammen om behandlingen.

- Patienter med kronisk sygdom indlægges mere i Danmark end i de øvrige nordiske lande som f.eks. Sverige og Norge.

Der er desuden en udfordring, at der er stor ulighed i sundhed. Danskere med kort uddannelse og lav indkomst har færre gode leveår og rammes hyppigere af kronisk sygdom. Og muligheden for at overleve eller leve med sin sygdom afhænger af den enkeltes uddannelsesmæssige og sociale baggrund.

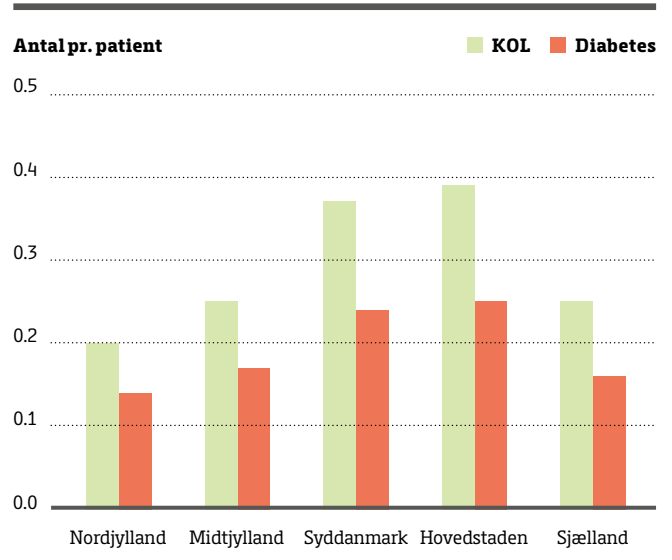
Regeringen vil give et løft til behandlingen af det stigende antal danskere med en eller flere kroniske sygdomme. Målet er, at danskere, der går rundt med en kronisk sygdom, hurtigere bliver undersøgt og kommer i den rigtige behandling. Det øger chancen for, at sygdommen kommer under kontrol, før den udvikler sig til noget værre, og for at undgå unødvendige sygehusbesøg. Bedre behandling og hjælp vil i det hele taget give de kronisk syge og deres pårørende en bedre livskvalitet.

Figur 8 Ambulante besøg pr. diabetespatient, kommune og regionfordelt, 2013



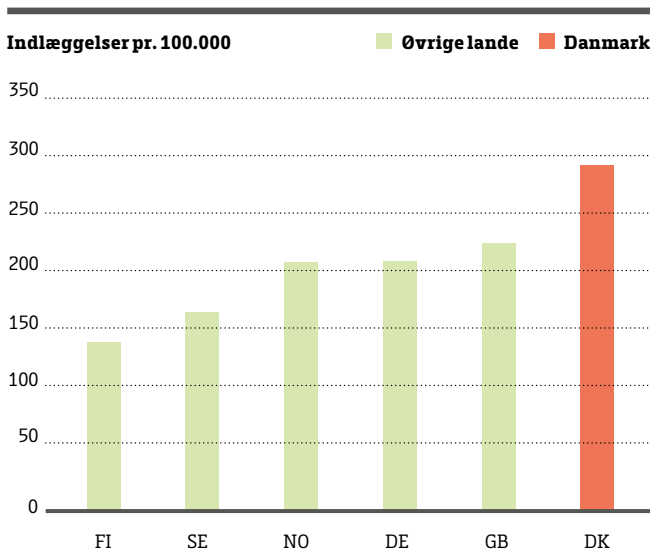
Anm. Data er ikke køns- eller aldersstandardiseret.
Kilde Registret for kroniske lidelser, (RUKS), Sygesikringsregister, Landspatientregisteret.

Figur 9 Skadestuebesøg pr. diabetes og KOL-patient, 2013



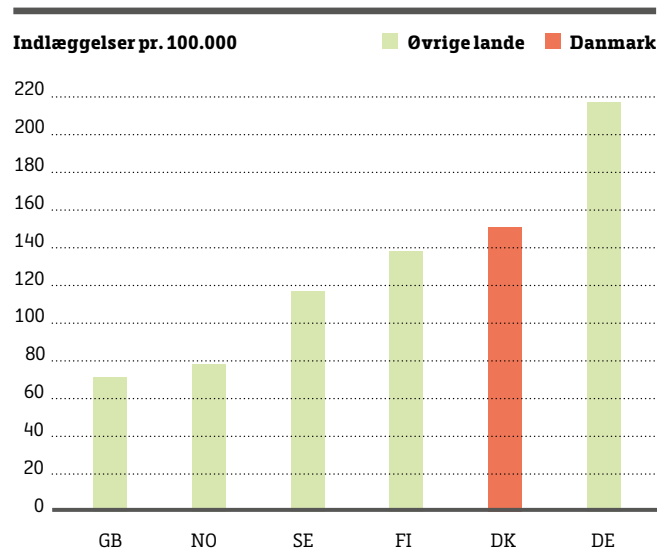
Anm. Data er ikke køns- eller aldersstandardiseret.
Kilde Registret for kroniske lidelser, (RUKS), Sygesikringsregister, Landspatientregisteret.

Figur 10 Indlæggelser som følge af lungesygdommen KOL, 2011



Anm. Opgørelsen er køns- og aldersstandardiseret og afgrænset til personer over 15 år. Data for Danmark er fra 2009.
Kilde OECD - Health at a Glance, 2013.

Figur 11 Indlæggelser som følge af ukontrolleret diabetes, 2011



Anm. Opgørelsen er køns- og aldersstandardiseret og afgrænset til personer over 15 år. Data for Danmark er fra 2009.
Kilde OECD - Health at a Glance, 2013.

Det er regeringens målsætning frem mod 2025, at antallet af akutte indlæggelser pr. patient, der har KOL og diabetes reduceres med 20 pct. Samtidig skal andelen af genindlæggelser blandt KOL- og diabetespatienter reduceres med 20 pct., jf. boks 2. Det svarer til, at vi i dag kunne undgå godt 6.000 akutte indlæggelser af KOL- og diabetespatienter.

Færre akutte indlæggelser vil være til gavn for patienterne, da det kan være en voldsom oplevelse, når sygdommen er så meget ude af kontrol, at der er behov for at blive indlagt akut på sygehuset. Det vil også give bedre rum til, at kapaciteten på sygehuset kan anvendes til de patienter med størst behov.

Samtidig skal vi sikre, at de danskere, der skal behandles for deres sygdom, får en bedre kontakt med sundhedsvæsenet og får den nødvendige støtte under deres sygdomsforløb.

Det vil gavne en bred kreds af danskere og vil samtidig bidrage til at mindske uligheden i vores samfund. Vi ved, at danskere med kort uddannelse og lav indkomst hyppigere har kroniske sygdomme end resten af befolkningen.

Og risikoen for at dø af sygdommen eller have gode leveår med sygdommen afhænger af uddannelse og indkomst. Det skal vi gøre bedre.

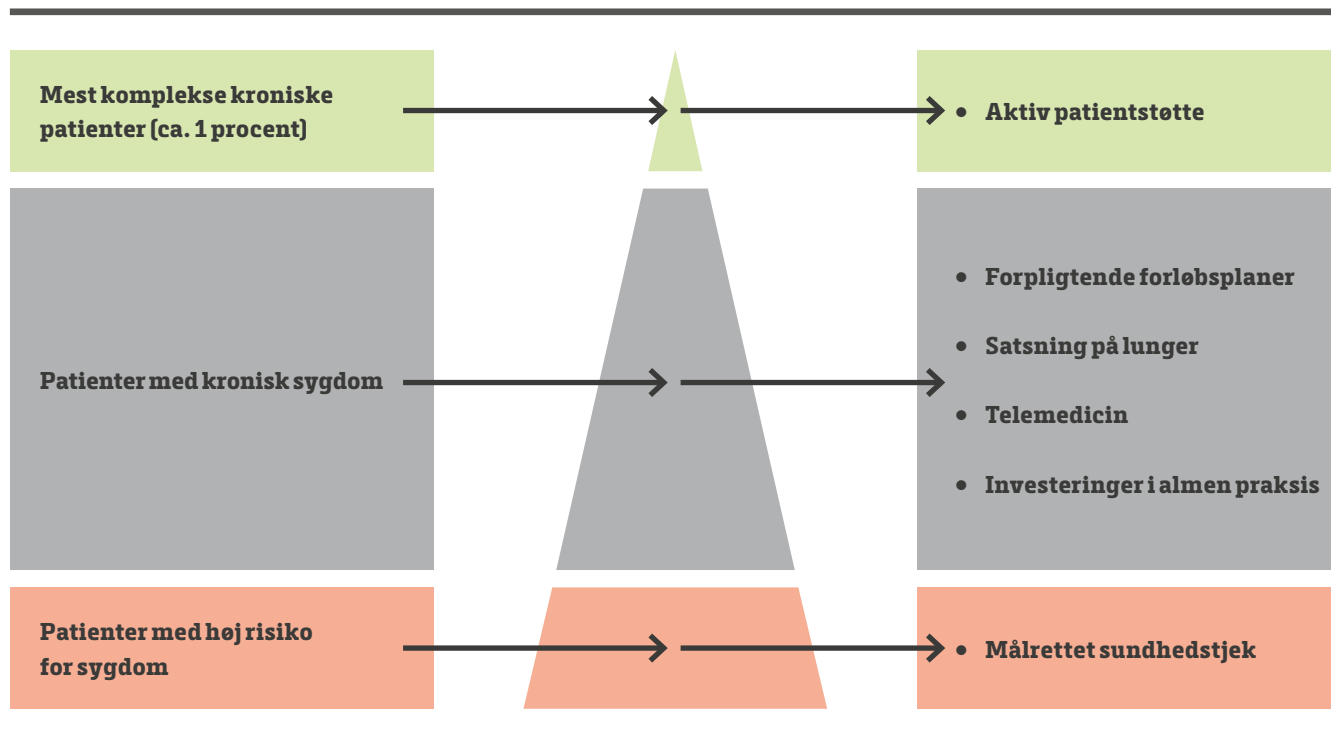
Forbedringerne skal opnås ved fire nye initiativer:

- Tidligere opdagelse af kronisk sygdom ved hjælp af målrettet sundhedstjek.
- Klar plan for forløbet og bedre tilbud om behandling, træning og hjælp.
- Aktiv patientstøtte fra en særligt uddannet sygeplejerske for de svageste og mest komplekse kronisk syge.
- National satsning for mennesker med lungesygdomme.

Målrettet sundhedstjek

For danskere med særlig stor risiko for at have diabetes eller en lunge- eller hjertekarsygdom, vil regeringen indføre et målrettet sundhedstjek, så deres sygdom bliver opdaget i tide. Sundhedstjekket skal gennemføres af patientens egen

Figur 12 Målrettet indsats for mennesker med kroniske sygdomme



læge og skal have fokus på de patienter, der er i risiko for at have diabetes eller en lunge- eller hjertekarsygdom, og de patienter, særligt kortuddannede mænd, der er dårlige til selv at opsøge lægen.

Sundhedstjekket betyder, at de praktiserende læger skal arbejde mere systematisk med at opdage kronisk sygdom. De skal have nye it-baserede redskaber, der kan støtte dem i at opdage borgere med høj risiko for kronisk sygdom, på baggrund af systematisk information om symptomer, risikofaktorer mv. På den baggrund laver lægen et målrettet sundhedstjek. F.eks. ved at måle blodsukker eller lungefunktionen.

Hvis en nærmere undersøgelse viser, at en borger har en kronisk sygdom som f.eks. lungesygdommen KOL, vil han eller hun få en plan for, hvilket forløb man som KOL-patient kan forvente fra sundhedsvæsenet, jf. nedenfor. Borgeren vil også modtage rådgivning om livsstilens betydning for sygdommen.

Viser sundhedstjekket, at borgeren f.eks. har tidlige tegn på diabetes, kan lægen tale med patienten om, hvordan man undgår, at sygdommen udvikler sig. Lægen kan bl.a. benytte anledningen til at give information om relevante forebyggende tilbud i kommunen. De borgere, som har høj risiko for at udvikle en kronisk sygdom, har lægen et ansvar for at følge. På den måde kan sundhedstjekket være med til at holde sygdommen på afstand.



Boks 8 Ulighed i sundhed

Alle danskere har lige adgang til sundhedsvæsenet, men alligevel eksisterer der ulighed i sundhed i Danmark. Det skyldes, at middellevetid, helbredstilstand og sygdomsbyrde bl.a. afhænger af uddannelsesniveau og indkomst.

Danskernes middellevetid er stigende. Men personer med lav indkomst har ikke oplevet samme stigning i levetiden som de bedre stillede. Eksempelvis lever den fattigste fjerdedel af danske mænd i gennemsnit knap 10 år kortere end den rigeste fjerdedel. For 25 år siden var forskellen blot 5,5 år.

Flere af de store folkesygdomme, som diabetes og KOL forekommer oftere hos personer med kortere uddannelse.

Og konsekvensen af sygdommene er alvorligere hos borgere med kort uddannelse blandt andet i form af højere dødelighed, nedsat funktion og arbejdsevne.

Eksempelvis er sandsynligheden for at være have lungesygdommen KOL samlet set næsten tre gange så stor for mænd og kvinder med en kort uddannelse sammenlignet med mænd og kvinder med en lang uddannelse. Konsekvensen ved sygdommen målt i risikoen for at miste sit arbejde er yderligere dobbelt så stor for KOL-patienter med en kort uddannelse i forhold til KOL-patienter med en lang uddannelse. Dødeligheden for KOL-patienter falder endvidere systematisk med stigende uddannelsesniveau.



Klar besked om behandling, træning og hjælp

De danskere, der får eller har fået konstateret en kronisk sygdom, skal have klar besked om deres behandlingsforløb, og deres behandling skal være af samme høje kvalitet – uanset hvor i landet de bor.

Patienter, der er blevet diagnosticeret med en kronisk sygdom som f.eks. diabetes, skal modtage en forløbsplan, der fortæller, hvilket forløb de kan forvente som diabetespatient – f.eks. i form af behandling, træning, uddannelse og lignende hos egen læge, hos kommunen og på sygehuset.

Boks 9 Eksempel: Måltrettet sundhedstjek

“Karsten” er 56 år, har røget dagligt i næsten 40 år og hoster i ny og næ. Karsten kommer med en lungebetændelse til lægen for anden vinter i træk. Lægen vil ud fra “Karstens” patientdata få et varsel om, at “Karsten” har særligt forhøjet risiko for at udvikle lungesygdommen KOL og vil derfor foreslå nogle målrettede test af blodtryk, lungefunktion mm. Det viser sig, at “Karsten” har KOL, og at hans blodtryk er forhøjet. Udover at lægen ordinerer medicin, tager lægen en snak med “Karsten” om hans livsstil.

Patientens forløb skal både afspejle sundhedsvæsenets fagligt begrundede tilbud til patienten og den enkeltes behov og ønsker. Patienter med samme diagnose har ikke nødvendigvis samme behov. Den konkrete behandling patienter med lungesygdommen KOL tilbydes – f.eks. med hensyn til medicin, fysisk træning eller rygestop – skal afhænge af den enkelte patients behov og ressourcer.

Samtidig skal behandlingsforløbet støtte de patienter, der kan selv, til at tage aktiv del i deres behandling. F.eks. med patientuddannelse og telemedicinske løsninger og teknologi, hvor patienten kan holde øje med egen sygdom derhjemme, jf. kapitel 4.

Planerne skal udvikles trinvis, så planerne for patienter med lungesygdommen KOL og diabetes udvikles først. Senere skal de udvides til også at omfatte bl.a. udvalgte muskelskeletlidelser som f.eks. gigt.

Sundhedsstyrelsen vil – i samarbejde med de relevante faglige organisationer, regioner, kommuner og andre aktører i sundhedsvæsenet – udarbejde det faglige grundlag.

Planerne skal give bedre sammenhæng i sundhedsvæsenets indsats overfor patienter med kronisk sygdom og supplere de sundhedsaftaler, som regioner og kommuner i dag indgår om sammenhæng for bl.a. patienter med kronisk sygdom.

Boks 10 Eksempel: Klar besked om behandling og hjælp

“Ayse” er 48 år og har netop fået konstateret type2-diabetes. Hun bliver chokeret og bekymret over, at hun har en alvorlig, kronisk sygdom. Men den plan, hun får hos sin læge beskriver, hvad hun som diabetespatient kan forvente at skulle igennem den første tid på diabetesambulatoriet og hos egen læge – både i forhold til behandling og støtte til at håndtere sin sygdom. Det gør situationen mere overskuelig for “Ayse”. Derudover henviser lægen hende til kommunens diabeteskursus, hvor hun skal lære at leve med sin diabetes i dagligdagen sammen med andre, som er i samme situation. Men planen i hånden sikres “Ayse” en indsats af høj kvalitet – der ikke afhænger af, hvor i landet hun bor.

Aktiv patientstøtte for de svageste kronisk syge

De svageste kroniske patienter skal have tilbud om støtte fra en fast, særligt uddannet sygeplejerske, der kan hjælpe patienterne gennem systemet med aktiv og individuel støtte til at håndtere deres sygdom.

Erfaringer fra Sverige viser, at det bl.a. vil betyde, at mange kronisk syge bliver mere trygge og opnår en bedre livskvalitet, f.eks. ved at undgå unødvendige indlæggelser på sygehuset.

Tilbuddet betyder, at de kronisk syge i en periode på f.eks. 6 til 9 måneder telefonisk har mulighed for at være i kontakt med en fast sygeplejerske for at få personlig vejledning. Sygeplejersken vil indgå i et tæt samarbejde med patientens egen læge.

National satsning for mennesker med lungesygdomme

En ny satsning på lungeområdet skal løfte indsatsen for patienter med sygdomme som KOL og børneastma. Indsatsen for at opdage sygdommen tidligt skal styrkes bl.a. med målrettede sundhedstjek. Og samtidig skal der i almen praksis gennemføres et større antal lungefunktionsmålinger blandt borgere, der er i risiko for at udvikle en lungesygdom. Borgere, der får konstateret f.eks. KOL, skal have en forløbsplan for KOL-patienter, som klart beskriver, hvilken behandling de kan forvente.

Samtidig skal telemedicinsk behandling, der støtter KOL-patienter i at håndtere deres sygdom og blive behandlet derhjemme, udbredes til hele landet. Det betyder konkret, at patienten kan slippe for besværlige ture til sygehuset og i stedet modtage besøg af f.eks. en hjemmesygeplejerske i eget hjem.

For at sikre, at forløbsplanerne giver resultater for patienterne, vil regeringen sørge for, at der følges op på mål og resultater for patienter med lungesygdomme. F.eks. i forhold til lægemiddelforbrug og sygehusindlæggelser. Den målrettede opfølgning skal bl.a. understøtte, at de gode løsninger spredes hurtigt.

Endvidere indføres et systematisk undersøgelsesprogram for astma. Hvert femte barn i førskolealderen og hvert tiende skolebarn har i dag børneastma. Astma er i dag den hyppigste kroniske sygdom hos børn. De praktiserende lægers kompetencer til at identificere og udrede sygdommen skal derfor forbedres, og samarbejdet mellem de praktiserende læger og den kommunale sundhedstjeneste skal styrkes.

FORSLAG

Målrettet sundhedstjek af borgere med særlig risiko

Regeringen foreslår, at danskere, som har en særlig stor risiko for at have diabetes eller en lunge- eller hjertekar-sygdom, skal have et målrettet sundhedstjek hos deres praktiserende læge, så deres sygdom bliver opdaget i tide.

Klar plan for behandling, træning og hjælp

Regeringen foreslår, at patienter, der er blevet diagnosticeret med en kronisk sygdom, får en forløbsplan, der giver dem klar besked om behandling, træning og hjælp og behandlingstilbud af høj kvalitet overalt i landet. I første fase kommer det til at omfatte patienter med lungesygdommen KOL og diabetes og dernæst bl.a. udvalgte muskelskeletlidelser som f.eks. gigt.

Aktiv patientstøtte af en særligt uddannet sygeplejerske

Regeringen foreslår, at de svageste kroniske patienter skal have tilbud om støtte fra en fast, særligt uddannet sygeplejerske, der kan hjælpe patienterne gennem systemet med aktiv og individuel støtte til at håndtere deres sygdom.

National satsning for mennesker med lungesygdomme

Regeringen vil give borgere med lungesygdomme som f.eks. KOL og børneastma mere ensartede behandlingstilbud, bedre mulighed for KOL-patienter til at holde øje med sygdommen hjemmefra vha. telemedicin, og styrke almen praksis' evne til at opdage borgere med lungesygdom.

Regeringens foreslår endvidere en særlig indsats for identifikation og udredning af børneastma.

3. Styrkelse af den praktiserende læge

Borgernes egen læge – den praktiserende læge – skal styrkes, så der bliver den samme høje kvalitet i hele landet. Regeringen vil prioritere en investering på 0,8 mia. kr. i bedre rammer for almen praksis gennem moderne lægehuse og sundhedshuse. Sammen med den styrkede kræft- og kronikerindsats i kap. 1 og 2, hvor en stor del af midlerne tilføres almen praksis, betyder det et samlet løft på over 2 mia. kr. over perioden.

De praktiserende læger er et vigtigt led i regeringens strategi for et bedre sundhedsvæsen, herunder den øgede indsats på kræft- og kronikerområdet, jf. kapitel 1 og 2.

Regeringen vil derfor invitere de praktiserende læger, regioner og kommuner til et samarbejde om en langsigtet udvikling af almen praksis:

- De praktiserende læger skal have samme høje kvalitet over hele landet.
- Lægen skal holde åbent og være tilgængelig for borgeren, når borgeren har brug for det.
- Lægerne skal arbejde tættere sammen med sygehusene og de kommunale sundhedstilbud.
- Lægerne rustes bedre til at opdage alvorlig sygdom og behandle bl.a. kroniske sygdomme.

Med den nye sundhedslov fra 2013 er rammerne skabt for at modernisere og forbedre de praktiserende lægers måde at løse deres opgave på. Ambitionen er, at lægerne arbejder sammen i større lægehuse, hvor der er stærke faglige miljøer. Regeringen ønsker, at flere læger bor sammen med andre i sundhedsvæsenet – f.eks. speciallæger, kommunale

sundhedstilbud og udgående sygehusfunktioner. Og at de sammen med bl.a. sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.fl. styrker indsatsen for mennesker med kroniske lidelser.

En sådan modernisering er forudsætningen for, at patienterne kan få gode forløb af høj kvalitet over hele landet. Det vil bl.a. betyde, at flere kan undgå at blive indlagt på et sygehus. Og det vil styrke den nye ret til hurtig udredning, så patienterne kan få afklaring på deres sygdom inden for en måned.

Investering i almen praksis tæt på borgernes hverdag

Regeringen vil investere i rammerne for at udvikle almen praksis og i moderne lægehuse og sundhedshuse. Det skal give mere sammenhæng i indsatsen for borgerne og et stærkt sundhedsfagligt miljø, hvor man bedre udnytter lokaler, udstyr og personale og kan give hinanden faglige råd og sparring. Det skal skabe rammerne for, at borgeren i sidste ende kan opleve flere raske leveår.

For yderligere at understøtte kvalitet og sammenhæng for patienterne, vil regeringen invitere almen praksis til forsøg med aflønning koblet til resultater i forhold til én eller flere af de store kronikergrupper.



Fast læge for beboere på bosteder og plejecentre

Beboere på bosteder og plejecentre har ofte flere sygdomme og brug for en tæt sammenhæng mellem læger og plejepersonalet.

Regeringen vil derfor indføre en ordning, hvor patienterne får tilbud om at få en fast læge, der er tilknyttet til bostedet eller plejecentret.

Erfaringer viser, at en fast læge kan skabe større sammenhæng for nogle af de svageste ældre borgere og forbedre kvaliteten for dem i både plejen og behandlingen og forebygge unødige indlæggelser.

FORSLAG

Investering i øget kvalitet i almen praksis

Regeringen foreslår at øge kvaliteten i almen praksis ved, at de praktiserende læger arbejder sammen i større lægehuse og bor sammen med f.eks. speciallæger og de kommunale sundhedstilbud. Samtidig vil regeringen invitere almen praksis til forsøg med aflønning koblet til resultater i almen praksis.

Fast læge for beboere på bosteder og plejecentre

Regeringen foreslår, at der på plejecentre og bosteder bliver tilknyttet en fast læge, som kan hjælpe f.eks. de svageste ældre beboere.

4. Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende

Regeringen ønsker, at patienter og pårørende inddrages mere i deres forløb i sundhedsvæsenet og oplever en bedre kommunikation med sundhedspersonalet. Patienter og pårørende skal i højere grad deltage i beslutninger om behandlingen. Og patienternes ressourcer og viden om egen sygdom skal inddrages bedre. Regeringen prioriterer samlet knap 300 mio. kr. i perioden 2015-2018 til en national strategi for patientinddragelse.

Undersøgelser viser, at danskerne har svært ved at få kommunikationen med lægen til at fungere. En nylig dansk undersøgelse viser, at der også her er ulighed i sundhed. Op mod hver fjerde dansker med lav indkomst og kort uddannelse har svært ved at forstå information om sundhed, uanset om de skal høre eller læse den. Det skal vi gøre bedre.

Patienter og pårørende har også et ønske om at blive inddraget mere i behandlingen af deres sygdom og de beslutninger, der skal træffes under vejs. Det kan f.eks. være behandling af et dårligt knæ, hvor der skal vælges mellem operation eller træning. Eller valg af medicin, der passer bedst til den enkelte diabetespatient. Forskning viser samtidig, at øget deltagelse i beslutningerne både vil øge patienternes medbestemmelse og forståelse og forbedre resultatet af deres behandling.

Regeringen vil med en række nye initiativer sætte patientinddragelsen på dagsordenen i sundhedsvæsenet:

- Øget patientinddragelse i beslutninger om behandling.
- Direkte anvendelse af patienternes viden om egen sygdom til bedre behandling.

- Øget anvendelse af nye teknologiske muligheder – telemedicin.
- Bedre og hurtigere indblik for patienterne i egne journaloplysninger.

Inspirationen hertil baserer sig bl.a. på en række rundbordsmøder med patientforeninger og organisationer, der alle er kommet med forslag til, hvordan man kan styrke inddragelsen af patienter og pårørende. Bedre inddragelse af patienter og pårørende kan kun ske, hvis alle sundhedsvæsenets parter arbejder aktivt for at skabe en kulturændring. Initiativerne skal derfor gennemføres i tæt samarbejde med bl.a. regioner, kommuner, patientforeninger og faglige organisationer.

Inddragelse i beslutninger:

“Min behandling – min beslutning”

Man skal som patient og pårørende kunne forvente at blive inddraget aktivt i behandlingen og pleje, f.eks. når det planlægges, hvilket forløb man skal igennem som kræftpatient. Det er selvfølgelig lægen, der skal stå for den professionelle vurdering af et sygdomsforløb, men hvor det er muligt, skal patienter og pårørende inddrages i langt højere grad i beslutningerne ud fra princippet om: “min behandling – min beslutning”.



Patienten, pårørende og de sundhedsfaglige medarbejdere skal have samtaler om de muligheder og risici, der kan være ved de forskellige behandlinger, og hvad behandlingen kræver af patienten selv. Det kræver bl.a., at dialogen sker i et let forståeligt sprog, og at patienternes synspunkter og behov kommer frem.

Læge og patient skal derfor klædes bedre på til at tale sammen, så man som patient bedre forstår sin sygdom og behandling. Det vil give øget medbestemmelse og mulighed for bedre at tage et ansvar for sin egen sygdom.

Der er – både i Danmark og udlandet – gode erfaringer med at bruge redskaber, der gør dialogen mellem patient og læge bedre, og som støtter patienten til at være med, når der skal træffes beslutninger undervejs i behandlingen. Det kan f.eks. være vejledninger, der støtter patienten i at få stillet spørgsmål til lægen, så hun får svar på det, hun er i tvivl om.

Eller det kan være en video, hvor patienten får beskrevet de behandlingsformer, man skal vælge mellem, og præsenteres for andre patienter, der har været igennem det samme.

Derfor sætter regeringen penge af til:

- Udvikling af værktøjer og teknikker, der kan hjælpe patient og sundhedspersonale til at dele information og ønsker, så de sammen kan træffe de rigtige beslutninger om behandling mv.
- Udbredelse og oplæring af sundhedspersonalet i brugen af de nye værktøjer og teknikker, så de bliver forankret i personalets hverdag.

Regeringen vil invitere sundhedsvæsenets parter – regioner, kommuner, patientforeninger og faglige organisationer – til at indgå i arbejdet med at udmønte de konkrete initiativer.

Understøttelse af kulturændring i retning af øget patientinddragelse

En mere inddragende tilgang i sundhedsvæsenet kræver en kulturændring. Det kalder på både ledelse og kompetencer. På den enkelte afdeling på sygehuset, den kommunale hjemmepleje, i regioner, kommuner og nationalt. Derfor skal personalet klædes bedre på til at inddrage patienter og pårørende.

Læger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale skal trænes mere i teknikker til at inddrage patienterne bedre og bruge redskaber i deres daglige arbejde.

Og for at patienternes inddragelse ikke skal afhænge af, hvor i landet man bor, vil regeringen nedsætte en "taskforce", der skal udbrede de gode eksempler og støtte ledelsen på sygehuse og i kommuner mv. med at forandre praksis, så patientinddragelse kommer i centrum.

Patienternes viden skal inddrages til at få bedre behandling

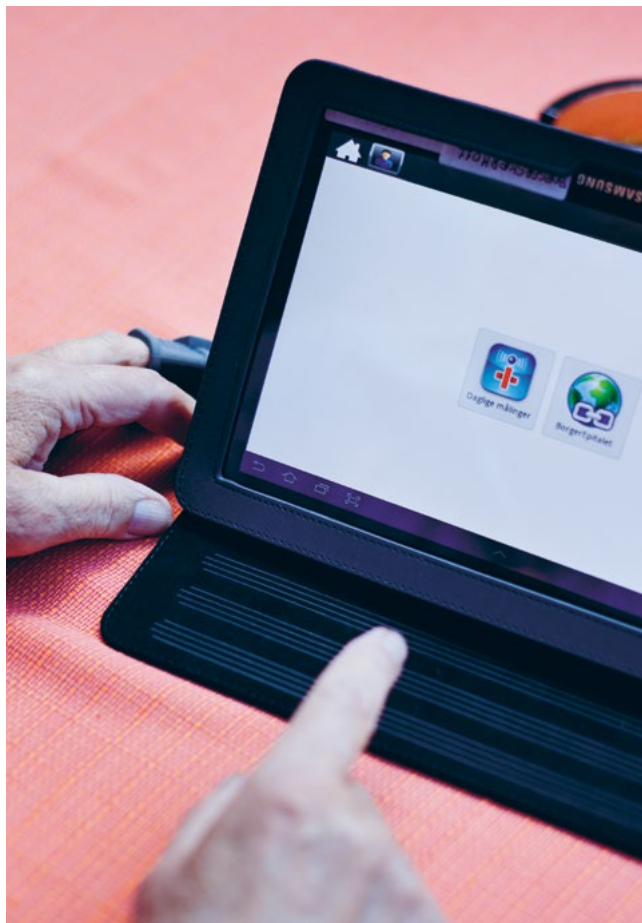
Patientens viden om egen sygdom og vurderinger af behandlingens virkning skal indgå mere i behandlingen. Ved at inddrage konkrete oplysninger, som patienten selv sender om sit helbred mere direkte i behandlingen, kan behandlingen gøres mere tilpasset den enkelte patient. Og det kan betyde, at det opdages hurtigere, hvis der sker forværringer af patientens tilstand. Patienternes viden og vurderinger kan også anvendes til at udvikle kvaliteten af behandlingen for andre patienter.

Flere lande, bl.a. England har gode erfaringer med at anvende patientrapporterede oplysninger som en del af kvalitetsudviklingen. Herhjemme har man f.eks. på flere sygehuse i Region Midtjylland gode erfaringer med at anvende patienternes egne oplysninger i behandlingen af patienter med epilepsi, nyresvigt og søvnforstyrrelser. De gode erfaringer for patienterne skal udbredes til hele landet.

Regeringen ønsker, at patientrapporterede oplysninger i større udstrækning bliver anvendt til at fremme kvaliteten i det danske sundhedsvæsen og målrette behandlingen til den enkelte.

Øget udnyttelse af telemedicin, der kan gøre patienten til aktiv herre i eget sygdomsforløb

Patientens rolle som aktiv part i behandlingen og muligheden for at være herre over sit eget sygdomsforløb kan styrkes ved hjælp af teknologiske muligheder.



Boks 11 Eksempel: inddragelse i beslutninger om behandlingen

“Anders” er 53 og har i længere tid døjet med tiltagende smerter i muskler og led. “Anders” opsøger sin læge, og det viser sig, at smerterne skyldtes slidgigt i begge knæ. Sygehuset vil efter princippet “min behandling – min beslutning” inddrage “Anders” i beslutningen om, hvilken behandling der er bedst for ham. “Anders” vil derfor opleve at blive præsenteret for en video, der beskriver det valg, han står overfor: et operativt indgreb eller vægttab og et målrettet træningsforløb. Efter at have set videoen taler “Anders” med lægen om, hvilket forløb der er det rigtige for ham, hans hverdag og hans livssituation. “Anders” beslutter på den baggrund, at et målrettet træningsforløb er den rigtige vej for ham.

Patienterne kan f.eks. ved hjælp af telemedicinske tilbud undersøge og overvåge sin sygdom i sit eget hjem. Det betyder også, at en del af behandlingen derfor kan flyttes hjem til borgeren. En KOL-patient kan f.eks. løbende måle iltindhold i blodet, og hvis det er relevant foretage videosamtaler med for eksempel en sygeplejerske eller læge på sygehuset om sin tilstand og behandling.

Patienterne kan herved selv overvåge, hvordan deres helbred udvikler sig. Det skaber større trykthed i det daglige, og de kan herved undgå unødige besøg eller indlæggelser på sygehuset.

Der er som led i en national handlingsplan for telemedicin igangsat forsøg med telemedicinske løsninger i patientens eget hjem.

Regeringen vil udbrede telemedicinske løsninger dér, hvor de virker godt for patienterne – og hvor det giver bedre og billigere behandling. Patienterne skal have gavn af de teknologiske muligheder som f.eks. telemedicin, men det vil ikke

mindst gavne de borgere, der har langt til lægen. Ud over KOL-patienter skal f.eks. patienter med diabetes også i øget omfang have mulighed for at anvende telemedicin.

Bedre adgang for patienterne til egne journaloplysninger

Den enkelte borger har i dag adgang til en del af de oplysninger, der findes om ham eller hende i sundhedsvæsenets journaler. I dag kan patienten se visse oplysninger i sin sygehusjournal på hjemmesiden sundhed.dk 2-3 uger efter, at oplysningerne er lagt i journalen.

Flere oplysninger, hurtigere adgang og mere aktiv brug af disse oplysninger vil give patienten en bedre forståelse af sygdommen, bedre dialog med lægen og større føling med behandlingsforløbet, når man som patient kan læse med og diskutere indholdet af sin journal.

Regeringen ønsker, at patienterne får lettere adgang til flere oplysninger fra patientjournalen bl.a. fra egen læge og oplysninger fra kommunen.

FORSLAG

Inddragelse i beslutninger:

“Min behandling – min beslutning”

Regeringen foreslår, at patienter og pårørende inddrages mere i de beslutninger, der træffes om deres forløb i sundhedsvæsenet. Derfor udvikles værktøjer og teknikker til sundhedspersonalet og patienter, som understøtter, at beslutningerne træffes i fællesskab ud fra patientens ønsker og behov. Desuden uddannes sundhedspersonalet til at anvende de nye redskaber og til at kommunikere bedre med patienter og pårørende.

Taskforce skal understøtte kulturændring

Regeringen foreslår, at der nedsættes en “taskforce”, som skal understøtte en kulturændring, så patienter og pårørende bliver inddraget mere i behandlingen.

Patienternes viden skal inddrages til at målrette og forbedre behandling

Regeringen foreslår, at patienternes viden og vurderinger af egen sygdom i større udstrækning bliver anvendt til at

målrette behandlingen og fremme kvaliteten i behandlingen. Flere patienter skal opleve behandlingsforløb, hvor de selv kan sende oplysninger om helbred og behandling og få tilpasset sit forløb derefter.

Udbredelse af telemedicin

Regeringen foreslår, at flere patientgrupper får adgang til at undersøge og overvåge sin sygdom i sit eget hjem i dialog med sundhedspersonalet ved hjælp af telemedicin. Muligheden udbredes, hvor det giver bedre og billigere behandling f.eks. for patienter med diabetes og lungesygdommen KOL.

Patientens adgang til egne journaloplysninger

Regeringen foreslår, at den enkelte patient får lettere og hurtigere adgang til oplysninger i sine egne sygehusjournaler, og bedre adgang til flere oplysninger om sin egen sygdom i de praktiserende lægers journaler og i omsorgsjournalerne hos kommunen, så patienten kan bruge det mere aktivt.

5. Bedre kvalitet via synlighed og åbenhed om resultater

Regeringen prioriterer 1,1 mia. kr. til et ambitiøst nationalt kvalitetsprogram, der skal løfte kvaliteten for patienterne og sikre ordentlig hygiejne på sygehusene. Sundhedsvæsenet skal måles på kvaliteten i behandlingen, og hvilken effekt patienterne har af den. Det skal være til gavn for både patienter og sundhedspersonale. Patienterne skal have information om, hvilke sygehuse der har den bedste kvalitet. Medarbejderne skal motiveres af målingerne til løbende kvalitetsudvikling og spredning af bedste praksis. Unødvendige dokumentationskrav og procesmål skal undgås. Med kvalitetsprogrammet skal der ske en kulturændring, hvor der skal mere fokus på kvalitet og effekt.

Personalet i sundhedsvæsenet arbejder hver dag for at sikre den enkelte borger og patient god, relevant og nødvendig behandling, pleje og støtte. Det er deres arbejde, der gør en forskel for patienterne. Det er derfor afgørende, at de er motiverede og får hjælp til løbende at arbejde med kvalitetsudvikling. I alle dele af sundhedsvæsenet skal arbejde med kvalitetsudvikling være en naturlig del af det daglige arbejde.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet er generelt god. Men der er forskelle i kvaliteten rundt om i landet eksempelvis i ventetider til operation, psykiatrisk behandling og genoptræning. Ved at synliggøre forskellene bliver det nemmere for de enkelte regioner, kommuner og sygehuse at lære af hinanden og udbrede de gode erfaringer til gavn for patienterne i hele landet.

Regeringen vil med et nyt nationalt kvalitetsprogram sætte fokus på synlig effekt og resultater. Drivkraften for udviklingen skal være en styring af sundhedsvæsenet, der har mere fokus på kvalitet og resultater og på patienternes ønsker til behandlingen. Vi skal lære af de bedste i udlandet og herhjemme.

Regeringen vil derfor invitere regioner og kommuner til et samarbejde om en række målrettede tiltag for at fremme bedre kvalitet for patienterne og en moderne styring og ledelse af sundhedsvæsenet.

- Synlighed om resultater og kvalitet.
- Kvalitetsteams med nationale eksperter, der følger kvalitetsudviklingen og understøtter udbredelse af viden om bedste praksis.
- Nytænkning af den nuværende kvalitetsmodel.
- Nationalt program for ledelse, herunder ledelse i kvalitetsudvikling.
- Bedre rengøring og hygiejne.
- Modernisering af ordning for indberetning og læring af fejl.
- Kvalitetspulje, som skal understøtte det lokale kvalitetsarbejde.

Regeringens initiativer til at fremme kvaliteten på sundhedsområdet indgår i en bredere strategi for udvikling af kvaliteten i hele den offentlige sektor. En strategi, som bl.a. bygger på udbredelse af viden og gennemsigtighed om resultater, ledelse og styring med afsæt i tillid og ansvar og øget inddragelse af borgernes ressourcer, ønsker og behov til at udvikle den offentlige service.

Det nationale kvalitetsprogram skal bygge på et tæt samarbejde mellem patienter, medarbejdere, ledere, regioner, kommuner, forskere og de nationale sundhedsmyndigheder.

Synlighed om resultater og kvalitet

Synlighed om resultater af indsatsen er en af de helt centrale drivkræfter for kvalitetsudviklingen i sundhedssektoren og til at øge patienters information. Derfor aftalte regeringen, Danske Regioner og KL i 2013 en synlighedsreform på sundhedsområdet, som skal implementeres over de kommende år.

Medarbejderne i sundhedsvæsenet bruger hver dag tid på registreringer, og der indsamles en betydelig mængde data for både kvalitet, aktivitet og omkostninger i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt for regeringen, at sundhedsdata bliver brugt til at gøre sundhedsindsatsen endnu bedre og sikre patienten mere og bedre viden om sundhedsvæsenet.

Regeringen har derfor igangsat en række tiltag, der skal få data hurtigt, enkelt og sikkert ud til de praktikere, der skal anvende data til at udvikle kvaliteten af deres arbejde.

Bedre brug af sundhedsdata i dagligdagen på sygehuse, i den almene praksis og hos kommunale medarbejdere skal bidrage til at fjerne forskelle i kvalitet, så alle kan få behandling af samme høje kvalitet, uanset hvor de bor.

Det skal bl.a. ske ved at anvende data om kvalitet til at synliggøre forskellene, så det bliver nemmere for de enkelte aktører i sundhedsvæsenet at lære af hinanden og udbrede de gode erfaringer til gavn for patienterne.

Bedre brug af data skal samtidig give patienterne let adgang til oplysninger om sygehusenes resultater, og patienterne skal kunne rangordne sygehusene efter de kriterier, som er vigtigst for den enkelte. F.eks. skal en patient, der har behov for en hofteoperation, nemt kunne få information om sygehuse med kortest ventetid, færrest genindlæggelser eller som udfører flest hofteoperationer. På den måde vil patienten kunne træffe informeret valg og vælge det behandlingssted, der lever op til egne ønsker og behov.



Der er tale om et langsigtet arbejde, der skal give sundhedspersonalet rammer og redskaber, der motiverer dem til at sammenligne og forbedre kvaliteten i behandlingsindsatsen. Erfaringer fra bl.a. Sverige viser, at inddragelse af det sundhedsfaglige personale i brugen af data er et centralt element i at øge kvalitet og spredning af bedste praksis.

Boks 12 Eksempel på sammenligning af resultater – forskelle i genindlæggelser

For borgere over 67 år, der indlægges med KOL, er risikoen for at blive genindlagt 30 pct. Men der er stor forskel i risikoen for genindlæggelse afhængigt af, hvor man bor. "Jens" på 67 år, som bor i Skanderborg Kommune, har knap 13 pct. risiko for at blive genindlagt efter en indlæggelse med KOL. Mens "Peter" på samme alder fra Langeland har 48 pct. risiko for at blive genindlagt.

Derfor skal de oplysninger, der indsamles være relevante, tidstro og lettilgængelige. Data skal skabe grundlag for læring, give incitament til sammenligning og opfølgning på resultater. Oplysninger om kvalitet i behandlingen skal anvendes, så de bidrager til at motivere personalet til at indføre og sprede bedste praksis. Målet er at sikre alle patienter behandling og pleje af høj kvalitet over hele landet.

Kvalitetsteams med nationale eksperter

Det er regeringens ambition, at den øgede synlighed på sundhedsområdet skal følges op med en meget tæt og konkret opfølgning på kvalitet og resultater. Regeringen foreslår derfor, at der – efter internationalt forbillede – bliver oprettet særlige "kvalitetsteams", hvor førende klinikere på udvalgte sygdomsråder følger op på resultaterne og støtter de enkelte sygehusafdelinger i at arbejde efter bedste praksis og med evidensbaserede retningslinjer på de enkelte sygdomsråder.

En vigtig del af kvalitetsarbejdet er at identificere de afdelinger, som gør det særlig godt, med henblik på at erfaringerne herfra kan spredes til andre afdelinger.

Kvalitetsteams skal understøtte en kulturændring i sundhedsvæsenet med øget fokus på kvalitet og effekt. Kulturen på afdelingerne skal understøtte lysten til læring og løbende kvalitetsudvikling af indsatsen gennem sammenligning af resultater med andre sygehuse og afdelinger og spredning af bedste praksis.

Kvalitetsteams skal bl.a. i samarbejde med regionerne etableres for udvalgte kræftformer, diabetes og lunge sygdommen KOL.

Nytænkning af den danske kvalitetsmodel

Med den eksisterende Danske Kvalitetsmodel er de danske sygehuse godkendt efter bestemte standarder. Det er et godt grundlag for at flytte fokus til resultater og mål for kvalitet. Derfor ønsker regeringen at samarbejde med regioner og kommuner om at nytænke tilgangen f.eks. i sygehusregi. Det skal understøtte et større fokus på resultater, udbredelse af bedste praksis, forenkling og mindre bureaukrati.

Nationalt program for ledelse

Kvalitetsudvikling kræver også stærk og god ledelse. Regeringen vil derfor sætte fokus på bedre ledelse på bl.a. sygehusene – ledelse, der kan skabe retning for personalet og understøtte en kultur med vægt på læring, omstilling og nytænkning.



Regeringen vil i samarbejde med regioner og kommuner formulere et nationalt program for ledelse – bl.a. inspireret af udenlandske erfaringer med f.eks. ledelsesakademier.

Mere rene sygehuse

Rengøring og hygiejne er helt centralt for kvalitet i behandlingen og for patientsikkerheden. Dårlig hygiejne kan f.eks. give patienterne alvorlige infektioner, når de er på sygehuset.

Regioner og sygehuse har en række tiltag i gang, der skal forbedre hygiejnen. Og fra 2015 følger staten og regionerne op på antallet af alvorlige infektioner, som patienterne får, når de er på sygehuset. Og personalet skal rapportere såkaldte utilsigtede hændelser som infektioner som følge af bl.a. dårlig hygiejne.

Der er generelt styr på patientsikkerheden, når man ser på hygiejnen på sygehusene. Men renlighed og rengøring har også betydning for patienten og de pårørendes samlede oplevelse af kvalitet i sundhedsvæsenet.

Derfor ønsker regeringen i et samarbejde med regionerne at sætte et større fokus på standarden for rengøring og hygiejne i sundhedsvæsenet. Patienter og pårørende skal opleve, at rengøringen på sygehusene er af høj standard.

Bedre til at lære af vores fejl

Danmark er allerede langt fremme i forhold til systematisk at arbejde med at styrke patientsikkerheden ved at have en national ordning for indberetning og læring af utilsigtede hændelser som f.eks. infektioner, man pådrager sig på sygehuset. Ordningen har nu fungeret i 10 år. Det har bidraget til mere åbenhed om fejl.

Et serviceeftersyn af ordningen viser dog, at der er mulighed for at styrke arbejdet med patientsikkerhed og bygge videre på de gode erfaringer med det nuværende system. Derfor vil regeringen i samarbejde med bl.a. regioner og kommuner følge op på anbefalingerne fra serviceeftersynet og skabe en

bedre læring af de fejl, der begås. Bl.a. ved en mere systematisk anvendelse af oplysninger om de fejl, der indberettes og som har betydning for patienterne.

Pulje skal understøtte kvalitetsarbejdet

Regeringen ønsker at understøtte sygehusene i deres arbejde med at fremme kvalitet og undgå fejl – og især dem, som har store omkostninger for patienten.

Regeringen vil etablere en pulje til belønning af resultater og kvalitet, der skal være med til at skabe motivation for forbedringer, så det gode arbejde med kvalitet, omkostningseffektivitet og forebyggelse af fejl på sygehusene bliver belønnet.

FORSLAG

Synlighed om sundhedsvæsenets resultater

Regeringen vil igangsætte en massiv investering i at få data hurtigt, enkelt og sikkert ud til den kliniske praksis og til borgeren. Ud til de praktikere, der skal kunne anvende data til at udvikle kvaliteten af deres arbejde, og til borgeren, der skal kunne træffe et informeret valg.

Nationale eksperter skal understøtte udbredelse af bedste praksis

Regeringen foreslår, at der oprettes kvalitetsteams, hvor eksperter på udvalgte sygdomsområder – bl.a. inden for kræft, diabetes og KOL – følger op på kvalitet og resultater og støtter kvalitetsarbejdet på de enkelte sygehusafdelinger.

Nytænkning af kvalitetsmodellen

Regeringen vil i samarbejde med regioner og kommuner nytænke den danske kvalitetsmodel. Det skal bl.a. understøtte et større fokus på resultater og udbredelse af bedste praksis på sygehusene.

Nationalt program for ledelse

Regeringen vil i samarbejde med regionerne og kommunerne udarbejde et nationalt program for ledelse for sundhedssektoren, som bl.a. skal have fokus på ledelse af kvalitetsudvikling.

Bedre rengøring og hygiejne

Regeringen foreslår, at der bliver øget fokus på rengøring og hygiejne, så patienter og pårørende kan opleve rene sygehuse. Regeringen vil afsætte midler til at støtte regionale projekter, der sikrer mere rene sygehuse.

Bedre til at lære af vores fejl

Regeringen vil i samarbejde med bl.a. regioner og kommuner modernisere den nuværende ordning for indberetning og læring af utilsigtede hændelser. Bl.a. med henblik på, at indberettede fejl i højere grad bliver anvendt til forebyggelse af nye fejl.

Pulje til belønning af resultater og kvalitet

Regeringen foreslår, at der etableres en kvalitetspulje, som skal motivere til forbedringer og resultater via belønning af godt arbejde med kvalitet, omkostningseffektivitet og forebyggelse af fejl.

Økonomi

Regeringens strategi vil betyde en samlet tilførsel af 5 mia. kr. til det danske sundhedsvæsen i 2015-2018.

Strategien vil tilføre sundhedsvæsenets 4 mia. kr. til styrket drift. Det giver et permanent løft af sundhedsområdet på 1,4 mia. kr. om året, når det er fuldt indfaset. Dertil kommer engangsinvesteringer i anlæg på 1 mia. kr. fordelt i 2016 og 2017. Anlægsmidlerne bruges først og fremmest til at bygge moderne lægehuse og dermed forbedre de fysiske rammer hos de praktiserende læger.

Denne yderligere prioritering af sundhed for danskerne kan lade sig gøre, fordi regeringen prioriterer velfærd. Regeringen har inden for rammerne af en ansvarlig økonomisk politik sikret, at der er penge til at løfte det offentlige forbrug med gennemsnitligt 0,6 pct. om året frem mod 2020 – svarende til et løft på cirka 3 mia. kr. hvert år.

Regeringen anser et godt og velfungerende sundhedssystem med let og lige adgang for en hjørnesten i velfærdssamfundet, og derfor er sundhed blandt de absolutte hovedprioriteter i fordelingen af de midler, som vi har til rådighed.

Tabel 1 Økonomisk ramme for sundhedsstrategi

Mio. kr., 15-pl	2015	2016	2017	2018	2015-18
Kræft skal opdages tidligere, så flere kan overleve	190	190	360	360	1.100
Kroniske sygdomme skal opdages tidligere – og de svageste patienter skal have ekstra hjælp	125	300	425	630	1.480
Styrkelse af den praktiserende læge	30	475	475	45	1.025
– Heraf anlægsinvesteringer		400	400		
Bedre kvalitet ved inddragelse af patienter og pårørende	25	55	95	120	295
Bedre kvalitet i behandlingen – via synlighed og åbenhed om resultater	130	380	345	245	1.100
– Heraf anlægsinvesteringer		100	100		
I alt	500	1.400	1.700	1.400	5.000
– Heraf anlægsinvesteringer		500	500		1.000

Jo før – jo bedre

Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle

2013/2014: 33

Henvendelse om udgivelsen kan i øvrigt ske til

Ministeriet for sundhed og forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K

Tlf.: 72 26 90 00

E-mail: sum@sum.dk

Elektronisk publikation

978-87-93214-24-8

Design

e-Types & e-Types Daily

Foto

Polfoto, Colourbox

Tryk

Rosendahls Schultz Grafisk a/s

Web

Publikationen kan hentes på

www.sum.dk

