

Emdrup, november 2023

Til Sundhedsstrukturkommissionens medlemmer

Vi har som lægemiddelvirksomhed i Danmark både en interesse i – og et medansvar for – udviklingen af sundhedsvæsenet. Særligt i en tid hvor både patienter og sundhedspersonale er presset af kapacitetsmangel på landets hospitaler.

Vi ønsker i AbbVie at bidrage til at finde løsninger på de aktuelle kapacitetsproblemer. Vi har derfor undersøgt potentialet i at gentænke forløbet for patienter med kroniske sygdomme med fokus på, at flere behandlinger finder sted i det nære sundhedsvæsen hos praktiserende læger og speciallæger. En tilgang man kunne kalde 'afhospitalisering'.

Vi udgav i den forbindelse i maj rapporten:

Afhospitalisering – en løsning på sundhedsvæsenets udfordringer?

Rapporten kan med fordel indgå i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Den indeholder eksempler på afhospitaliseringstiltag, gevinster og barrierer forbundet med tilgangen samt konkrete sundhedspolitiske forslag, der kan fremme afhospitalisering. Rapporten er blevet til gennem research og interviews med en række eksperter og sundhedsprofessionelle med dyb indsigt i sundhedsvæsenets organisering.

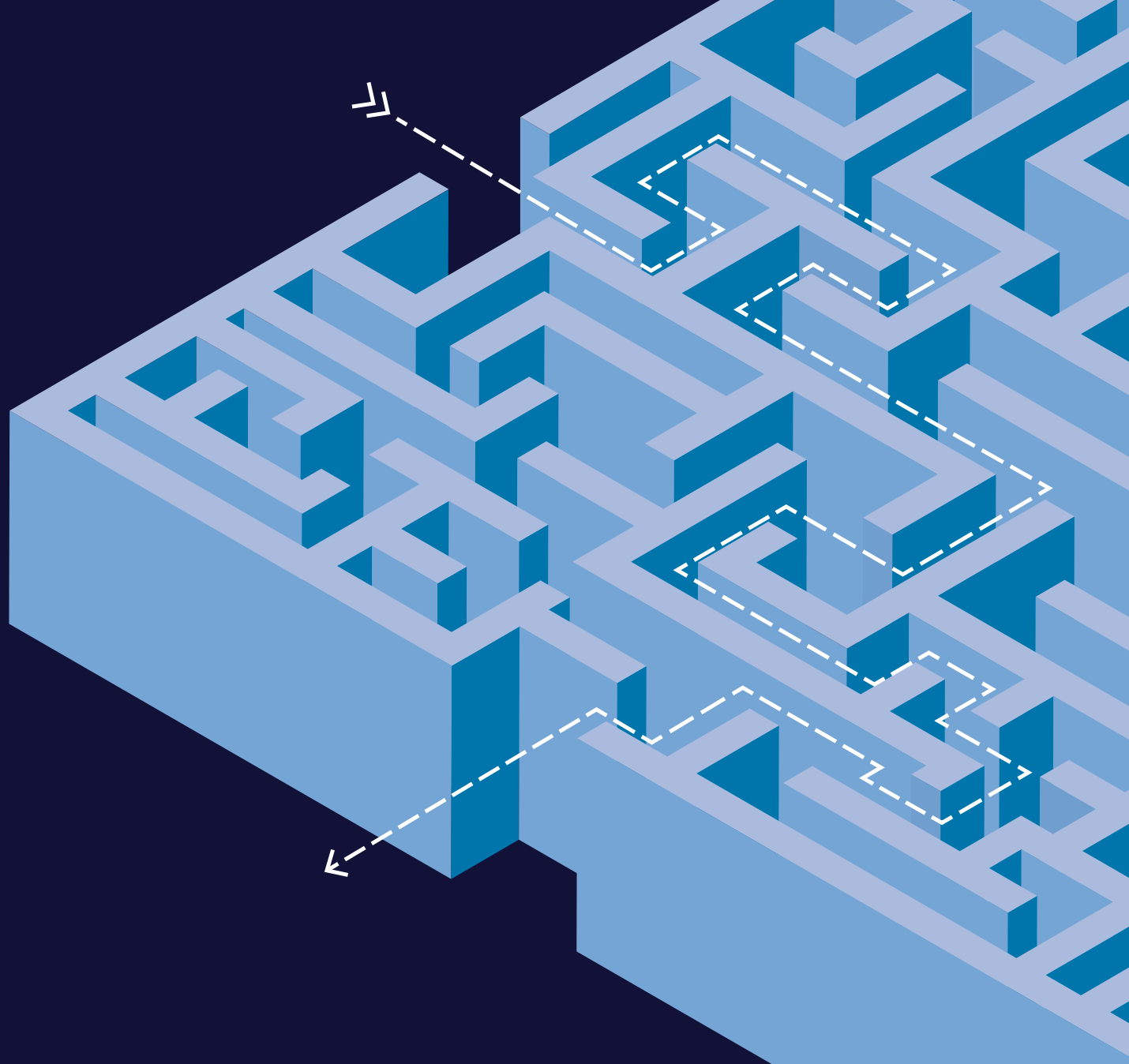
Vi tror i AbbVie på potentialet i afhospitalisering, fordi der er gevinster at hente for alle parter i sundhedsvæsenet: Patienterne får hurtigere adgang til behandling og dermed højere livskvalitet. Praktiserende læger og speciallæger får større behandlingsansvar. Og hospitalerne kan fokusere på de patienter, der har det mest komplekse sygdomsbillede og dermed kræver den mest specialiserede behandling.

Vi håber, at I vil tage godt imod rapporten. Se mere på afhospitalisering.dk

Vi står altid til rådighed for dialog, sparring og drøftelser om mulige samarbejdsprojekter.

Rigtig god læselyst.

Thea Larsen, Country Lead
AbbVie Danmark



Afhospitalisering

**En løsning på
sundhedsvæsenets
udfordringer?**

Potentialer, barrierer
og anbefalinger

abbvie

Indhold

1.	Forord	3
2.	Konklusion	4
3.	Hvad er afhospitalisering?	6
4.	Et sundhedsvæsen i krise	8
	4.1. Højere BMI og flere kroniske følgesygdomme	9
	4.2. Demografien presser sundhedsvæsenet i alvorlig grad	10
	4.3. Rekrutteringsudfordringer	12
	4.4. Ventelister	14
	4.5. Strukturelle udfordringer	15
	4.6. Øvrige udfordringer i det danske sundhedsvæsen	15
	Udviklingen i sundhedsteknologi	15
	En ny patienttype	16
	Udviklingen i lægemidler	17
5.	Et indblik i litteraturen	18
6.	Potentialet for afhospitalisering	21
	6.1. Eksempler på sygdomme med potentiale for afhospitalisering ..	22
	6.2. Fordele ved afhospitalisering	26
	6.3. Udlægningsaftalen	28
7.	Barrierer for afhospitalisering	31
	7.1. Kvalitetsforringelse og behandlingsansvar	32
	7.2. Vidensdeling	34
	7.3. Økonomi	35
8.	Anbefalinger	37
9.	Cases om afhospitalisering	40
10.	Referencer	46
11.	Appendix	52
	11.1. Metode og datagrundlag	53

1. Forord

Det danske sundhedsvæsen er i en historisk krise. Det demografiske pres er ikke længere mørke skyer i en fjern horisont. Det er her og nu. Det samme gælder manglen på sygeplejersker og kapacitet, som har slået rod på hospitaler landet over. Og så er andelen af danskere med kroniske sygdomme på himmelflugt.

Debatten om sundhedsvæsenets tilstand har for en stor del handlet om ekstra hænder – og særligt om den akutte mangel på sygeplejersker. En alvorlig problematik, der med rette har politisk fokus. Samtidig er der også en stigende erkendelse af, at det ikke alene er flere hænder, der på sigt gør sundhedsvæsenet robust. Vi er nødt til at tage en grundlæggende diskussion af, hvordan vi tager presset af landets hospitaler.

Vi bør som sundhedssystem gentænke forløbet for patienter med kroniske sygdomme. Vi skal se på patienterne med nye øjne og særligt på potentialet i, at flere behandlinger finder sted i det nære sundhedsvæsen hos praktiserende læger, kommuner og speciallæger. En tilgang vi kalder 'afhospitalisering'.

I AbbVie tror vi på potentialet i afhospitalisering, fordi det er en win-win for såvel patienter som hospitaler, når det bliver tilrettelagt på den rette måde. En fundamental præmis er, at kvaliteten af behandlingen ikke må dale. Tværtimod. Kernen i afhospitalisering er netop, at patienterne skal være så velbehandlede, at de ikke behøver at komme på hospitalet. Patienterne slipper med andre ord for undværlige kontroller og har mulighed for at være mindre patient – og mere menneske.

Vi vil bringe vores viden og erfaringer aktivt ind i udviklingen af strukturelle løsninger på de udfordringer, som sundhedssystemet står med i form af manglende arbejdskraft og kapacitet. Vi ser 'afhospitalisering' som en sådan løsning og arbejder lige nu på at bringe data og eksempler frem, som viser værdien af, at flere patienter bliver behandlet i det nære sundhedsvæsen i fremtiden.

Vores ambition er, at denne rapport er et bidrag til at finde de løsninger, der kan sikre, at vores sundhedsvæsen også i fremtiden er blandt de bedste i verden.

Emdrup, marts 2023

Thea Larsen, Country lead
AbbVie Danmark



2. Konklusion



Krisen i det danske sundhedsvæsen kan man ikke reducere til et spørgsmål om rekruttering. En stor del handler om behovet for strukturelle forandringer og det at gentænke særligt kroniske patienters forløb. Analysen i denne rapport viser, at der er et potentiale i at flytte en række behandlingsforløb ud fra hospitalet og tættere på patienten – fx til praktiserende speciallæger, almenpraktiserende læger og/eller kommunalt sundhedspersonale.

Der er ligeledes et – måske endnu større – potentiale i at flytte en række opgaver fra hospitalet og hele vejen hjem til patienterne. Det kræver uddannelse af patienterne og udvikling af understøttende teknologi.

Fordele ved afhospitalisering

Afhospitalisering kan være en betydelig del af løsningen på sundhedsvæsenets udfordringer. For det første frigøres ressourcer på sygehuse, hvilket er en helt afgørende forudsætning for, at hospitalerne kan klare de udfordringer, som allerede nu presser dem hårdt.

Afhospitalisering giver også mere tilfredse patienter. De kommer i behandling hurtigere. De undgår at skulle på hospitalet. Og i mange tilfælde bliver deres hverdag mere normal og mindre præget af sygdom. Patienternes livskvalitet bliver bedre.

Afhospitalisering kan også være den katalysator, der får samarbejdet mellem sundhedsvæsenets dele til at fungere. For det kræver et bedre samarbejde, bedre kommunikation og bedre dialog, hvis det skal blive en succes. Og endelig er der en mulighed for, at afhospitalisering kan betyde, at vi enten sparer nogle ressourcer eller får mere sundhed for pengene.

Så hvorfor har vi ikke for længst udnyttet potentialet i afhospitalisering?

Der er benspænd at overkomme

Afhospitalisering må ikke medføre et kvalitetstab. Der er således et behov for at sikre, at kvaliteten bliver bevaret, når vi flytter behandlinger ud af hospitalerne. Her er det en udfordring for afhospitalisering, at ansvaret for behandlingen af patienter er klart, når opgaverne fordeles ud på flere i sundhedsvæsenet.

Der er en barriere over for afhospitalisering, der handler om modstand mod at afgive opgaver og dermed også budget. Og så handler det også om en principiel modstand mod at flytte opgaver fra offentlige hospitaler til private virksomheder, herunder praktiserende speciallæger og almen praksis.

Vidensdeling mellem enhederne i sundhedsvæsenet er også en udfordring, der skal løses i en proces mod afhospitalisering. Det er ikke en nød sundhedsvæsenet har knækket på nationalt niveau endnu.

Den sidste barriere er økonomi. Det handler om, hvordan vi tackler den konkrete udfordring, der opstår, når patienterne ikke længe får udleveret medicinen gratis på hospitalet, men i stedet skal have den udleveret enten hos fx en praktiserende speciallæge eller på et apotek. Det handler også om, hvordan vi sikrer, at de praktiserende speciallæger har et incitament til at løse de ekstra opgaver, der flyttes ud til dem. Og hvordan vi sikrer, at det ikke efterlader hospitalerne med huller i deres budgetter.

Vejen frem: De nødvendige politiske greb

De barrierer, som rapporten belyser, kan håndteres og overkommes. Derfor præsenterer vi i rapporten også en række politiske forslag, som vil bidrage til at fremme afhospitalisering. Forslagene handler om at accelerere udflytningen af kroniske sygdomme til almen praksis, en plan for udlægning af opgaver, afhospitalisering af regionsfunktioner, et bud på håndtering af problemet med sygehusmedicin udenfor sygehuse, flere hotlines og åbne konsultationer, et forslag om ikke at straffe hospitalsafdelinger økonomisk for at udlægge opgaver, flere ydernumre og endelig et forslag om at fjerne knækgrensene for praktiserende speciallæger.

I rapporten kommer vi således med en række forslag til, hvordan vi kan sætte gang i den proces, der skal aflaste hospitalerne og dermed frigøre ressourcer til de patienter, der har brug for den ypperste ekspertise på hospitalerne, samtidig med at flere patienter kan få god behandling, lokalt. For det er jo dem – patienterne – det hele handler om.



3. Hvad er afhospitalisering?

'Afhospitalisering' er ikke et etableret begreb, men det er brugbart som løsningsgreb – som inspiration til en reformtilgang, der kan fremtidssikre det danske sundhedsvæsen. Derfor introducerer vi begrebet i denne rapport.

At 'afhospitalisere' handler om at gentænke patientforløb med henblik på at identificere steder undervejs, hvor patienten kunne få samme eller bedre behandlingskvalitet – uden fremmøde på hospital, for eksempel i form af:

-
- 1** Større behandlingsansvar hos praktiserende læge, speciallæge og sundhedsprofessionelle i det nære sundhedsvæsen.
 - 2** Hurtigere udskrivning af hospitalsindlagte til kommunale sundheds- og rehabiliteringstilbud.
 - 3** Håndtering af flere hospitalsbehandlinger og kontroller i patientens eget hjem støttet af undervisning, monitoreringsteknologi, lokal prøvetagning og e-konsultationer.
-

Der er muligvis lige så mange måder at afhospitalisere patientforløb på, som der er sygdomme. Ikke desto mindre, findes der allerede mange eksempler fra dansk^a og international¹ klinisk praksis, hvor sundhedsprofessionelle, hospitaler og regioner arbejder målrettet sammen om at effektivisere sundhedsydelser med afhospitalisering for øje.

Men hvis tilgangen skal forandre noget og aflaste et allerede presset sundhedsvæsen, bør reformarkitekter i gang med at gentænke alle patientforløb ud fra en afhospitaliserings-tilgang. Et sted at starte kunne være de kroniske sygdomsforløb.

^a Se flere beskrevet i Appendix 2 til denne rapport



4. Et sundhedsvæsen i krise

Det danske sundhedsvæsen står over for alvorlige udfordringer, der handler om andet og mere end antallet af læger og sygeplejersker. Krisens kompleksitet udfordrer strukturer, funktioner og måden sundhedsopgaver i dag er fordelt på tværs af sektorer. Sundhedsvæsenet har før været i krise. Men krisen i dag er speciel, fordi den rækker ud over det demografiske træk og manglen på flere hænder. Det handler også om bagsiden af vores velstand, hvor andelen af danskere med overvægt og tilhørende følgesygdomme i høj grad presser vores sundhedsvæsen.

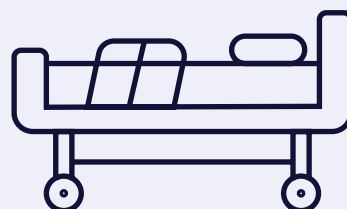
4.1. Højere BMI og flere kroniske følgesygdomme

Der er sket en betydelig stigning i andelen af overvægtige i Danmark. I dag har 52,6 procent af voksne danskere enten moderat eller svær overvægt (BMI $\geq$ 25), og næsten hver femte voksen er svært overvægtig.²

Figur 4.1 illustrerer udviklingen i overvægt og svær overvægt fra 2010 til 2021. I 2010 var 46,8 procent af danskerne moderat eller svært overvægtige, mens andelen i 2021 steg til 52,6 procent. Andelen af danskere med moderat eller svær overvægt er således steget med 5,8 procentpoint, mens andelen med svær overvægt er steget jævnt med 4,9 procentpoint i fra 2010 til 2021.²

34.000

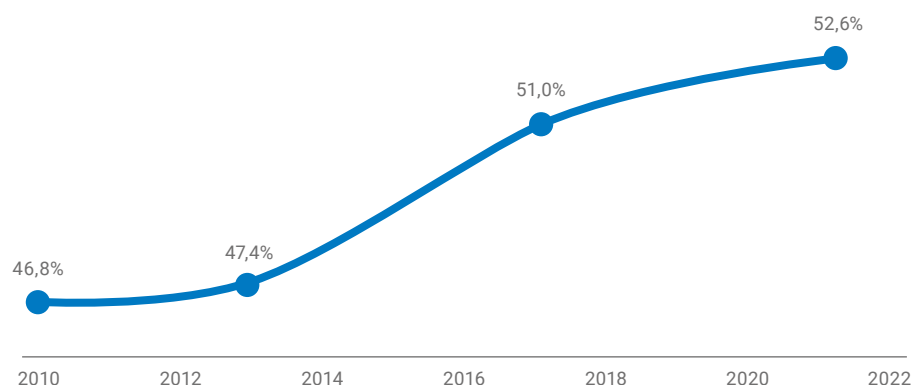
ekstra somatiske indlæggelser årligt blandt danskere med svær overvægt



Udviklingen i moderat og svær overvægt er en alvorlig udfordring for det danske sundhedsvæsen, da overvægt anses for at være en betydelig risikofaktor for en lang række kroniske sygdomme inklusive type 2-diabetes, belastningslidelser i bevægeapparatet og flere former for kræft.^{3,4}

Risikoen for 13 forskellige former for kræft øges, hvis man er moderat eller svær overvægtig.³ Risikoen for kræft i livmoder, galdeblære, nyre og lever er stærkt forhøjet blandt personer med moderat eller svær overvægt, hvor risikoen for kræft i livmoderen er 60 procent højere blandt moderat eller svært overvægtige sammenlignet med normalvægtige.³ Risikoen for at udvikle kræft i tarmen, livmoderhalsen, skjoldbruskkirtlen,

Figur 4.1 Udviklingen i moderat og svær overvægt i Danmark i perioden 2010-2021



Kilde: Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021

æggestokke, bugspytkirtlen, endetarmen og brystet er også øget, blandt personer med en BMI på 25 eller mere.³

Sammenlignes antallet af somatiske indlæggelser og dødsfald blandt personer med svær overvægt (BMI $\geq$ 30) og personer med et BMI mellem 20-30, har personer med svær overvægt 34.000 ekstra somatiske indlæggelser og 630 flere dødsfald årligt i Danmark.² Det tilvejebringer ekstra udgifter til behandling og pleje på 1,8 milliarder kroner om året og desuden ekstra omkostninger på 10,4 milliarder kroner årligt i tabt produktion.²

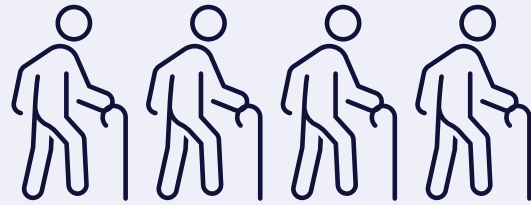
Udviklingen i BMI og de mange kroniske følgesygdomme som moderat og svær overvægt fører med sig er en af de store drivkræfter bag krisen i det danske sundhedsvæsen.

4.2. Demografien presser sundhedsvæsenet i alvorlig grad

De store fødselsårgange fra efterkrigstiden indebærer en markant stigning i den ældre befolkningsgruppe i Danmark.⁵ Derfor vil de kommende mange år være karakteriseret af endnu flere ældre, der har brug for ydelser fra vores sundhedsvæsen. Fra 2022 og frem

71,4 %

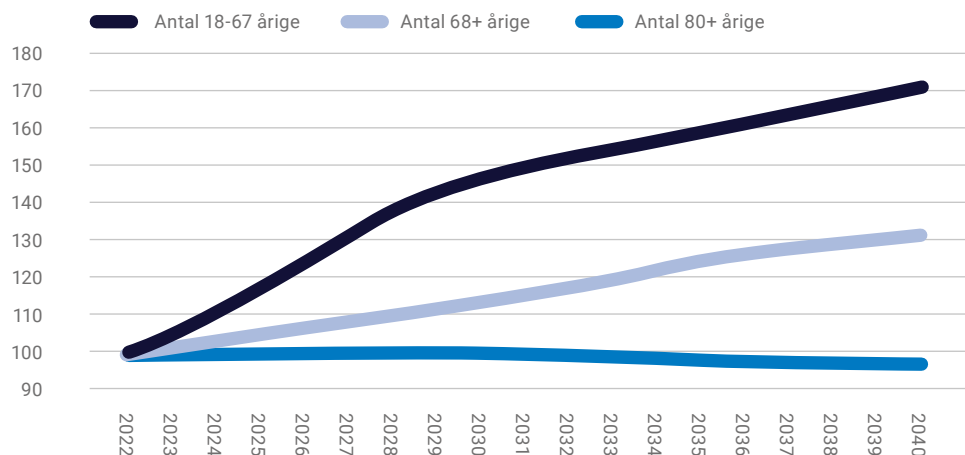
flere danskere over 80 år i 2040



til 2030 vil andelen af danskere over 80 år stige med cirka 135.000.⁶ Det er en stigning på mere end 46 procent sammenlignet med andelen af danskere over 80 år i 2022. Hvis fremskrivningen strækker sig til 2040 bliver udfordringen blot større.

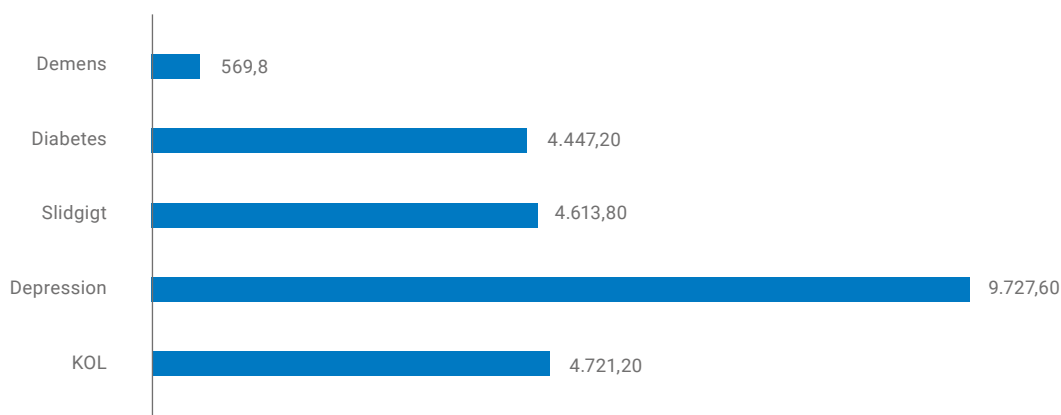
Figur 4.2 viser en befolkningsfremskrivning i Danmark fra 2022-2040. I 2040 vil antallet af ældre over 80 år være steget 71,4 procent, mens antallet af danskere over 68 år vil være steget med 31,6 procent sammenlignet med antallet i samme aldersgruppe i 2022. I samme periode vil der være en tilbagegang for den aldersgruppe, der skal være med til at finansiere vores sundhedsvæsen, nemlig danskere mellem 18-67 år. I 2040 vil antallet

Figur 4.2 Befolkningsfremskrivning i Danmark i perioden 2022-2040, indeks 2022=100.



Kilde: Danmarks Statistik

Figur 4.3 Ekstra årlige omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin (mio. kr. pr. år) (2022)



Kilde: Sundhedsstyrelsen: Sygdomsbyrden i Danmark, 2023.

af danskere i denne aldersgruppe være faldet med 2,9 procent.

Andelen af borgere over 80 år er stødt stigende og som illustreret i Figur 4.2, fortsætter denne udvikling. De sidste 30 år er middellevetiden i Danmark steget 5,2 år blandt kvinder og 6,9 år blandt mænd.⁶ I takt med udviklingen af effektive behandlinger, lever danskerne længere og længere tid med sygdom.⁷ Det betyder, at andelen af kronikere og multisyge også er stigende.

De aldersbetingede sygdomme og det stigende antal af kronikere og multisyge belastar det danske sundhedsvæsen, men har også konsekvenser på et individuelt plan. En stor andel af multisyge og kronikere vil opleve en forringelse af livskvalitet og arbejdsevne, hvilket både presser sundhedsvæsenet men også samfundsøkonomien.⁸

Figur 4.3 viser, at patienter med KOL, depression og slidgigt årligt medfører ekstra omkostninger for sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin på mellem 4,6 og 9,7 milliarder kroner, sammenlignet med en referencepopulation med samme køn, alder, uddannelse og sygelighed fraset henholdsvis KOL, depression og slidgigt.⁹ Patienter med demens fører til ekstra årlige omkostninger

for sundhedsvæsenet på 569,8 millioner kroner, og de ekstra årlige omkostninger forbundet med diabetes er på 4,5 milliarder kroner.

Et andet eksempel på den demografisk betingende belastning af sundhedsvæsenet er udviklingen af danskere med leddegigt. Fra 2010 til 2021 er andelen af danskere over 80 år med leddegigt næsten fordoblet.¹⁰ Desuden kan nævnes, at:

- Andelen af danskere over 80 år med KOL er steget med 41 procent fra 2010-2021
- 24 procent flere danskere over 80 år har demens i 2021 sammenholdt med 2010¹⁰

Ældre patienter med kroniske sygdomme har i det hele taget hyppigere kontakt til deres praktiserende læge sammenlignet med den resterende del af befolkningen. 2021-tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at patienter med KOL, diabetes, knogleskørhed eller leddegigt i gennemsnit havde 16 kontakter til deres praktiserende læge årligt. Til sammenligning var den gennemsnitlige kontakt til almen praksis blandt den resterende del af befolkningen på knap ni.¹¹

En analyse fra Sundheds- og Ældreministeriet viser samme tendens. Generelt har ældre

borgere over 80 år i gennemsnit mere end 16 kontakter årligt til almen praksis.¹² Og de ældre borgere har ikke blot hyppigere kontakt til almen praksis sammenlignet med for 10 år siden - den enkelte kontakt er også blevet dyrere for de ældre borgere uafhængigt af, om de har ingen, én eller flere kroniske sygdomme.¹²

Figur 4.4 viser udgifterne fordelt på antal kroniske sygdomme sammenholdt med den generelle befolkning. Mens udgifterne forbundet til en borger med en enkelt kronisk sygdom er på 34.000 kroner, er udgifterne for borgere med tre eller flere kroniske sygdomme på 109.000 kroner. Udgifterne for den generelle befolkning ligger på 20.000 kroner.

Det er ikke kun i almen praksis, at belastningen stiger. Nye tal fra Kommunernes Landsforening (KL) viser, at andelen af kronikere, der besøger hospitalet er steget med 34 procent i perioden 2005 til 2021.¹³ I absolutte tal drejer det sig om 98.000 flere borgere, der besøgte hospitalet i 2021 sammenlignet med 2005. Særlig bemærkelsesværdigt er stigningen i hospitalsbesøg blandt patienter med slidgigt og knogleskørhed. Andelen af hospitalspatienter med slidgigt er steget med 50 procent, mens andelen af patienter med knogleskørhed er steget hele 200 procent indenfor de sidste 15 år.¹²

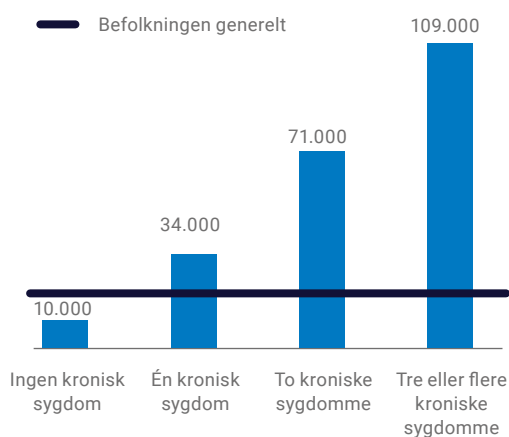
>> Jeg tror, at få danskere er klar over, hvilke udfordringer sundhedsvæsenet egentligt står over for. Demografien med stadig flere ældre kommer til at medføre store problemer. De patienter, som indlægges nu, er meget syge, fejler flere ting, og er meget skrøbelige. Vi geriatere oplever kraftig stigning i efterspørgslen af vores kompetencer på andre afdelinger på hospitalerne, og der er ledige stillinger stort set over hele landet«.

Annette Højmann, overlæge og forperson for Dansk Selskab For Geriatri til Kristeligt Dagblad, 4. januar 2023

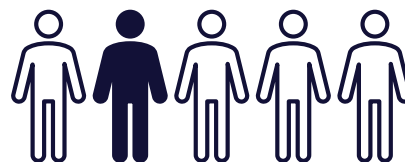
4.3. Rekrutteringsudfordringer

En naturlig konsekvens af, at en større andel af befolkningen er ældre, kronikere og multisyge, der har et større forbrug af sundhedsydelser er, at sundhedsvæsenet

Figur 4.4 Udgifter fordelt på antal kroniske sygdomme (kr.)



Kilde: Danske Regioner



Ca. hver femte multisyge har en fysisk sygdom sammen med en psykisk sygdom

Anne Frølich, professor i multisygdom og kroniske sygdomme på Københavns Universitet til danmark

kommer under pres for at levere stadig flere sundhedsydelse. Især bestanden af sygeplejersker har haft svært ved at følge med, hvilket har ført til mangel på kvalificeret arbejdskraft og rekrutteringsudfordringer på tværs af sundhedsvæsenet. En opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at der på landets offentlige sygehuse i perioden fra 2013 til 2021 blot er kommet 539 flere fuldtidsbeskæftigede sygeplejersker til.¹⁴ Men det er ikke kun flere sygeplejersker, sundhedsvæsenet har brug for. Også erfarne og højt specialiserede sundhedsprofessionelle bliver der mangel på i de kommende år, og allerede nu er der udfordringer med at rekruttere læger på tværs af landet.¹⁵

Den sekundære sektor på landets hospitaler er dermed presset og både rekruttering, fastholdelse og især besættelse af fuldtidsstillinger er problematisk.¹⁴

Rekrutteringsudfordringerne er ikke kun et dansk fænomen. Over hele verden er der mangel på personale i sundhedssektoren, og Verdenssundhedsorganisationen (WHO) varsler, at der i 2030 mangler mere en 14 millioner sundhedsprofessionelle verden over.¹⁶

I 2022 udarbejdede Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering en opgørelse over rekrutteringsudfordringer blandt de 30 stillinger med højeste jobomsætning i landet.

Opgørelsen belyser omfanget af rekrutteringsudfordringer og forgæves forsøg på at rekruttere arbejdstagere i perioden december 2021 til maj 2022 og er opdelt efter de Regionale Arbejdsrådsområder. I opgørelsen er både læger og sygeplejersker højt på listen i samtlige områder med undtagelse af læger i henholdsvis Hovedstaden og på Fyn. Tabel 4.3.1 viser andelen af forgæves rekrutteringer blandt læger og sygeplejersker på tværs af landet.

Tabel 4.3.1 viser, hvordan 55 procent af de opslåede stillinger målrettet sygeplejersker på Sjælland og hele 60 procent i Vestjylland ikke blev besat i perioden december 2021 til maj 2022. På Sjælland har 54 procent af stillingsopslag målrettet læger ikke ført til en ansættelse, mens 48 procent af stillingsopslagene i Nordjylland var forgæves.

I Hovedstaden og på Fyn er læger ikke i blandt de 30 stillinger med højest jobomsætning og andelen af forgæves forsøg på rekrutteringer er derfor ikke tilgængelig i opgørelsen. I Vestjylland har der ikke været nogle forgæves rekrutteringsforsøg.

På landsplan har man forgæves forsøgt at rekruttere i alt 1.440 læger og 4.520 sygeplejersker fra december 2021 til maj 2022. Det svarer til en rekrutteringsrate på 63 procent for læger og 55 procent for sygeplejersker.¹⁵

Tabel 4.3.1 Oversigt over den forgæves rekrutteringsrate blandt læger og sygeplejersker

	Sygeplejersker	Læger
Hovedstaden	50%	-
Sjælland	55%	54%
Fyn	15%	-
Syddjylland	30%	28%
Vestjylland	60%	0%
Østjylland	45%	24%
Nordjylland	15%	48%
Landstal	45%	37%

Kilde: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering

4.4. Ventelister

En medfølgende konsekvens af rekrutteringsudfordringerne er et fald i aktivitetsniveauet på landets sygehuse, hvor især aktiviteten for ambulante kontakter og indlæggelser er faldet.¹⁷ Det demografiske pres og den stigende andel af danskere med en eller flere kroniske sygdomme har ført til en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser, som sundhedsvæsenet i almindelighed og sekundær sektor i særdeleshed har svært ved at levere. Den covid-19-relaterede pukkel af udskudte ikke-akutte operationer er endnu ikke afviklet. I februar 2022 vurderede regionerne, at cirka 100.000 operationer er blevet udskudt.¹⁸

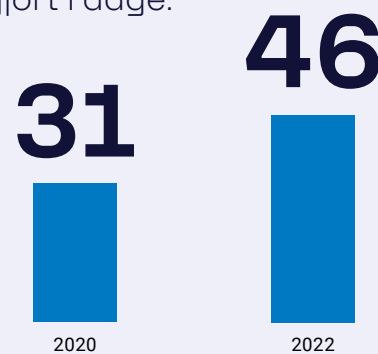
Kombinationen af rekrutteringsudfordringer, behandlingsefterslæb efter covid-19 og afvikling af en betydelig pukkel af operationer fører til lange ventelister i sundhedsvæsenet, hvor patienter med brug for operationer til fx et nyt knæ, en ny hofte eller grå stær må vente endnu længere end tidligere.

Figur 4.4.1 viser, at ventetiden til en specialiseret behandling af kronisk hovedpine eller migræne er mellem 30 og 111 uger på tværs af regionerne med undtagelse af Region Sjælland, som ikke på tidspunktet for dataindsamlingen havde en hovedpineklinik til specialiseret behandling.

En opgørelse fra Danske Regioner viser, at ventetiden til planlagt somatisk behandling er steget fra 31 dage i begyndelse af 2020 til 46 dage i 2. kvartal af 2022.²⁰ Hele landet er berørt af rekrutteringsudfordringerne. Eksempelvis må kroniske migrænepatienter i Midtjylland med behov for et besøg på reumatologisk afdeling på Regionshospital Gødstrup i gennemsnit vente hele 33 uger på en konsultation.²⁰

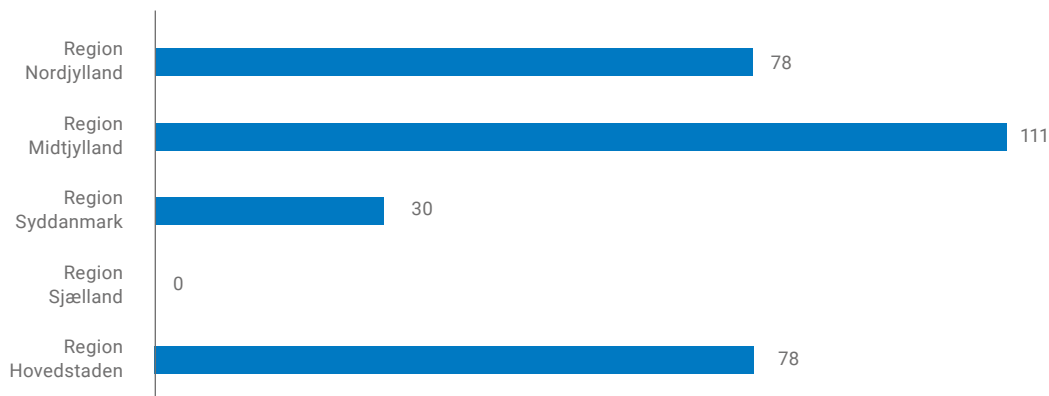
Ved udgangen af 2022 var ventetiden til somatisk behandling 45 procent højere end før covid-19, og hver femte patient ventede mere

Opgørelse af ventetid for planlagt somatisk behandling opgjort i dage.



Kilde: Danske Regioner¹⁷.

Figur 4.4.1 Ventetid på specialiseret hospitalsbehandling af hovedpine og migræne opgjort i uger.



Kilde: Bidrag indhentet fra regionerne til besvarelse af §-20 spørgsmål.¹⁹

end 30 dage på udredning.⁹ Altså er både ventetid til udredning og planlagte behandlinger udfordret, og udrednings- og behandlingsretten bliver overskredet. Inden covid-19 blev udredningsretten overholdt i ca. 82 procent af alle somatiske forløb.¹⁷ I 2022 blev udredningsretten overholdt i lidt under 75 procent af alle somatiske forløb.¹⁷

4.5. Strukturelle udfordringer

Siden kommunalreformen i 2007 er der sket en betydelig centralisering og specialisering af det danske sundhedsvæsen. Kvalitetsfonden bidrog til en specialisering af sygehusstrukturen med seks nye supersygehuse. Samlingen af specialer har højnet kvaliteten af behandling og pleje, men har flere steder også flyttet behandlingen længere væk fra borgeren.²¹ Behandlingsgarantien, de styrkede patientrettigheder og forberede klagemuligheder bidrager til at øge patientsikkerheden – men er også medvirkende til at presse kapaciteten og følgeomkostningerne i sundhedsvæsenet yderligere.

En anden strukturel udfordring findes i den geografiske fordeling af både praktiserende speciallæger og almen praksis. Nogle steder oplever man, at det ikke er muligt at finde en ny læge, når ens læge går på pension. Andre steder er problemet, at de praktiserende læger har så mange patienter, at de lukker for tilgang. Som eksempel har 78 procent af alle praktiserende læger i Region Nordjylland lukket for tilgang.²²

Heller ikke de praktiserende speciallæger er fordelt ligeligt på tværs af landet. Der er således flere speciallæger pr. indbygger i de større byer – og færre i landdistrikterne.²³ Sammenligner man regionerne, er der en skæv fordeling af praktiserende speciallæger, med betydeligt flere i Region Hovedstaden i forhold til især det vestlige Jylland, jævnfør figur 4.4.2.²⁴

4.6. Øvrige udfordringer i det danske sundhedsvæsen

De nævnte udfordringer er uden tvivl dem, der presser sundhedsvæsenet mest. Samti-

» Vi skal ikke bare fratage to minutter ad gangen, men gentænke hele forløbet og se på, hvordan vi kan undgå, at så mange ender inde på de store sygehuse. Hvordan får vi løst meget mere ude i det primære sundhedsvæsen? Det kræver en massiv oprustning af den primære sektor i form af kommunerne og praktiserende læger, ligesom vi skal finde andre teknologiske og organisatoriske løsninger«.

Jakob Kjellberg, sundhedsøkonom til KL¹⁰

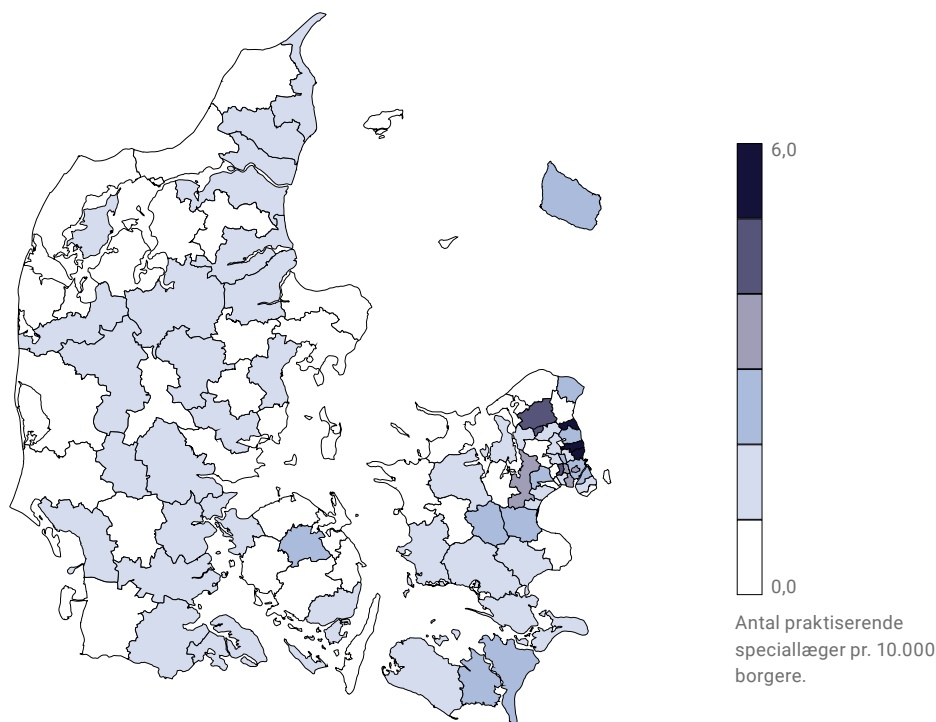
dig sker der en udvikling på en række områder, som isoleret set måske ikke er den store udfordring, men som også er opgaver, der kommer til at fylde mere og skal klares på hospitalerne. Det gælder eksempelvis kunstig intelligens, en ny type patienter og helt nye medicinske behandlingsmuligheder.

Udviklingen i sundhedsteknologi

Udviklingen inden for medicinsk teknologi, kunstig intelligens og andre digitale sundhedsløsninger går stærkt. Tidlig diagnostisering, bedre monitorering af patienterne i hjemmet, forbedrede behandlingsmuligheder gennem personlig medicin og forbedret brug og nytte af sundhedsdata er blot nogle af de mulige gevinster som sundhedsteknologi tilvejebringer.²⁵ Desuden har flere patienter et stort ønske om at bruge flere digitale og teknologiske løsninger i deres behandling, pleje og kontakt med sundhedsvæsenet.²⁶

Det er veldokumenteret, at teknologiske løsninger kan bidrage til at frigive ressourcer ved at overtage opgaver fra sundhedspersonale samtidig med, at patienternes ønsker bliver tilgodeset, men både Danske Patienter og en række internationale studier understreger, at det er udfordrende at tage de nye løsninger i brug.^{26–28}

Figur 4.6.1 Variation i antallet af speciallæger



Kilde: Danske Regioners afregningssystem Targit og Danmarks Statistik FOLK1A, maj 2020

Det er en væsentlig udfordring i vores sundhedsvæsen, da netop brugen af fx kunstig intelligens som beslutningsstøtte til diagnostik eller bivirkningsovervågning har potentiale til at frigive yderligere tid, så sundhedspersonalet kan varetage andre opgaver.²⁶

Udvikling i sundhedsteknologien rejser også nye spørgsmål i forhold til, hvordan vi håndterer personfølsomme data sikkert og om, hvordan ressourcer skal prioriteres til at uddanne sundhedspersonalet i at håndtere og få mest mulig ud af de teknologiske løsninger.²⁴ Sundhedsvæsenets organisering kan også være en udfordring, da implementeringen af nye sundhedsteknologier kan kræve ændrede arbejdsgange og løsninger på tværs af sektorer, som man organisatorisk, finansieringsmæssigt eller personale-opgavemæssigt ikke endnu er gearret til at implementere.²⁴

Hvis potentialerne i sundhedsteknologi, kunstig intelligens og digitale løsninger skal

indfries, er der behov for politisk prioritering og opbakning til at tænke patientforløb og arbejdsgange på ny.²⁴ Dansk Industri og Danske Regioner har i et forslag om en teknologifond allerede fremhævet ny teknologi som middel til at frigive tid blandt sundhedspersonalet og sikre en bedre behandling af patienterne.²⁹

En ny patienttype

Den teknologiske udvikling har ført til en informationsrevolution, som har ændret måden, vi er patienter på i sundhedsvæsenet. Rollerne mellem læge og patient er skiftet. Tidligere havde læger og sundhedspersonale fuld autonomi i forhold til behandling, diagnostik og pleje. Nu forventer de fleste patienter medbestemmelse og har desuden – som følge af øget velstand generelt i det danske samfund – større forventninger til pleje og behandling end tidligere.

Sundhedsvæsenet varetager også langt flere opgaver end tidligere, og kvaliteten af opgaverne er generelt blevet bedre.³⁰ Det har

medført, at nogle patientgrupper også har væsentligt højere forventninger til den behandling, de får.³¹ Mange patienter ved langt mere i dag end tidligere, og den teknologiske udvikling har muliggjort, at patienterne selv kan opsøge og tilgå information online om både sygdom og behandling. For nogle patientgrupper fører det til øgede forventninger og højere krav til både behandlingsforløb og behandlingsmuligheder.³⁰ Andre patientgrupper med færre ressourcer har fortsat brug for støtte og vejledning i deres kontakt med sundhedsvæsenet. Derfor skal sundhedsvæsenet i højere grad være i stand til at differentiere i tilbud og identificere behov på tværs af patienttyper.³² Det er derfor en forudsætning, at sundhedsprofessionelle både har kompetencer og opgaver til at tilbyde patienterne forskellig støtte og hjælpe de ressourcestærke til at være selvklarende i større dele af deres patientforløb.³³

Resultater fra indsatsen 'Det Brugerinddragende Hospital', udarbejdet af Videns- og Kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) dokumenterer, at de fleste patienter har et ønske om, at behandling foregår tættere på hjemmet og ikke ønsker, at kontakten med sundhedsvæsenet skal være styrende i deres hverdag.³⁴ Patienterne ønsker derimod mere ansvar for deres behandling, hvis det kan føre til færre besøg og møder med sundhedsvæsenet.

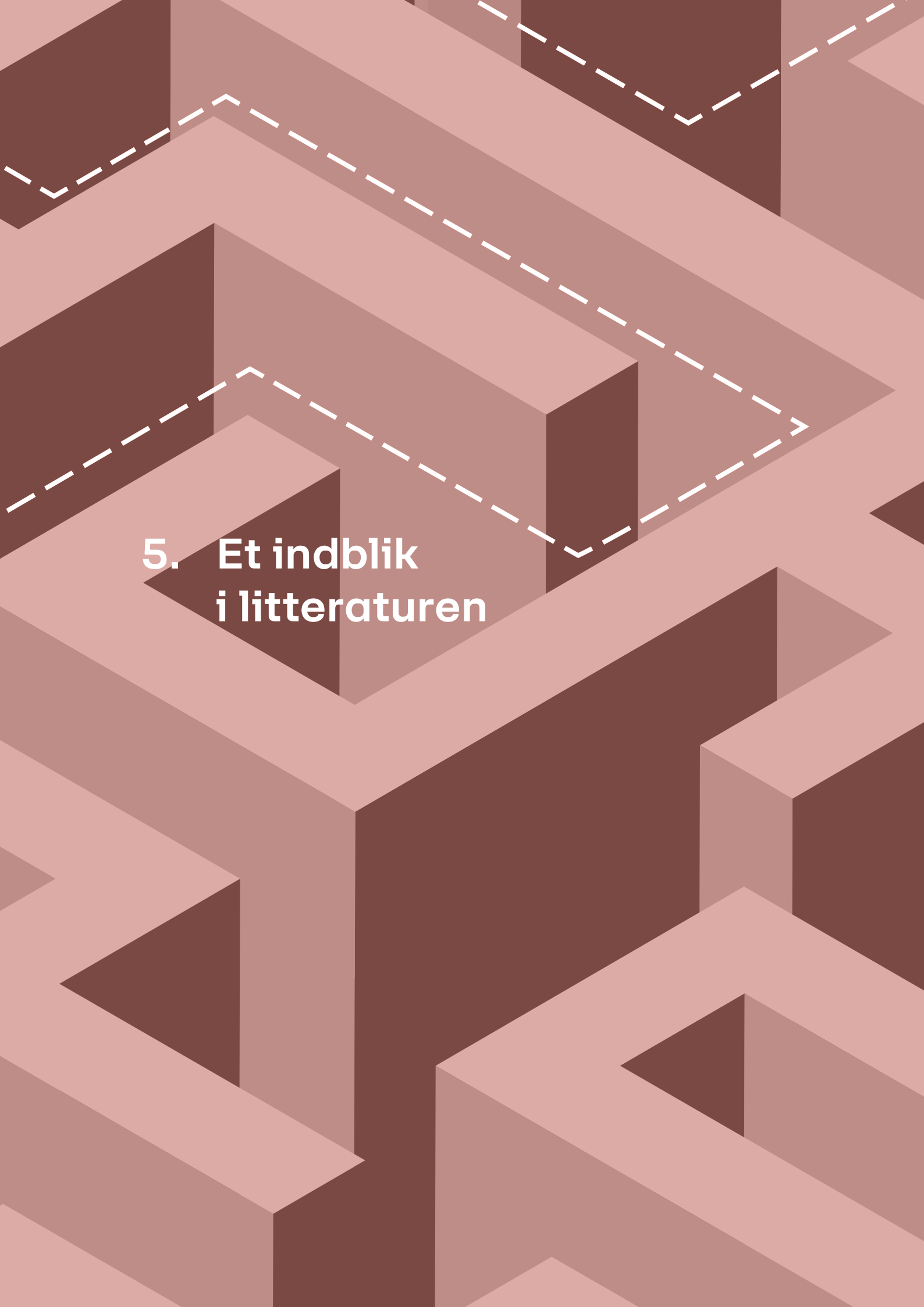
Udviklingen i lægemidler

Der er sket en mærkbar udvikling i måden, hvorpå udviklerlægemidler udvikles i dag. Personlig medicin eller ATMP'ere (Advanced Therapeutic Medical Products), som behandlingerne også kaldes, dækker over en mere målrettet medicinsk behandling til patienter, hvor typen af behandling afhænger af den enkelte patients genetiske disposition.³⁵ Personlig medicin, som fx nye gen- og celleteknologier samt vævsteknologier, skal bidrage til at skabe en mere præcis diagnostik af sygdomme og udvikle nye behandlinger, der kan styrke muligheder for helbredelse og overlevelse. Desuden vil de nye behandlinger mindske andelen af patienter, der får medicin, de ikke har gavn af, eller som påfører patienterne skade eller unødvendige bivirkninger.³⁶

De nye avancerede behandlingsmuligheder fører en række udfordringer med sig for sundhedsvæsenet. De nye behandlingsmuligheder kræver, at sundhedsvæsenets rådgivning af patienter i forhold til valg af behandling og viden om eksisterende behandlingsmuligheder skal styrkes. På tværs af organiseringer skal sundhedsprofessionelle være uddannet til at tolke, analysere og vurdere patienters genetiske profil i valget af medicinsk behandling.³⁷ Det er ressourcekrævende, da det kræver mere – og løbende – uddannelse af sundhedsvæsenets ansatte.

Desuden udfordrer mere specialiseret og personlig medicin de eksisterende evidenskriterier relateret til anbefaling og ibrugtagning af ny medicin.³⁶ Når behandlingen bliver mere målrettet, vil målgruppen af patienter, der er kvalificeret til at modtage behandling med specifikke lægemidler være reduceret. Det udfordrer måden, sundhedsvæsenet i dag evaluerer effekten og ibrugtagningen af ny medicin.³⁶ Indskrænkningen af patientgruppen fører også en række budgetmæssige overvejelser og konsekvenser med sig.

De nye avancerede behandlingsmuligheder fører altså en række udfordringer – men også muligheder – med sig for sundhedsvæsenet. De avancerede behandlingsmuligheder skal varetages på højest specialiseret niveau, og for at sikre, at sundhedsvæsenet har tilstrækkelige ressourcer hertil, er der behov for at identificere andre mindre specialiserede opgaver, der kan afhospitaliseres.



5. Et indblik i litteraturen

Den videnskabelige litteratur om decideret afhospitalisering er begrænset. Der er evidens for, at en decentralisering af organisationen i et sundhedsvæsen kan tilvejebringe både patientrettede, kliniske og sundhedsøkonomiske fordele.³⁸⁻⁴³

En decentralisering af sundhedsvæsenet kan føre til højere forventet levetid og øget velfærd gennem en tilpasning til lokale behov og præferencer.^{38,44}

Desuden kan decentraliserende indsatser bidrage til mere omkostningseffektive arbejdsgange og føre til lavere udgifter i det offentlige sundhedsvæsen sammenlignet med mere centraliserede sundhedssystemer.^{41,44} Et ældre amerikansk studie viser, at de gennemsnitlige omkostninger for hjemmebehandling blandt ældre med behov for indlæggelse på et akuthospital som følge af enten lungebetændelse, forværring af kronisk hjertesvigt, KOL eller cellulitis medfører en besparelse på 2399 USD sammenlignet med de gennemsnitlige omkostninger forbundet med akut hospitalsbehandling.⁴⁵

Fra et patientrettet perspektiv viser litteraturen også, at patienter i mange tilfælde foretrækker behandling tættere på hjemmet.^{39,40,42,45}

De fleste patienter foretrækker hjemmebehandling fremfor akut behandling på hospitalet.⁴⁵ Det gælder også, når det kommer til elektiv kirurgi, hvor flere patienter foretrækker lokale tilbud fremfor behandling på regionale sygehuse.³⁹ Et engelsk studie har fundet, at afstand til behandling vejer tungere end kvalitet og ventetider for patienter, i forbindelse med elektiv hoftekirurgi.⁴⁰ Dette ændrer sig dog over tid, hvor kvalitet og ventetid betyder mere.

I 2018 publicerede forskere fra Klinik for Blodsygdomme på Rigshospitalet et studie om systematisk patientinddragelse i forbindelse med hjemmebehandling med kemoterapi til patienter med akut leukæmi og patienter med lymfom.⁴² Studiet konkluderer, at hjemmebehandling med kemoterapi ved brug af programmerbare og transportable pumper er både sikkert og meningsfuldt. Patienterne oplevede behandlingen som både

sikker og tilfredsstillende. Resultaterne fra studiet viser desuden, at hjemmebehandlingen frigiver sengekapacitet på hospitalet ved at nedbringe antallet af indlæggelsesdage med op til 52 procent.⁴²

En hollandsk litteraturgennemgang fra 2019 undersøger, hvordan kvaliteten af behandling, sundhed og omkostninger bliver påvirket, hvis man erstatter sygehusbehandling med speciallægebehandling i praksissektoren. Studiet konkluderer, at størstedelen af de indsatser, hvor ambulante sygehusbesøg bliver erstattet af speciallægebehandling i praksissektoren, vil føre til øget patienttilfredshed, kortere ventelister og kortere ventetid i klinikken.⁴³

McKinsey & Company udgav i 2022 en analyse af udfordringerne for fremtidens sundhedsvæsener på tværs af lande.⁴⁶ Analysens anbefalinger går især på behovet for, at nationale politikere accelerer ibrugtagning af innovative behandlingsmuligheder og værdibaserede behandlingstilbud, for at kunne imødekomme patienters behov i fremtidens sundhedsvæsen. Analysen fremhæver et behov for at transformere og nytænke plejeforløb og fremhæver at virtuel pleje og behandling i hjemmet er essentielt for udviklingen.⁴⁶

Litteraturen om afhospitalisering viser, at en omlægning af ambulante sygehusbesøg til speciallægebehandling i praksissektor kan forkorte ventelister, øge patienttilfredsheden og nedbringe udgifterne i det offentlige sygehusvæsen. Litteraturen viser også, at hjemmebehandling kan frigive sengekapacitet på hospitalerne ved at nedbringe antallet af indlæggelsesdage. I nogle tilfælde med op til 52 procent. Og så illustrerer litteraturen, at størstedelen af patienterne foretrækker at blive behandlet i det nære sundhedsvæsen eller i eget hjem.

Det er relevant at nævne, at litteraturen også rummer studier, der identificerer gevinster ved en centralisering af sundhedsvæsenets ydelser. Det gælder særligt for højtspecialiserede behandlinger i sygehusregi.

Gevinsterne ved at centralisere højtspecialiseret behandling understreger behovet

for, at afhospitalisere ydelser, behandlinger og kontroller, der ikke kræver højtspecialiseret behandling. Både for at frigive plads til patienter med brug for højtspecialiseret behandling. Men også for at imødekomme patienternes ønsker om at modtage behandling tættere på eget hjem. Grænsen for, hvornår behandling bør centraliseres er svært at definere og flydende i takt med udviklingen i sundhedsteknologi. Dog har ovenstående eksempler fra litteraturen præsenteret en række konkrete eksempler på, hvordan afhospitalisering kan være en fordel for både patienter og samfund.

The background is a complex, isometric geometric pattern composed of numerous 3D rectangular blocks or cubes. These blocks are arranged in a way that creates a sense of depth and perspective, with some blocks appearing to be stacked or interlocked. The color palette is monochromatic, using various shades of purple and blue. Some blocks are a light lavender, while others are a darker, more saturated blue. Dashed white lines are scattered across the composition, some following the edges of the blocks and others forming independent geometric shapes, such as a large 'V' or 'less-than' symbol on the right side. The overall effect is a modern, architectural, and abstract visual field.

6. Potentialet for afhospitalisering

De ovennævnte studier om afhospitalisering og rapporten om behovet for at reorganisere sundhedsvæsenet dokumenterer, at der er en positiv effekt forbundet med at omtænke patientforløb. Herudover er langt størstedelen af eksperterne interviewet til denne rapport enige om, at vi skal flytte opgaver væk fra hospitalerne og tættere på patienterne. Alene det forhold, at antallet af senge på hospitalerne er planlagt på et lavere niveau fremover, tvinger os til at finde en måde at reducere patienttilstrømningen til hospitalerne.¹⁷ Af samme årsag er der også bred opbakning til at flytte behandlinger væk fra sengeafsnit og sygehuse.

Den daværende borgerlige regering havde i sit udkast til en sundhedsreform fra 2019 en ambition om at behandle flere patienter tættere på hjemmet. Ambitionerne var 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser på sygehuset frem mod 2025.⁴⁷

Interviews og research peger i retning af et stort potentiale for afhospitalisering, i form af konkret at flytte hele eller dele af konkrete behandlingsforløb helt væk fra hospitalerne. Det kræver et tværfagligt samarbejde at identificere, hvor udflytningen kan starte, men principielt vil behandlinger, der i dag behandles på hovedfunktionsniveau kunne uddelegeres til f.eks. praktiserende speciallæger, hvis overenskomst kan afspejle dette opgavetryk.

Ekspertene interviewet til denne rapport peger på en lang række sygdomme, hvor det er relevant at kigge på afhospitalisering af sundhedsydelse. Nogle eksperter peger generelt på kroniske sygdomme. Andre nævner, at man kan starte med alle de sygdomme, hvor der er ventelister. I det følgende gives en række eksempler på sygdomme og behandlinger, som med fordel kan afhospitaliseres.

6.1. Eksempler på sygdomme med potentiale for afhospitalisering

I det følgende gennemgår vi de sygdomsområder eller behandlinger, som eksperterne fremhæver, for at illustrere potentialerne inden for afhospitalisering. Det er ikke en

udtømmende liste, men blot eksempler fra klinisk praksis.

6.1.1. Migræne

Migræne er en af de helt store folkesygdomme, hvor der indenfor de seneste år er sket et gennembrud i behandlingsmulighederne for svær migræne. Nye CGRP-antagonister har vist markante resultater i form af forebyggelse af migræne-angreb. Den danske professor Jes Olesen fra Rigshospitalet har stået bag en del af forskningen på området, der har udløst Lundbeckfondens The Brain Prize – neurologiens svar på en Nobelpris. I Danmark har 640.000 patienter migræne. Migræne er årsagen til fem procent af alle besøg hos praktiserende læger og 14 procent af samtlige sygedage i Danmark.⁴⁸

De nye behandlinger bliver i dag udelukkende givet på de såkaldte hovedpinecentre på en række centrale hospitaler. Der er ifølge eksperterne interviewet til denne rapport imidlertid intet til hinder for, at behandlingen også kan ordineres på almindelige neurologiske afdelinger. De burde også kunne gives af praktiserende neurologer. Og på sigt kan det være, at alment praktiserende læger kan give behandlingen.

For en stor del af patienterne med svær migræne vil adgang til de nye behandlinger i betydelig grad give dem en bedrelivskvalitet med langt færre sygedage. Det vil umiddelbart indebære øgede udgifter til medicinske behandlinger, men for samfundet vil det også betyde markant færre udgifter til overførselsindkomster og flere indtægter i form af skat af arbejdsindkomst.⁴⁹

Samtidig er der et stort potentiale i at sikre, at færre patienter med hovedpine sendes videre til neurolog, men i stedet bliver behandlet i almen praksis. Ifølge et dansk studie publiceret i 2022 bliver hver anden hovedpinepatient sendt videre til neurolog. Ifølge forskerne er det alt for mange, og en stor del af patienterne kan med fordel blive behandlet i almen praksis, hvis lægerne bliver opdateret på viden inden for hovedpinebehandling.⁵⁰

Kronisk migrænebehandling er et eksempel på, at størstedelen af patienter og forløb kan gennemføres uden for hospital med samme

behandlingskvalitet, med lavere ventetid for patienterne og frigiver dermed tid på hovedpineklinikkerne, så de komplicerede patienter, der har brug for højt specialiseret ekspertise også hurtigere kan komme i hospitalsforløb.

6.1.2. Parkinsons Sygdom

Inden for behandling af avanceret Parkinsons sygdom kommer patienterne ind på hospitalet i forbindelse med, at de skal modtage en avanceret behandling i form af enten en pumpebehandling eller en såkaldt deep brain stimulation. Patienter med fremskreden sygdom kan også modtage behandling på hospitalet i forbindelse med alvorlige bivirkninger eller komplikationer.

Når patienten er stabiliseret, eller den avancerede behandling er etableret, fortsætter de fleste patienter med at gå til kontrol og opfølgning på hospitalerne. Denne kontrol og opfølgning kunne i de fleste tilfælde imidlertid lige så godt ske hos en praktiserende neurolog. Alene her er der således et potentiale for at frigøre ressourcer på sygehusene.

Der findes også eksempler på patienter, der bliver udredt på sygehusene, og som fortsætter med opfølgende kontrol og behandling på hospitalerne, selvom de kunne få samme behandlingskvalitet, hvis de blev behandlet af praktiserende neurologer.

En af eksperterne peger også på, at patienter med Parkinsons sygdom bør gå til kontrol og opfølgning, når de har et behov for det, og ikke bare fordi, der nu er gået et bestemt antal måneder. En mere behovsorienteret kontrol og opfølgning vil også kunne reducere antallet af opgaver både på hospitaler og hos praktiserende speciallæger. Der er imidlertid ikke enighed i faglige kredse om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at indføre behovsstyret opfølgning på patienterne.

Det har stor betydning for patienter med Parkinsons sygdom og deres pårørende, at have mulighed for behandling tæt på eget hjem, da de ofte er så påvirket af sygdommen, at de ikke selv kan stå for transporten.

>> Det er svært at forklare, hvorfor det giver mening at bruge patienters tid og hospitalers ressourcer på opgaver, der sagtens kan varetages af specialpraktiserende neurologer«.

Interviewperson

Parkinsons behandling er et eksempel på, at stabiliserende behandling og kontrolforløb kan tænkes udenfor hospital, hvis patienterne differentieres i langt højere grad end tilfældet er i dag.

6.1.3. Demens

Demens er et eksempel på et sygdomsområde, hvor der allerede nu er udfordringer med ventelister, og hvor særligt to faktorer kommer til at presse sundhedsvæsenet i betydelig grad. For det første er der den generelle udvikling i antallet af ældre danskere (se kapitel 4.2), der uvilkårligt vil føre til en betydelig stigning i antallet af demente. For det andet er der med stor sandsynlighed helt nye behandlingsmuligheder på vej, hvilket blot giver endnu flere opgaver til et i forvejen hårdt presset neurologisk speciale.

En aftale fra 2022 mellem Danske Regioner og Sundhed Danmark^b skal forsøge at reducere ventetiden for udredning, så man kan komme i nærheden af behandlingsgarantiens fire uger.⁵¹ Det har betydet, at det nu er muligt at blive diagnosticeret på et privathospital. Da diagnosticering kræver inddragelse af flere specialer, er der næppe et stort potentiale for at flytte denne del tættere på patienterne. Det betyder imidlertid også, at så meget af kontrollen og opfølgningen på patienterne bør blive flyttet så tæt på patienterne som muligt, hvis man skal kunne overkomme det stigende antal patienter.

^b Brancheforening for danske sundhedsvirksomheder, herunder privathospitaler

Desuden bør man se på, at mulighederne for at opkvalificere flere i den primære sundhedssektor til at kunne identificere potentielle demenspatienter. Det er nemlig kun ved en tidlig diagnose, at nuværende og fremtidige behandlinger kan have en afgørende betydning for patienter og pårørendes livskvalitet.

Demensdiagnostik og behandling er et eksempel på et sygdomsområde, hvor diagnosticeringens kompleksitet kræver højtspecialiseret niveau, men hvor primærsektoren kan spille en betydelig rolle i tidlig opsporing, og hvor kontroller og opfølgning med fordel kan flyttes fra hospitalerne og tættene på patienten.

6.1.4. Atopisk eksem og psoriasis

Inden for det dermatologiske område peger nogle af eksperterne på, at der kan være et potentiale i flytte behandlinger fra sygehuse og ud til speciallægerne.⁵² Det er særligt de nye biologiske behandlinger, som typisk har stor effekt for patienter med eksempelvis atopisk eksem eller psoriasis, der i et eller andet omfang har potentiale til at blive flyttet tættere på patienten. Hvert femte barn får atopisk eksem, og op imod fem procent af alle voksne kæmper med sygdommen. Psoriasis rammer op imod tre procent af befolkningen.⁵³

Faktisk har man allerede erfaringer med at lade praktiserende speciallæger håndtere biologisk psoriasisbehandling i Nordjylland. Anledningen var, at man indtil for få år siden ikke havde en dermatologisk hospitalsafdeling i regionen. Derfor fik en klinik med praktiserende dermatologer dispensation til at stå for at administrere udvalgte biologiske behandlinger, som det er beskrevet mere indgående i Appendix 2, Case 2.

En anden model stammer fra et "løsningslaboratorium", som Atopisk Eksem Forening har stået i spidsen for med involvering af ledende dermatologer. Her blev det foreslået, at hospitalslægerne fortsat udskriver alle biologiske behandlinger til patienterne, men at man rykker opfølgningen og kontrol ud til praktiserende dermatologer. Tilsvarende kan man fortsat lade de praktiserende dermato-

loger udskrive systemiske behandlinger, men flytte kontrol og opfølgningen ud til almenpraktiserende læger.

Ved at flytte opgaverne ud af hospitalerne og tættere på patienterne bliver der frigjort ressourcer, som kan komme de patienter til gavn, som har behov for højt specialiseret hospitalsbehandling. Inden for sygdomme som psoriasis og atopisk eksem er der et stort antal ubehandlede eller underbehandlede patienter, og det er dokumenteret, at bedre sygdomskontrol blandt patienter med atopisk eksem sparer både patienter og samfundet for store sociale og økonomiske omkostninger.⁵⁴

Atopisk eksem og psoriasis er eksempler på sygdomsområder hvor afhospitaliserende initiativer allerede spirer. Region Nordjylland har vist, at håndteringen af biologiske behandlinger til psoriasispatienter med fordel kan varetages uden for hospitalet. Ledende dermatologer peger på, at kontrol og opfølgning af patienter med atopisk eksem med fordel kan flyttes fra dermatologiske hospitalsafdelinger til praktiserende dermatologer og almen praksis.

6.1.5. Kræftsygdomme

Indenfor kræftområdet er der en række funktioner, der med fordel kan flyttes ud af hospitalerne og tættere på patienterne. Det gælder eksempelvis koloskopi og gastroskopi, jf. afsnit 6.1.9, som bruges til at screene for kræft. Det gælder også forskellige former for intravenøs behandling, jf. afsnit 6.1.8. Der er også et eksempel på, at patienter med nyrekræft har modtaget immunterapi som hjemmebehandling.⁵⁵ Men også inden for kemoterapi er der allerede gode erfaringer og fortsat et meget stort potentiale for at lade flere behandlingsformer ske i patientens hjem.

Hjemmebehandling med kemo, og måske på sigt også med immunterapi er et område, hvor man drastisk kan reducere antallet af indlæggelser. Desuden vil patienterne få en mere normal hverdag og føle sig mindre syge. Eksemplet med hjemmekemo er beskrevet nærmere i Appendix 2, Case 3.

» Vi forventer, at antallet af speciallæger stiger i fremtiden, og i takt med udviklingen ser vi meget gerne, at praktiserende speciallæger både yder mere rådgivning til almen praksis og i højere grad aflaster hospitalsafdelingerne. Det er helt centralt, hvis vi skal sikre flere nære sundhedstilbud til danskerne, spare flere patienter for transporten til sygehuset og sikre, at vi får mest mulig sundhed for pengene».

Anders Kühnau, formand for Danske Regioner, Ugeskrift for Læger, februar 2022.

6.1.6. KOL, lungefibrose og hjertesvigt

Mellem en femtedel⁵⁶ og helt op til to tredjedele af den danske befolkning har en kronisk sygdom.⁵⁷ For dem kan afhospitalisering også handle om at reducere antallet af hospitalsindlæggelser over et helt liv. PreCareKlinikken i Odsherred er et eksempel på en behandlingstilgang af kronikere, der er forebyggende og som skaber sammenhæng i sundhedsvæsenet.

Klinikken tilbyder behandling til patienter i Odsherred kommune med KOL, lungefibrose, alfa1-antitrypsinmangel og hjertesvigt.

Patienterne måler løbende eget helbred, og tallene bliver automatisk indrapporteret. Giver tallene anledning til en reaktion, tager klinikken selv fat i patienten. Klinikken har således mulighed for løbende og på en mere individuel måde at bistå patienterne, inden der opstår akutte problemer. Resultatet er øget livskvalitet og færre indlæggelser. Se mere om eksemplet fra PreCareKlinikken⁵⁸ i Appendix 2, Case 1.

6.1.7. Akut psykiatrisk hjemmebehandling

Et alternativ til hospitalsindlæggelse i forbindelse med akut psykisk sygdom eller psykisk sårbarhed er hjemmebehandling,

hvor patienten bliver behandlet i eget hjem af sygeplejersker fra et akut ambulant team med opbakning fra en lægefaglig konsulent. Teamet kan også inddrage andre eksperter efter behov, fx en socialrådgiver.

Ved at flytte psykiatrisk behandlingen fra hospitalet til patientens eget hjem opnår man flere betydelige fordele. I et nyt studie sammenlignes indlæggelsesbehandling i Københavns Kommune med akut psykiatrisk hjemmebehandling ved Psykiatrisk Center Frederiksberg.⁵⁹ Studiet viste, at hjemmebehandlingen ikke alene er forbundet med færre selvmordsforsøg, indlæggelser og genindlæggelser, men også med en signifikant bedre fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Studiet dokumenterer således, at akut psykiatrisk hjemmebehandling bidrager til færre indlæggelser og genindlæggelser, bedre fastholdelse på arbejdsmarkedet og færre selvmordsforsøg.

Der er flere eksempler på sygdomsområder, hvor afhospitaliserende indsatser allerede

» Faktisk er der rigtig meget, der bliver henvist til sygehusene af de praktiserende læger, der lige så godt kan udføres i special-lægepraksis. Og det oplever jeg, at sygehusene får øjnene op for nu».

Praktiserende kirurg Martin Poulsen i Ugeskrift for Læger, 8. februar 2021.

» De praktiserende speciallæger vil ofte være tættere på patienten, de har setuppet, og de er hurtige, så de når mere».

Birgitte Jul Kiil, ledende overlæge, Plastik- og Bryst-kirurgisk Afdeling, AUH til Ugeskrift for læger, februar 2022.

er i gang. Men også på tværs af sygdomme kan forskellige behandlingsformer afhospitaliseres.

6.1.8. Intravenøs antibiotikabehandling

Patienter med tarmsvigt kan få infektioner, som kræver en intravenøs antibiotikabehandling med månedlange forløb. Længe-revarende antibiotikabehandlinger ses også inden for andre sygdomsområder, fx kræft. Tidligere har den type antibiotikabehandling været ensbetydende med lange indlæggelser på hospitalerne, men nu er man flere steder i landet gået i gang med at udskrive intravenøs antibiotikabehandling til egen-administration i eget hjem. Efter stabilisering på hospitalet og kontrol for, om patienten kan tolerere behandlingen, bliver patienten instrueret i praktik og ikke mindst i selvmonitorering af symptomer. Der anlægges et venekateter på en måde, så patienten selv kan tilslutte medicinen, der udskrives af hospitalets apotek. Herefter er det muligt at udskrive patienten til at fortsætte antibiotikabehandlingen i eget hjem.⁶⁰ Hjemmebehandlingen kan tilmed være relevant som støttet behandling i ældreplejen og andre kommunale behandlingstilbud.

Region Midtjylland havde i 2021 knap 3.000 forløb med patienter, der skulle have antibiotika eller væske i drop, hvilket sparede over 19.000 indlæggelsesdage, fordi de blev behandlet hjemme eller ambulant.⁶¹

For hospitalet betyder hjemmebehandlingen, at man kan nedlægge eller frigive sengepladser og spare ressourcer. For patienten betyder det, at de føler sig mindre syge og har bedre muligheder for at opretholde funktions- og aktivitetsniveau. Som en patient siger til DR: *"Det betyder alt, for jeg føler mig heller ikke så syg, når jeg er herhjemme, og jeg tror, man kommer sig hurtigere, når man er i vante omgivelser."*⁶² Det kan også betyde, at patienter, der er på arbejdsmarkedet i et vist omfang, kan vende tidligere tilbage til i job.

Intravenøs antibiotikabehandling er et eksempel på et område, hvor patienter gennem selvmonitorering og hjemmebehandling kan øge sygdomsmestring samtidig

med at sengepladser og ressourcer hertil bliver frigivet på hospitalerne.

6.1.9. Kirurgiske undersøgelser og mindre operationer

I sundhedsvæsenet er der allerede en del erfaring med at flytte en række kirurgiske undersøgelser og kontroller ud af hospitalerne til varetagelse af praktiserende speciallæger og kirurger. Det gælder fx koloskopi, der er en kikkert-undersøgelse af tarmene, og gastro-skopi, hvor man med en kikkert gennem spiserøret undersøger mavesækken. Det er også muligt at flytte mindre, rutineprægede operationer fra hospitalerne og ud hos praktiserende speciallæger. Der sker eksempelvis indenfor hudkræft.

Ved at inddrage de praktiserende speciallæger i flere centrale dele af de patientforløb, som i dag sker på hospital, kommer patienterne hurtigere i udredning, behandling og til kontrol, som er kontakter til sundhedsvæsenet, som også ofte kan foretages tættere på hjemmet.

6.2. Fordele ved afhospitalisering

Eksemplerne på sygdomme og områder med potentiale for afhospitalisering resulterer alle i en række fordele for patienter og for sundhedsvæsenet. Det er nærliggende at konkludere, at værdien af eksemplerne hænger sammen, at man 'afhospitaliserer' hele eller dele af konkrete patientforløb. Det er der en række yderligere fordele ved for hele sundhedsvæsenet.

6.2.1. Øget kapacitet

Ved at flytte en opgave væk fra et centralt hospital og ud til en række speciallæger, kan byrden lettes centralt. Der er selvfølgelig grænser for, hvor mange flere opgaver praktiserende speciallæger og almenpraktiserende læger kan påtage sig, men som det fremgår af afsnittet om best practice og udlægningsaftalen på side 28 kan man i perioder øge kapaciteten betydeligt. Det gælder i særdeleshed, når det er muligt at flytte opgaver helt ud til patienten selv. Hjemmebehandling er et af de oplagte svar på udfordringen med at rekruttere mere per-

sonale. Når patienten selv løser opgaverne, frigøres ressourcer på hospitalerne.

Det hører dog med til billedet, at mulighederne for at flytte opgaver til praktiserende læger og speciallæger også hænger sammen med, om dækningen er tilstrækkelig, jf. afsnittet om udlægningsaftalen på side 28. I nogle dele af landet er der eksempelvis meget få praktiserende speciallæger.

6.2.2. Øget patienttilfredshed

Et gennemgående element i ovenstående afdækning er, at patienterne oplever bedre livskvalitet, større selvstændighed og kontrol i sygdomsforløbet og generel bedre tilfredshed, når behandlingen rykker tættere på dem selv og helt ud i eget hjem.

Når patienterne i højere grad bliver involveret i egen behandling, oplever de en større sygdomsmestring. Det at have indflydelse på egen behandling og en større grad af kontrol giver bedre livskvalitet for patienterne. Og når behandlingen foregår i eget hjem, føler man sig mere som menneske og mindre som patient. Patienterne kan opretholde en hverdag, der er tæt på normalen, herunder at varetage et arbejde eller uddannelse.

Det forhold, at flere patienter kan blive behandlet hurtigere, må forventes at medføre en større tilfredshed hos patienterne. Det er belastende at skulle vente på en behandling, der kan være alvorlig set fra patientens perspektiv, selvom det betragtes som en standardbehandling i sundhedsvæsenet. Og endelig er det en vigtig selvstændig fordel for patienterne ikke at skulle bruge unødigt tid og ressourcer på transport. Det er både en fordel for de patienter, der ikke selv er i stand til at stå for transport til en behandling og for patienter, der slipper for at skulle tage fri fra arbejde, for at gå til en hospitalskontrol på et sygehus langt væk.

6.2.3. Bedre samarbejde på tværs

Der er bred enighed blandt de interviewede om, at den primære sundhedssektor skal styrkes. Det kan ske ved at flytte opgaver ud af hospitalerne til praktiserende speciallæger, til almenpraktiserende læger, til kommunalt sundhedspersonale samt til patienten og patientens pårørende.

Ved at styrke inddragelse af alle dele af sundhedsvæsenet, opnår vi også mulighederne for et bedre samarbejde på tværs af sundhedsvæsenets forskellige enheder. Det gør vi, fordi et samarbejde mellem de forskellige led i sundhedsvæsenet er en forudsætning for, at vi kan afhospitalisere. Praktiserende speciallæger har brug for at samarbejde med specialisterne på hospitalerne, når de skal overtage patienter, eller når de er i tvivl eller møder ukendte udfordringer. Almen praksis har brug for både hospitalslæger og praktiserende speciallæger for rådgivning og input. Og patienterne har naturligvis brug for et godt samarbejde med alle dele af sundhedsvæsenet.

Afhospitalisering bryder således med silo-opdelingen af ydelser i henholdsvis en hospitalssektor, en praksissektor og en kommunalsektor. Og dermed fordrer afhospitalisering mere samarbejde på tværs. Det gælder eksempelvis, når patienter skal til kontrol i speciallægepraksis og til undersøgelser på hospitalet. Samtidig er det imidlertid også en barriere for afhospitalisering, hvis samarbejdet ikke kommer i stand.

6.2.4. Økonomiske incitamenter

Der kan være økonomiske besparelser ved at flytte relativt simple opgaver fra eksperterne på højtspecialiserede afdelinger og ud i

>> Ydelserne i speciallægepraksis er betydeligt billigere end de samme ydelser på sygehusene, og speciallægerne udfører opgaverne med meget høj kvalitet. Der er givetvis en uudnyttet kapacitet hos de praktiserende speciallæger, og man bør derfor etablere flere ydernumre og med en bedre geografisk fordeling«.

Overlæge og professor Jacob Rosenberg og praktiserende læge Stig Jørgensen i artikel på Sundhedstinget, 30. august 2022.

almen praksis. En gennemgang af forskellige ydelser i Region Hovedstaden på øjenområdet samt på øre-, næse- og halsområdet viste, at taksterne i speciallægepraksis generelt er billigere end den tilsvarende DRG-takst for hospitalsbehandlingen.⁶³

Ifølge FAPS er den gennemsnitlige udgift pr. patientforløb cirka 1.400 kroner hos de omkring 1000 praktiserende speciallæger i Danmark. Hver speciallæge ser i gennemsnit 30 patienter på en dag. Og hvert år har 1,9 million danskere været behandlet af en praktiserende speciallæge.⁶⁴

FAPS peger på, at praktiserende speciallæger er effektive af flere grunde:

1) De arbejder i små enheder med et smidigt setup, der muliggør patientkontakt i 90 procent af arbejdstiden, 2) de udfører et stort antal af samme type behandlinger 3) de tilrettelægger selv deres arbejde og 4) de har meget lidt administration.⁶⁴

Det er imidlertid meget svært at sammenligne udgifterne på tværs i sundhedsvæsenet, og derfor kan man ikke entydigt sige, at afhospitalisering også er lig med færre udgifter.

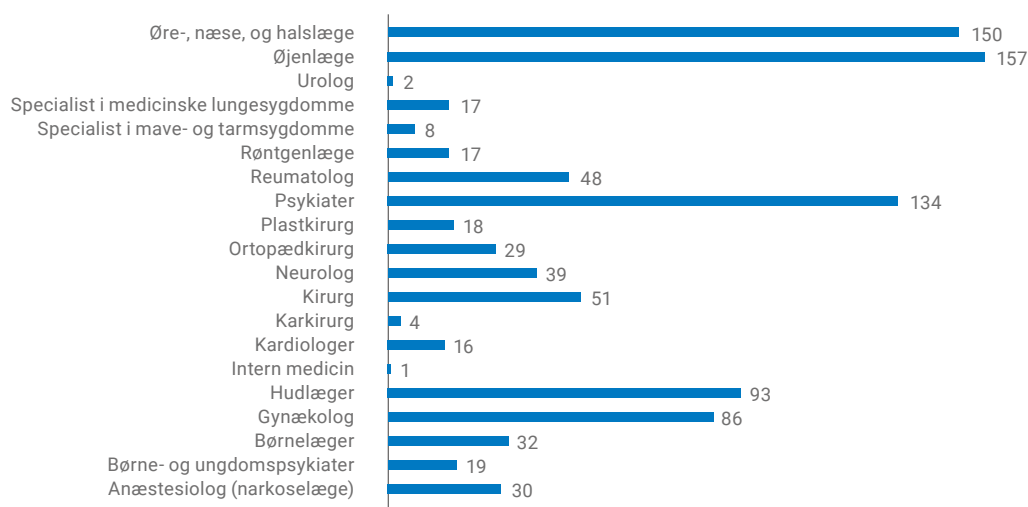
6.3. Udlægningsaftalen

Under covid-19 i foråret 2020 indgik Regionernes Lønnings- og Takstnævn en midlertidig tillægsaftale til overenskomsten med Foreningen Af Speciallæger (FAS).⁶⁵ Aftalen giver mulighed for, at sygehusafdelinger kan lægge opgaver ud til praktiserende speciallæger.

Aftalen omfatter alene opgaver på hovedfunktionsniveau, der er defineret ved at være hyppigt forekommende opgaver af begrænset kompleksitet. Samtidig er det også opgaver, der ikke har et ressourceforbrug af en størrelse, der kræver, at man samler opgaverne på få centrale lokationer. Ifølge Sundhedsstyrelsen er cirka 90 procent af sygehusbehandlingen på hovedfunktionsniveau.⁶⁶ Aftalen skaber derfor særdeles omfattende muligheder for afhospitalisering, selvom den naturligvis er begrænset til de områder og specialer, hvor der er praktiserende speciallæger.

Hvis en patient eller en sygehusafdeling ønsker at benytte aftalen, sender de en henvisning til en særlig speciallægevisitator, der er udpeget af FAPS. Visitatoren har herefter

Figur 6.3.1 Antal speciallægeklিনikker



Kilde: Optælling på sundhed.dk den 22. februar 2023

>> Den nye adgang til at viderehenvise mindre komplicerede patienter til speciallægepraksis har gjort det muligt at tilrettelægge et meget bedre patient-flow her på afdelingen. Nu kan jeg udnytte min operationsstue på den måde, som jeg altid har ønsket«.

Ledende overlæge citeret i FAPS visionspapir

opgaven med at fordele behandlingerne blandt de praktiserende læger indenfor specialet.

I starten blev aftalen brugt til at afvikle nogle af de pukler, der var opstået, da hospitalerne måtte bruge mange ressourcer på patienter med covid-19. Men siden har flere og flere sygehusafdelinger fundet ud af, at det er en fordel at henvise mindre komplicerede opga-

ver til praktiserende speciallæger. Og aftalen er i 2022 blevet gjort permanent.⁶⁵

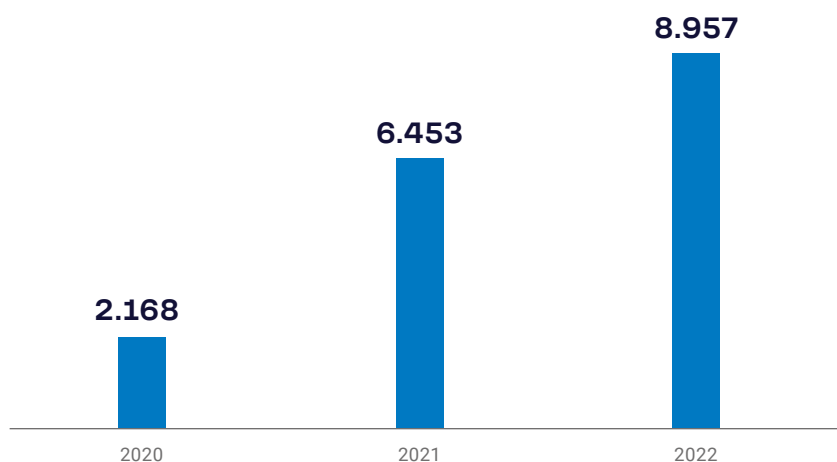
Der er imidlertid sket meget, siden aftalen trådte i kraft i 2021, og flere afdelinger gør i dag brug af muligheden. Aftalen anvendes på alle specialer undtagen det dermatologiske område til trods for, at man rent faktisk har erfaring med udlægning af opgaver inden for specialet i Region Nordjylland.

Tal indhentet fra Danske regioner viser, at aftalen i stigende grad anvendes på tværs af specialerne. Udviklingen i brug af aftalen er illustreret i Figur 6.3.2 nedenfor.

Figur 6.3.2 illustrerer, hvordan brugen af udlægningsaftalen er vokset med 313%. Da udlægningsaftalen medførte en procedure, hvor læger, der viderevisitede patienter gennem aftalen, skulle registrere udlægningen via nye registreringskoder er der en risiko for at tallene ikke afspejler det fulde billede, særligt for så vidt angår aftalens første år.

Når det har kunnet lade sig gøre for speciallægepraksis at skrue op for antallet af behandlinger, skyldes det alene, at speciallægerne har påtaget sig flere opgaver og ar-

Figur 6.3.2 Udvikling i antal patienter videre visiteret via udlægningsaftalen 2020-2022



Kilde: Tal indhentet fra Danske Regioner, Center for Økonomi, Sammenhæng og Aftaler.

bejder markant mere end 37 timer om ugen. På længere sigt vil det være nødvendigt med flere praktiserende speciallæger.

Et eksempel på betydningen af aftalen finder man inden for behandling af nonmelanom hudkræft. Ventelisterne til en operation for hudkræft var ifølge ledende overlæge på Plastik- og Brystkirurgisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, Birgitte Jul Kiil, vokset "ind i himlen lang" på satellitafdelingen i Herning i tiden før og under covid-19, hvilket hun er citeret for i Ugeskrift for Læger.⁶⁷

Patienter med hudkræft er ikke omfattet af tempokravet i kræftpakkerne, men de bør blive behandlet inden for 30 dage for at opnå det bedste resultat. Det er en type operation, der kan gennemføres med lokalbedøvelse af en praktiserende kirurg. Med aftalen om udlægning af opgaver kunne man visitere 170 patienter på to måneder til behandling hos praktiserende speciallæger med det resultat, at ventelister i både Herning og Randers er afviklet.

Sundhedsvæsenet har således brugt udlægning af opgaver i en tid med meget pres på hospitalerne. Det er tilsyneladende sket uden de store problemer eller udfordringer. Aftalen er et eksempel på, hvordan man gennem afhospitalisering kan øge kapaciteten i sundhedsvæsenet markant på den korte bane. Patienterne er kommet væsentligt hurtigere i behandling, og det er ikke sket på bekostning af kvalitet eller sikkerhed.

>> Vi forventer, at antallet af speciallæger stiger i fremtiden, og i takt med udviklingen ser vi meget gerne, at praktiserende speciallæger både yder mere rådgivning til almen praksis og i højere grad aflaster hospitalsafdelingerne. Det er helt centralt, hvis vi skal sikre flere nære sundhedstilbud til danskerne, spare flere patienter for transporten til sygehuset og sikre, at vi får mest mulig sundhed for pengene«

Anders Kühnau, formand for Danske Regioner, i en mail til Ugeskrift for Læger, 8. februar 2023



7. Barrierer for afhospitalisering

De interviewede eksperter identificerer en række barrierer, der kan være forbundet med målet at arbejde for en generel afhospitalisering af det danske sundhedsvæsen.

Helt overordnet er det et gennemgående tema blandt interviewpersonerne, at en betydelig hindring for afhospitalisering er manglen på en politisk og national erkendelse af behovet for afhospitalisering. En interviewperson uddyber:

"Der er rigtig mange forsøg i gang, og mange ting sker i det små. Der er bare ikke skala på det. Vi mangler en beslutning om, at nu gør vi det her! Der mangler et nationalt blik og skalering af afhospitaliserende indsatser. Regioner og kommuner er alle i gang på hver sin måde – men ingen har besluttet på overordnet niveau, hvilke patientgrupper, der i udgangspunktet skal behandles uden for hospitalet."

7.1. Kvalitetsforringelse og behandlingsansvar

Til trods for, at sundhedsreformen fra 2022 præsenterede en national kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen, der skal sikre en mere ensartet kvalitet på tværs af de kommunale sundhedstilbud i landets kommuner, er en af de identificerede barrierer for afhospitalisering, en bekymring om kvalitetsforringelser.⁶⁸ Flere af de interviewede eksperter rejser en bekymring om et fald i behandlingskvaliteten og en usikkerhed omkring, hvor behandlingsansvaret ligger, hvis behandlingen bliver flyttet ud af hospitalet.

7.1.1. Udflytning reducerer kvaliteten

Flere af de interviewede eksperter deler en bekymring om, at sundhedsydelser, der flyttes væk fra hospitalerne, vil lide et kvalitetstab. Særligt blandt landets specialiserede hospitalsafdelinger eksisterer en bekymring om, hvorvidt kvaliteten af indsatser, der flyttes væk fra hospitalerne, kan sikres.

En interviewdeltager fremhæver:

"Selve udflytningen er en risikofaktor for, at patienter tabes mellem sektorer. Det ved vi fra de utilsigtede hændelser. Der sker rigtig

>> Man skal være indstillet på, at afhospitalisering i det store hele vil føre til kvalitetsforringelser for patienterne. (...) Afhospitalisering skal italesættes som det, det er: En prioritering, der fordrer kvalitetsforringelse – men som bidrager til, at vi kan klare udfordringerne i sundhedsvæsenet. Politikerne skal anerkende, at behandlingen ved denne øvelse bliver ringere«.

Interviewdeltager

>> Kommunerne er ikke klar. Der skal stilles nogle krav til kommunerne i forhold til kvalitetstandarder og minimumskrav. Det er ikke implementeret. Det betyder også, at når kommunerne skal varetage opgaver, så skal hospitalerne også stå til rådighed med adgang til rådgivning og vejledning«.

Interviewdeltager

mange fejl i overgange, og en udflytning af behandling til hjemmet vil også medføre risici"

"Det her er noget af det mest svære. Der er risiko for kvalitetsforringelser (...) Jeg tror, at et langt stykke af vejen har man kompetencerne. Problemet er samarbejde og kvalitetssikring"

I spørgsmålet om, hvorvidt der er tillid til, at praktiserende speciallæger generelt er rustet til at overtage flere opgaver fra hospitalerne, lyder svaret fra en hospitalslæge:

"Det korte svar er klart nej! Det er nødvendigt, at udviklingen af behandlingsplaner og behandlingsopstart forbliver på sygehusene. Patienter kan måske afsluttes i praksis, men behandlingsplanerne skal laves på sygehuse".

I samme ombæring fremhæves en bekymring om, at vidensdelingen går for langsomt udenfor hospitalerne, og der hersker en skepsis om, hvorvidt praktiserende speciallæger og almen praksis er i stand til at håndtere både medicinske og plejemæssige behov.

"Vidensudviklingen går rigtig stærkt. I stigende grad, vil den primære sektor have svært ved at følge med"

På linje med bekymringerne om kvalitetstab er der behov for en kulturændring især blandt hospitalslæger, hvis afhospitaliserende indsatser skal vinde indpas. En interviewdeltager uddyber bekymringerne forbundet med udflytning af behandling:

"Det kræver sparring, hvis behandling skal udflyttes. (...) For at kunne vurdere, om en patient er aktiv eller ej, kræver det ofte, at man har set patienten i remission. Det er altså en udfordring, hvis behandlingen udflyttes og behandlingsforløbet opdeles, så har ingen sundhedspersonale greb om forløbet og den specifikke patient".

7.1.2. Behandlingsansvar

Der hersker også en skepsis om, hvordan spørgsmålet om behandlingsansvar løses, hvis behandlingen skal flyttes fra hospitalet og tættere på patienten. Når patienter kommer i forskellige sektorer og på forskellige behandlingssteder, opstår der en risiko for at behandlingsansvaret for patienten falder mellem to stole. Der er risiko for manglende

» Hvem samler op på kvaliteten af behandlingen? Hvem har ansvaret?»

Interviewdeltager

» Det kræver, at man får de her arbejdsgange med udflytningen gjort nemmere. Det skal ikke opfindes hver gang, men det kræver altså et set up, hvor man kan få gjort patienterne klar til det. Kommune og egen læge skal engageres og der skal udarbejdes nogle standardiseringer – det er meget begrænset, hvad der findes af standardiseringer i dag, og det ville hjælpe meget, hvis man standardiserer fx måden at opstarte hjemmebehandling på. Det ville virkelig betyde noget«.

Interviewdeltager

opfølgning, og tvivl fra patienterne om, hvem de skal kontakte hvornår. Indenfor neurologien nævnes, at der er et behov for såkaldt 'direkte shared care' hvor både primær- og sekundærsektor i fællesskab har ansvaret for patienten, hvis afhospitalisering skal lykkes indenfor specialet.

I samme forbindelse fremhæves også en bekymring for manglen på standardiseringer og samarbejdsaftaler samt grundige forløbsbeskrivelser. Flere interviewpersoner fremhæver *fuldstændigt klare beskrivelser for ansvarsfordelingen på tværs af hele patientforløbet som et nødvendigt onde*, hvis afhospitaliserende indsatser skal være vellykkede. Som en ekspert udtaler:

"Hvem har ansvar for titrering, bivirkninger og så videre? Ingen må være i tvivl om, hvem der har det fulde ansvar i de forskellige situationer. Der skal laves en patientforløbsbeskrivelse ift. shared care med klare ansvarsroller"

"Lægerne er skeptiske for at have ansvar, når kommunerne varetager behandling".

7.2. Vidensdeling

En barriere italesat af flere eksperter er kommunikation og samarbejde på tværs af professioner, specialer og sektorer. I koordineringen af sundhed på tværs af kommunale og regionale enheder kan det være udfordrende at sikre et godt samarbejde mellem de forskellige sundhedsydelser, som patienten har behov for, hvis behandling flyttes tættere på patienten.

Det er især en udfordring, når behandling skal flyttes fra hospitalerne og tættere på borgeren at få kommunikation og vidensdeling til at foregå gnidningsfrit, så patienterne ikke falder ned mellem to stole, eller viden går tabt. Denne bekymring vedrører især almen praksis:

"Udfordringen er at vidensformidle fra den ene sektor til den anden sektor – et issue der skal løses, før afhospitalisering kan blive aktuelt. Problemer i almen praksis bliver kun større – de har ikke mulighed for at følge med derude".

7.2.1. Digital infrastruktur

Samtlige interviewpersoner identificerer digital infrastruktur som en barriere for succesfuld udflytning af behandling. En forudsætning for en vellykket udflytning af behandling er, at data kan "flyde frit" – især når en patient rykker mellem sektorer.

"Der er strukturelle udfordringer i forhold til manglende datadeling og manglende sammenhæng mellem sektorer. Hvis vi skal flytte behandlingen ud, skal det sikres, at der er tilstrækkelig kontakt til de specialiserede afdelinger".

"Datadeling til sygehuse som fx røntgen og scanninger kan være en udfordring. Der er mange i praksis, der tager billeder fx dermoskopi som de gerne vil dele med hospitalerne, men det er ikke særlig struktureret. Der er sådan lidt 50/50 om billederne kommer frem eller ej. Delingen er ikke underbygget".

Et eksempel på udfordringerne affødt af en mangelfuld digital infrastruktur, er problemer med notatdeling og vidensdeling via de eksisterende digitale platforme. En ekspert

» Jeg tror, at et langt stykke af vejen har man kompetencerne. Problemet er samarbejde og kvalitetssikring. Fx har de praktiserende neurologer kompetencerne til at overtage hovedpineopgaver. Men det kræver et samarbejde med hospitalerne og bedre kommunikationsmuligheder«.

Interviewdeltager

fortæller, hvordan sundhedspersonale må bruge en chatfunktion indlejret i Sundhedsplatformen for at kunne dele dokumenter og viden på tværs:

"IT-systemerne taler ikke sammen. Kommunikation foregår via beskeder i Sundhedsplatformen – fordi det ikke er muligt at dele noter. Der foregår altså en bilateral udveksling af data og informationer på tværs af afdelinger og organiseringer, så der er muligheder, men de skal optimeres".

En anden bekymring relateret til datadeling handler om, hvordan afhospitaliserende indsatser kan efterleve lovmæssige retningslinjer og samtidigt sikre, af at den nødvendige data er tilgængelig for de relevante fagfolk på tværs:

"Der er datadelingsudfordringer. Hvem har adgang til hvilke data? Det er en balance at følge med lovgivningsmæssigt i forhold til at skærme patientdata men samtidigt også sikre, at det rigtige sundhedspersonale har adgang til patientens data. Den grænse ændrer sig løbende – og data er en nødvendighed. Men data er også en vare, derfor skal vi have overvejsler om, hvordan vi skærmer og sikrer den uvildige ensartede behandling – i forhold til sikring af data og datadeling (...). Det er en balance, man hele tiden skal være opmærksom på. Adgang til data. Det er tekniske barrierer, der kan løses!".

7.3. Økonomi

7.3.1. Vederlagsfri medicin

I tilfælde hvor afhospitaliserende indsatser involverer udlevering af sygehusmedicin, identificerer eksperterne en række udfordringer.

Medicin, der almindeligvis indgår i kategorien sygehusmedicin må i de fleste tilfælde ikke udleveres vederlagsfrit andre steder end på hospitalet. Men en forudsætning for, at behandling kan flyttes væk fra hospitalerne er, at medicin fortsat kan stilles vederlagsfrit til rådighed andre steder end på hospitalet. Patienten skal altså kunne hente den medicin, der almindeligvis udleveres på hospitalet andetsteds uden selv at skulle betale.

Der er dog noget medicin, der kan udleveres vederlagsfrit til patienter i særtilfælde, hvor patienten ikke er indlagt på et hospital. Det drejer sig primært om medicin til cancerpatienter, hjemmedialyse og ikke-indlagte psykiatriske patienter.⁶⁹ Danske Regioner afgør, hvilke patientgrupper og sygdomme, der er berettiget til vederlagsfri medicin på baggrund af særlige behandlingshensyn og for at sikre ensartet praksis på tværs af landets hospitaler.⁶⁹ Vederlagsfri udlevering af medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling

Hvis behandling flyttes ud fra hospitalerne, kræver det altså en særlig aftale, hvis patienten fortsat skal kunne få vederlagsfri medicin stillet til rådighed. En oplagt mulighed vil være at flytte medicinudleveringer fra sygehusene til landets apoteker. Sådan en manøvre kræver dog, at lovgivningen på området revideres.

7.3.2. Indkøbsproblematik

En anden side af de økonomiske udfordringer for afhospitalisering er lægemiddelpriserne på sygehusmedicin. Regionernes fælles indkøbsenhed AmgroS sikrer forsyningen af lægemidler til offentlige sygehuse og sygehusapoteker. Prisen på sygehusmedicin fastlægges på baggrund af forhandlinger og udbud med medicinalfirmaer. Medicin, som AmgroS anskaffer gennem deres aftaler med medicinalfirmaerne, er begrænset til at blive udleveret i sekundærsektoren. Altså direkte

via sygehusapotekerne eller via forskellige afdelinger på et hospital.

En ekspert fremhæver det neurologiske område og migrænebehandling som et eksempel på et speciale, der bliver ramt af denne problematik, hvis behandlingen skal flyttes tættere på patienten:

”Problemstillingen for nuværende er, at hovedpineklinikkerne får store rabatter via AmgroS – hvis praktiserende neurologer skal skrive recept ud, bliver det dyrt for patienterne. Det kræver altså en form for aftale, hvor praktiserende neurologer kan udskrive recept, der hentes på apotek og/eller sygehuse”

Der ligger altså flere udfordringer i udlevering af sygehusmedicin udenfor hospitalerne, hvor der ikke gælder samme vilkår som på hospitalerne. Både i forhold til at patienterne i mange tilfælde vil få en egenbetaling, hvis ikke medicinen kan udleveres vederlagsfrit. Men også en udfordring i forhold til, at førnævnte medicinpriser vil ryge i vejret for regionerne, hvis sygehusmedicinen udleveres i speciallægepraksis, da de praktiserende speciallæger ikke er inkluderet i forhandlinger, aftaler og eventuelle rabatter indgået mellem AmgroS og medicinalfirmaerne. Det betyder, at der vil følge regninger med afhospitaliserende indsatser, der involverer udlevering af medicin udenfor sygehusene. Både for det offentlige, hvis flere speciallæger søger om medicintilskud på vegne af patienterne, men også for patienten, da medicinen ikke må udleveres vederlagsfrit udenfor sygehus og sygehusapoteker. Og så følger udfordringen med Apotekerforeningen, der ikke pt. har et økonomisk incitament til at indgå aftaler, hvis speciallæger får mulighed for at udlevere sygehusmedicin, eller hvis ikke de får et honorar for at udlevere den vederlagsfri medicin.

7.3.3. Speciallægenes knækgrænser

Speciallægenes knækgrænser sætter et loft for, hvor meget en speciallægepraksis kan omsætte for, indtil deres honorar bliver skåret. En afskaffelse heraf ville bidrage til øget incitament blandt speciallægerne til at påtage sig flere opgaver. Denne analyse tyder på, at speciallægerne er villige til at påtage sig flere opgaver jf. afsnittet om udlægnings-

aftalen på side 28. Desuden viser en ældre rundspørge fra FAPS, at 39 procent af deres medlemmer ville arbejde mere, hvis der ikke var knækgrænser.⁷⁰

"Knækgrænserne er en barriere for at behandle flere patienter, fordi taksterne bliver for små i forhold til omkostningerne til blandt andet personale. Det kan bedre betale sig for mig at afvise patienter end fx at ansætte en overlæge til at høvle ventelisterne af", fortæller en speciallæge til Dagens Medicin.⁷⁰

Dette er en udfordring, da det som beskrevet i afsnit 6.2.4 ofte er mere omkostningstungt at behandle patienter på sygehuset til høje DRG-takster fremfor at foretage behandlinger i specialpraksis, hvor taksterne i langt de fleste tilfælde er lavere.

7.3.4. Ressourcer og budget

Der hersker en bekymring blandt nogle interviewdeltager om, hvorvidt afhospitaliserende indsatser flytter bemanning og økonomiske ressourcer væk fra hospitalerne. En interviewperson uddyber:

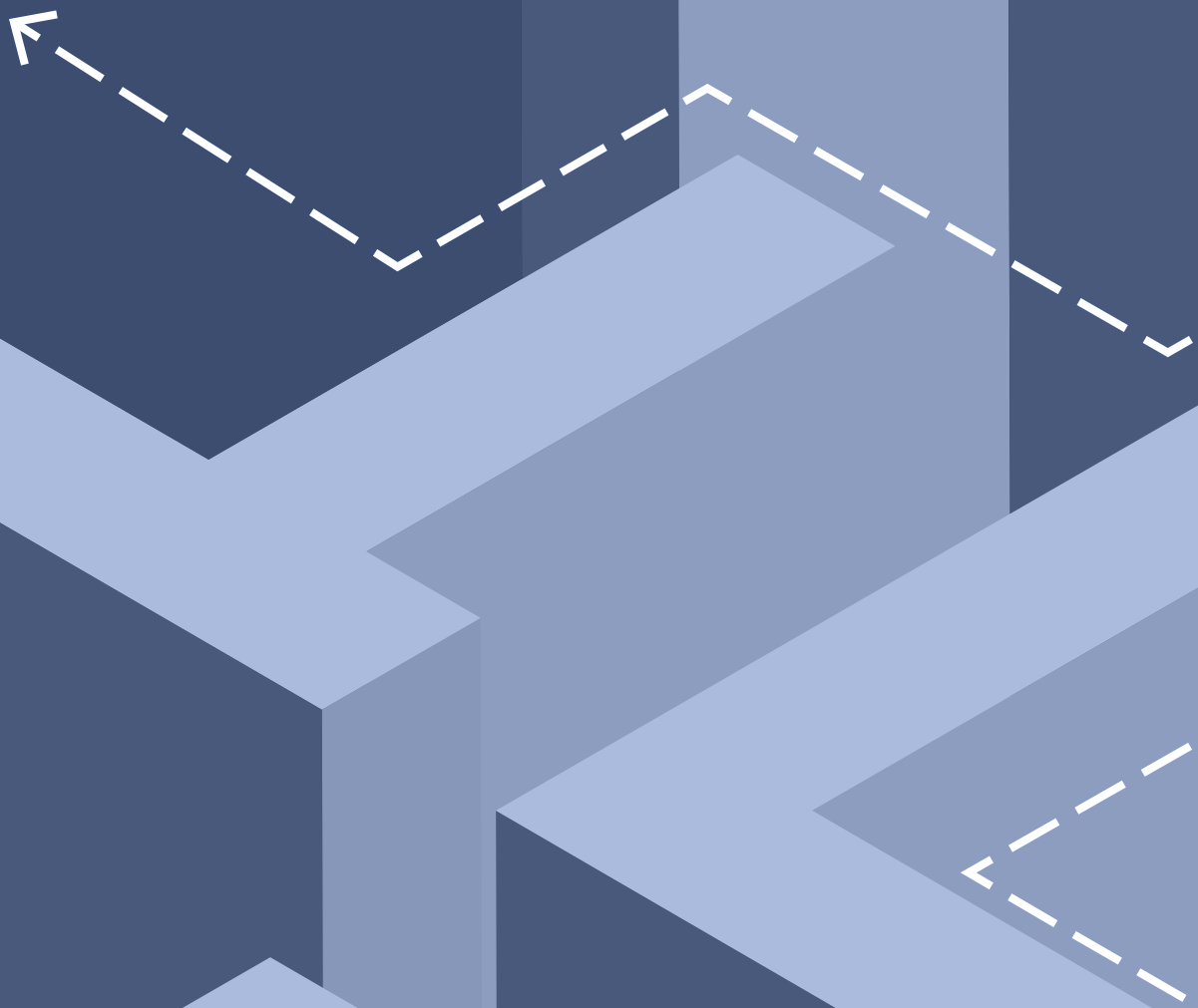
"Jeg tror ikke, at jeg har mødt nogen, der tænker, at nærhospitaler og afhospitalisering er en god ide... Der er en frygt for, at bemanning flyttes fra sygehuse"

En anden interviewperson præsenterer et konkret eksempel, hvor et afhospitaliserende tilbud i form af hjemmekemo bidrog til, at hospitalerne mistede DRG-takser:

"Der bliver værnet om budgetterne, og der kan opstå problemer med, at afdelinger mister penge ved at gøre tingene smartere. Dette var blandt andet tilfældet i udviklingen af tilbuddet om hjemmekemo, hvor hospitalerne mistede DRG-takster, fordi behandlingen ikke længere varetages på hospitalet".

En anden ressource- og budgetmæssig udfordring forbundet med afhospitalisering handler om det nuværende takstsystem og praktiserende læger og speciallægers ydelseskataloger. Takstsystemet indeholder ikke økonomiske incitamenter til at afhospitalisere⁷¹ og der vil også være behov for at opdatere ydelseskataloger for praktiserende læger og speciallæger, så afhospitaliserende ydelser indgår.

8. Anbefalinger



Rapporten har afdækket en række barrierer, som på den ene eller anden måde skal overkommes, hvis man for alvor skal høste de gevinster, der er forbundet med afhospitalisering i Danmark. Research og interviews munder ud i en række anbefalinger, som følger herunder.

8.1. Accelerer udflytningen af kroniske sygdomme

Med sundhedsreformen fra 2022 blev der afsat 4 milliarder kroner til nærhospitaler, der blandt andet skal løfte indsatsen for personer med kroniske sygdomme. Arbejdet med udflytningen af kroniske sygdomme er godt i gang, men der er potentiale for at flytte endnu flere kroniske sygdomme ud til primær sektor. Og der er behov for at sætte tempoet op. Det gælder især i de situationer, hvor man understøtter arbejdet med samme koncepter, som man i Region Sjælland har prøvet med PreCareKlinikken og E-hospitalet. Sundhedsstyrelsen bør derfor accelerere udflytningen af kroniske sygdomme til primær sektor.

8.2. En plan for udlægning af opgaver

Almen praksis, hospitalslæger og praktiserende speciallæger skal involveres. Man bør i forbindelse med økonomiforhandlingerne med regionerne aftale, at man i hver region og inden for hvert speciale forpligter praktiserende speciallæger, eksperterne på sygehusene og repræsentanter fra almen praksis til i samarbejde at udvikle en plan for, hvordan man kan styrke udlægningen af opgaver fra hospitalerne. På tilsvarende vis kan man lave en aftale mellem kommunerne og regeringen om de opgaver, der kan flyttes ud til kommunalt ansat sundhedspersonale.

8.3. Afhospitalisering af regionsfunktioner

Hvor det i dag allerede er muligt at udlægge alle opgaver på hovedfunktionsniveau, er det ikke muligt at udlægge opgaver på regionsfunktionsniveau, selvom det kan give mening at gøre det.

For at sikre at vi kan udnytte det fulde potentiale ved afhospitalisering bør Sundhedsstyrelsen gennemgå behandlinger under regionsfunktion med henblik på at undersøge, hvilke behandlinger, der med fordel kan afhospitaliseres. Styrelsen kan inddrage eksperter i vurderingen, men skal i så fald benytte både hospitalslæger og praktiserende speciallæger for at sikre, at begge perspektiver inddrages i overvejelserne.

8.4. Sygehusmedicin

Det er en udfordring at gøre sygehusmedicin tilgængelig for alle patienter i forbindelse med afhospitalisering. Der er brug for, at apotekerne og Danske Regioner finder en løsning for området. Der skal aftales en bæredygtig afregning mellem Danske Regioner og apotekerne. Reglerne for området skal laves om, så det er muligt at udlevere vederlagsfri sygehusmedicin fra de danske apoteker. I den forbindelse skal både Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen sikre, at de nødvendige regler tilpasses denne mulighed herunder receptbekendtgørelsen og udleveringsbestemmelserne.⁷²

8.5. Flere hotlines og åbne konsultationer

Der er et oplagt behov for bedre kommunikation og for at sikre kvaliteten i de behandlinger, der flyttes ud af hospitalerne. På alle de områder, hvor der foregår afhospitalisering og udlægning af opgaver, kan man med fordel etablere hotlines til specialisterne på hospitalerne fx via ugentlige videomøder, hvor praktiserende speciallæger og almen praksis kan få fat i eksperterne, når de har brug for råd og vejledning.

8.6. Lad pengene blive på afdelingerne

En af udfordringerne ved afhospitalisering er, at hospitalernes afdelinger har meget lidt incitament til at udlægge opgaver, hvis det medfører, at de mister en del af deres budget. Det er vanskeligt at forlange, at lægerne skal gøre en indsats hvis resultatet er, at de

skal til at fyre eget personale. Desuden er målet med afhospitalisering at skaffe mere kapacitet på hospitalerne – ikke at afvikle kapacitet. Man bør derfor se på, om man kan skabe en ordning, hvor de ledende læger har et økonomisk incitament til at lægge flere opgaver ud. Som minimum bør man sikre, at afdelingerne ikke bliver straffet økonomisk for det.

8.7. Flere ydernumre

For at komme de lange ventelister til livs hos landets praktiserende speciallæger er der behov for at oprette flere ydernumre i nogle regioner – særligt vest for Storebælt. Og der kommer også flere speciallæger i fremtiden, som muliggør flere ydernumre. Nogle gange ender ambitionerne i regionerne med, at speciallægerne i stedet ansættes på hospitalerne. Det skyldes måske, at man rådfører sig med eksperter på hospitalerne om behovet. Men det kan også skyldes, at det på den korte bane forekommer billigere at ansætte en speciallæge på et sygehus frem for at oprette et ydernummer til en praktiserende speciallæge.

For at komme ud over disse beslutningsudfordringer bør regeringen aftale en forpligtelse med regionerne i forbindelse med de årlige økonomiforhandlinger. På baggrund af en analyse af ventelister til speciallæger og fordelingen af praktiserende speciallæger i regionerne bør man konkret aftale, hvor mange ydernumre hver region er forpligtet til at oprette indenfor hvert enkelt speciale.

8.8. Fjern knækgrænserne

I overenskomsten mellem Dansk Regioner og Foreningen Af Speciallæger er der indbygget en omsætningsgrænse, som indebærer, at praktiserende speciallæger får en mindre takst for deres arbejde, hvis de har overskredet knækgrænsen i omsætningen. I praksis betyder grænsen, at man begrænser mængden af arbejde, som hver praktiserende speciallæger udfører.

Grænsen er indført for at sikre, at praktiserende speciallæger ikke selv kan bestemme

sin indtægt. Men i en situation, hvor sundhedsvæsenet er så udfordret, som tilfældet er, og hvor vi har brug for al tilgængelig kapacitet, bør vi ophæve og knækgrænsen i overenskomsten.

I forbindelse med økonomiaftalerne skal Danske Regioner forpligtes til at fjerne knækgrænserne i overenskomsten med Foreningen Af Speciallæger.

8.9. Optimering af den nationale strategi for digital sundhed

Regeringen, KL og Danske Regioner har forlænget strategien for digital sundhed til og med 2024. Strategien bør opdateres, så den præsenterer konkrete løsningsforslag på udfordringerne med brugen af it-systemer både intersektorielt og tværsektorielt i sundhedsvæsenet. Strategien kan med fordel også indeholde en række guides til de digitale arbejdsgange, der er forbundet med afhospitaliserende indsatser.



Vil du vide mere om afhospitalisering?
Scan QR-koden og besøg [Afhospitalisering.dk](https://afhospitalisering.dk)



9. Cases om afhospitalisering

CASE 1:

PreCareKlinikken i Odsherred

I Sundhedsvæsenet er der allerede udbredt erfaring inden for kronikerområdet med at behandle og håndtere patienter til behandlingskontrol tæt på patienten og væk fra hospitalet. Det er fx sket i forbindelse med alment praktiserende lægers overenskomst for 2018, hvor de fremover har ansvaret for patienter med KOL og type 2-diabetes, der ikke har et særligt behov for specialiseret behandling.

PreCareKlinikken i Odsherred er oprettet som et element i innovations- og forskningsprojektet PreCare. Projektets formål er at udvikle og teste forebyggende tilbud til kroniske patienter med henblik på at hjælpe med at forebygge sygdomsudvikling og give dem værktøjer til at håndtere livet med sygdom. Klinikken henvender sig til patienter med KOL, lungefibrose, alfa1-antitrypsinmangel og hjertesvigt, og ambitionen er at reducere antallet af akutte indlæggelser på regionens hospitaler.

Projektet arbejder aktivt med rolleskift for patienten. Patienterne bliver undervist i at gå væk fra en patientrolle som passiv modtager af behandling til at blive en mere aktiv medspiller for lægen, som tilrettelægger behandlingen med så stor frihed, uafhængighed og selvstyre som muligt.

Efter en grundig instruktion udleverer klinikken overvågningsudstyr til patienterne, der herefter selv står for at registrere de tal og målinger, der er vigtige at følge med i for dem individuelt. Patienterne lærer fx at måle lungefunktion, puls, temperatur og ilt-niveauet i blodet. Samtidig skal de dagligt svare på nogle spørgsmål om deres velbefindende. Alle målinger registreres digitalt og kan ses

automatisk af personale i klinikens vagtcentral, som derigennem har et komplet overblik over, hvilke patienter har normale tal og er i 'grøn', hvilke patienter der er i mild forværring, og hvilke der har en forværring i 'rød', som kræver handling.

Klinikken kontakter patienter med 'røde' tal automatisk, hvis de ikke selv henvender sig. Herefter følger enten en online-konsultation eller et besøg i hjemmet af en akut-sygeplejerske, der kan igangsætte behandlinger og lave opfølgende tilsyn. Der er også mulighed for indlæggelse på en kommunal akutplads eller i sidste ende på et egentligt hospital, hvis det er nødvendigt.

Som del af projektet bliver der genereret en række data, der ikke bare understøtter bistanden til patienterne, men også giver mulighed for at kombinere data for økonomi, aktiviteter og kvalitet på en måde, der gør, at man kan se, hvor meget kvalitet man får for pengene. Det gør det allerede nu nemmere at fordele udgifter mellem kommune og region.

PreCareKlinikken er i første omgang et tilbud til patienter med KOL, lungefibrose, alfa1-antitrypsinmangel eller hjertesvigt i Odsherred Kommune. En evaluering efter de første tre år viser, at patienter med lungesygdomme i en højrisiko-kategori kan få reduceret antallet af akutte hospitalsbesøg fra 4,0 til 1,5 om året. Tilsvarende har projektet vist en reduktion af antal kontakter til egen læge og lægevagt fra 25 til 12 for de medvirkende patienter.^d Klinikken har skabt større tryghed og bedre livskvalitet samtidig med, at patienterne får større kontrol over egen sygdom.

^d Data og udviklingsstøtte - Region Sjælland: PreCareKlinikken – resultater efter 3 år”, september 2022

CASE 2:

Biologisk psoriasisbehandling i Nordjylland

I 2018 havde man ikke en dermatologisk afdeling i Region Nordjylland. Derfor var patienter med moderat til svær psoriasis henvist til at tage turen til Aarhus Universitetshospital, hvis de var kandidater til at modtage en biologisk behandling. Biologisk behandling af psoriasispatienter er i dag ikke en behandling på hovedfunktionsniveau, men på specialfunktionsniveau, og derfor kan den som udgangspunkt ikke administreres af praktiserende speciallæger.

Det ændrede man imidlertid i Region Nordjylland. I forsommeren 2018 indgik regionen en aftale med Foreningen af Speciallæger om at tilbyde biologisk behandling af psoriasis på en større klinik i Aalborg med tre praktiserende dermatologer.

Aftalen indebar, at klinikken under supervision af den dermatologiske afdeling på Aarhus Universitetshospital kunne tilbyde 15-20 patienter med psoriasis biologisk behandling. Klinikken havde mulighed for at behandle patienterne med fem biologiske lægemidler. Aftalen stiller krav til opstart og oplæring samt til kontrol og kvalitet. De praktiserende dermatologer skal blandt andet registrere behandlingerne i kvalitetsdatabasen Dermbio.^e

Den biologiske behandling blev givet på samme vilkår, som hvis den blev givet på et hospital. Patienterne skulle derfor ikke betale for behandlingen, og regionen kunne købe behandlingen til den pris, som Amgro har forhandlet.

Siden aftalens indgåelse har Aalborg Universitetshospital etableret en dermatologisk afdeling, der har mulighed for at give nordjy-

ske patienter biologiske behandlinger mod psoriasis. Aftalen med klinikken fungerer dog stadig.

Dansk Dermatologisk Selskab har siden henvendt sig til Sundhedsstyrelsen for at undersøge, om behandling med førstevalgs biologisk behandling (biosimilær adalimumab) til svær psoriasis fremover kan varetages i speciallægepraksis.^f Psoriasisforeningen har desuden foreslået at lade praktiserende speciallæger udskrive biologiske og biosimilære lægemidler helt generelt.

Det har afstedkommet en debat blandt dermatologer, hvor nogle peger på nødvendigheden af at have et tilstrækkeligt patientgrundlag for at kunne udskrive biologisk behandling, mens andre argumenterer for, at biologisk behandling ikke er mere kompliceret at administrere end så mange andre lægemidler, som speciallægerne allerede i dag må udskrive.^g Sundhedsstyrelsen er ved at undersøge muligheden for at lade praktiserende speciallæger give førstevalgs biologisk behandling til svær psoriasis.

Ved at give de praktiserende speciallæger mulighed for at udskrive biologisk behandling til patienter med psoriasis, vil man øge kapaciteten betydeligt. Det indebærer, at flere patienter med svær psoriasis kommer i biologisk behandling og kan få behandlingen tættere på egen bolig. Dermed vil mange patienter opnå en markant bedre sundhedstilstand og medfølgende livskvalitet, hvilket må forventes at slå igennem på deres uddannelses- og arbejdsmuligheder.

^e Aftale vedr. biologisk behandling af psoriasispatienter. Region Nordjylland, 2018

^f Årsberetning Dansk Dermatologisk Selskab 2021-2022

^g Uenighed blandt hudlæger: Hvem skal ordinere til patienter med psoriasis?

CASE 3:

Hjemmekemo til AML-patienter

For tyve år siden kunne danske patienter med akut myeloid leukæmi risikere at være indlagt op til 100 dage i løbet af det halve år, hvor de modtog intensiv kemoterapi. Indlæggelse på hospital øger i sig selv risikoen for at få uønskede infektioner, hvilket sårbare blodkræftpatienter bør undgå. I dag er den intensive kemoterapi stadig løsningen for en del af patienterne, men deres indlæggelsestid er blevet reduceret til to dage, fordi dansk behandlingspraksis på få år er blevet ændret ud fra hovedprincippet om, at flyttet hovedparten af behandlingen væk fra hospitalerne og hjem til patienterne.^h

De første skridt blev taget tilbage i 2004 på Rigshospitalet med ledende overlæge Lars Kjeldsen i spidsen. Inspireret af engelske erfaringer med at give kemoterapi til patienter indlagt på et patienthotel, udviklede Lars Kjeldsen det første hjemmekemo behandlingsregime og tilbød løsningen til de patienter, der var egnede til at håndtere løsningen. Innovationsprojektets resultater, gjorde, at den nye praksis blev implementeret på tværs af landets øvrige seks hospitalsafdelinger i årene efter.

I dag bliver patienterne udstyret med små pumper, der kan programmeres til at injicere rette doser kemoterapi via et kateter ind i en vene på patienten i en specifik frekvens. Patienterne skal være sat i en forebyggende antibiotikabehandling, og de bliver nøje uddannet i brug af udstyret, herunder især hvad de skal gøre i forbindelse med bivirkninger, eller hvis pumpen giver en alarm. De bliver undervist i at koble pumpen fra, skylle kateteret og selv tage blodprøver.ⁱ

I et nyere studie har man undersøgt den landsdækkende erfaring blandt 120 patienter, ved hjælp af spørgeskemaer og registreret deres telefonopkald og besøg på ambulatorierne. Studiet dokumenterer, at man for de 120 patienter har været i stand til at flytte 1.000 behandlingsdage væk fra hospitalet og til patientens eget hjem. Og det skete uden, forekomst af dødsfald eller alvorlige bivirkninger i form af blodtryksfald eller blodforgiftning, som man ellers kan opleve med kemobehandling. Desuden kunne hovedparten af alle problemer klares telefonisk.

Hjemmebehandlingen kræver stadig besøg på ambulatoriet, hvor man også bruger en hel del ressourcer på at klæde patienterne grundigt på til at kunne klare behandlingen hjemme.

For patienterne er fordelene åbenlyse. De føler sig mindre syge og har haft en tilnærmelsesvis almindelig hverdag. Ifølge Lars Kjeldsen har hjemmebehandlingen *"kæmpe betydning for deres sociale liv, samvær med familien samt kost og motion"*. Kjeldsen giver et eksempel med en gymnasieelev, der på trods af en intensiv kemobehandling alligevel var i stand til at følge sin skolegang.

^h Hjemmekemo løfter de syges livskvalitet og mindsker pres på hospitalet. Sundhedspolitisk Tidsskrift
ⁱ Flere patienter skal have kemo derhjemme. Medicinsk Tidsskrift, 2015

CASE 4:

Biologisk behandling af Morbus Crohn og Colitis Ulcerosa på Rigshospitalet

For patienter med de inflammatoriske tarmsygdomme Morbus Crohn og Colitis Ulcerosa, der er i behandling på Rigshospitalet, er det nu muligt at flytte behandlingen fra hospitalet til patientens eget hjem. De patienter, der modtager biologisk behandling bliver tilbudt hjemmebehandling som intravenøs behandling eller subkutan injektion.^j

Det er den patientansvarlige læge, der har ansvaret for at ordinere medicin til patienten, mens vurderingen af hvorvidt den enkelte patient er egnet til at administrere medicinen påhviler sygeplejersker på ambulatoriet.

- Hver 3. måned skal patienten forbi sin patientansvarlige læge til ambulant kontrol og får taget blodprøver for at monitorere leverparametre og infektionstal samt få udleveret medicin
- Ved stabil sygdom kan de ambulante kontroller strækkes til hver 6. måned med undtagelse af blodprøvekontrollen

Forløbet

- Patienten har en times ambulant oplæring, hvor bivirkninger, opbevaring af medicin og håndtering af sygdom bliver gennemgået
- Når behandlingen er startet, vil patienterne blive oplært i injektionsteknik, inden de kan fortsætte med subkutan selvadministration i hjemmet
- Patient får et "øve-sæt", inden den rigtige medicin administreres
- Patienten vælger selv om administrationsformen skal være via sprøjte eller pen

j Adalimumab subkutan hjemmebehandling. Videnscenter for Specialiseret hjemmebehandling.

CASE 5:

Forskningscenter for Sammenhængende Patientforløb

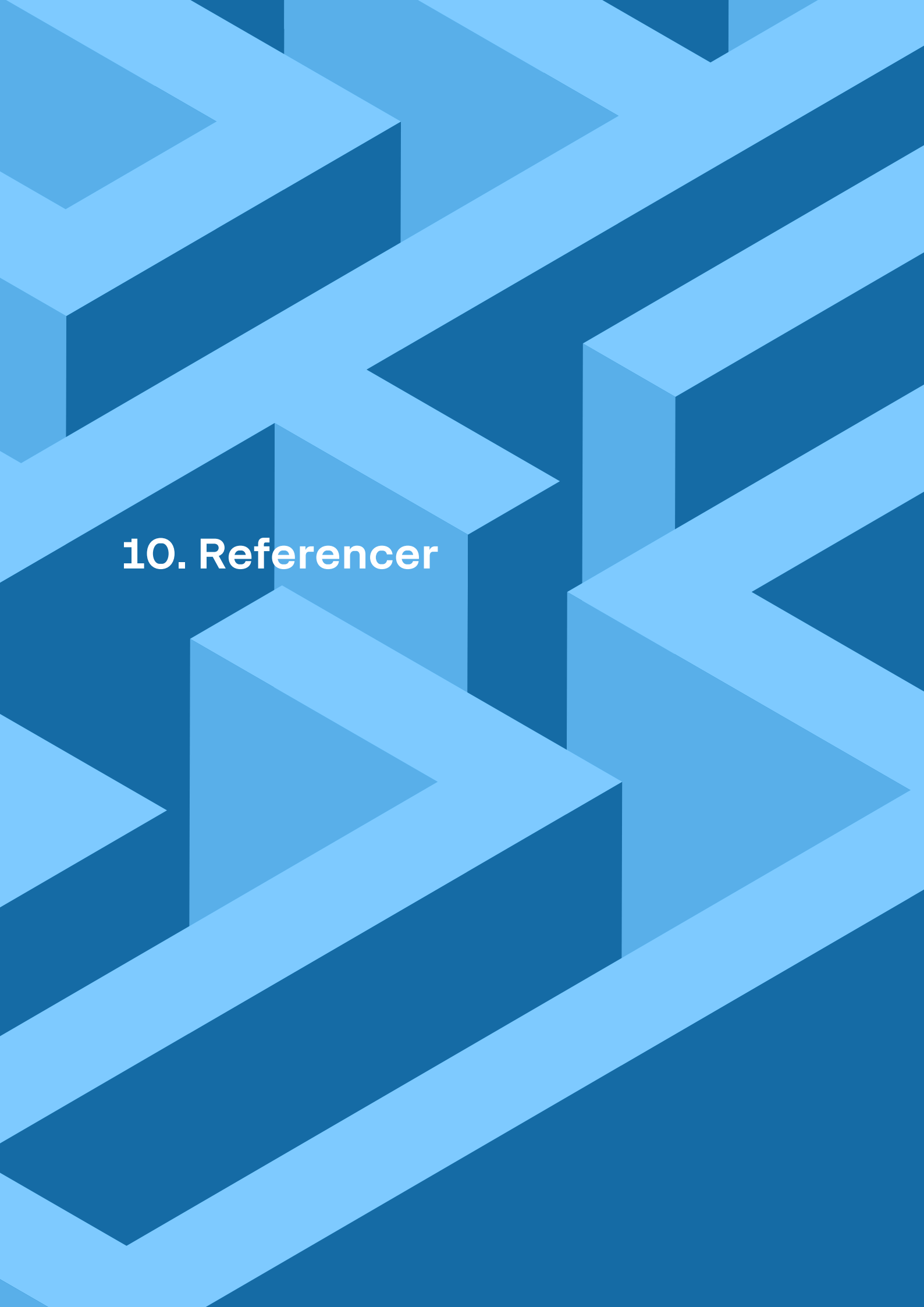
I slutningen af februar 2023 godkendte Regionsrådet i Region Syddanmark etableringen af et nyt forskningscenter for sammenhængende patientforløb. Centeret skal styrke mulighederne for, at sygehuse, kommuner og praktiserende læger kan samarbejde på tværs om patienter og behandlingsforløb. Centeret skal skabe viden om, hvordan tværsektorielt samarbejde kan bidrage til et styrket sundhedsvæsen, der kan håndtere de mange udfordringer beskrevet i afsnit 4.

Professor, overlæge, forskningschef og koordinerende forskningsleder på Sygehus Sønderjylland Christian Backer Mogensen er begejstret for samarbejdet og understreger, at nogle patienter har større gavn af forløb der foregår uden for hospitalet:

"Vi ser for mange eksempler på patienter, som ville have fået et bedre forløb, hvis de ikke var nødt til at komme ind på sygehuset. Det drejer sig ofte om ældre mennesker, som bliver akut syge. De kan blive diffuse og forvirrede, når de har det dårligt og ovenikøbet befinder sig et sted, de ikke kender. Samtidig ved vi, at der er større risiko for, at de får en infektionssygdom, hvis vi fjerner dem fra deres hjem og flytter dem til sygehuset. Derfor er vi i gang med et forskningsprojekt, hvor vi ser på, hvordan vi kan samarbejde med kommunerne om at lade patienterne blive i deres eget hjem længst muligt og samtidig give dem den bedst mulige behandling. Vi kalder det vent-og-se-indlæggelser."^k

Det er ambitionen, at forskningscentret skal udvikle, evaluere og tilvejebringe ny viden om blandt andet samarbejdsformer, der kan sikre et bæredygtigt og sammenhængende sundhedsvæsen af høj kvalitet i fremtiden. Forskningscentret vil have særligt fokus på at udfordre det sektoropdelte sundhedsvæsen og identificere løsninger på udfordringerne ved sektorovergange.^l Forskningsprojektet er fondsfinansieret suppleret med regional egenfinansiering på 2,5 mio. kr.

^k Nyt regionalt forskningscenter bliver en del af Sygehus Sønderjylland. Februar 2023.
^l Referat af møde i Regionsrådet, Region Syddanmark. 27 februar 2023

The background of the slide is a complex, abstract geometric pattern. It consists of numerous 3D cubes and rectangular blocks of varying sizes, arranged in a way that creates a sense of depth and perspective. The colors are primarily shades of blue, ranging from a light, sky blue to a deep, navy blue. The white faces of the cubes and rectangles provide a high contrast against the blue background. The overall effect is a modern, architectural, and somewhat maze-like visual.

10. Referencer

1. American Hospital Association. Creating Value by Bringing Hospital care Home. 2020; Tilgængelig hos: https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/12/issue-brief-creating-value-by-bringing-hospital-care-home_0.pdf
2. Danskernes Sundhed 2021: Den Nationale Sundhedsprofil 2021.
3. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5·24 million UK adults. The Lancet. August 2014;384(9945):755–65.
4. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. December 2009;9:188.
5. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivninger 2020-2060. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674>
6. Danmarks Statistik. Middellevetid. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid>
7. Danmark: National Sundhedsprofil 2021. Paris: OECD Publishing; 2022.
8. Frøhlich. Multisygdom i Danmark Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed.
9. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark: Sygdomme. Version 2.0. 2023.
10. Baes-Jørgensen J. Sundhedsreform mangler svar på stigende antal kronikere og ældre. Tilgængelig hos: <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2022/2022-6/sundhedsreform-mangler-svar-paa-stigende-antal-kronikere-og-aeldre/>
11. Funch M. 16 kontakter til lægen på et år. Ældre har brug for flere speciallæger”. 4. januar 2023;
12. Sundheds- og Ældreministeriet. Befolkningens kontakter til almen praksis. 2016. Tilgængelig hos: <https://sum.dk/Media/4/9/02-Befolkningens-kontakter-til-almen-praksis.pdf>
13. Baes-Jørgensen J. Voldsom vækst i kronisk syge på hospitalerne - nytænkning nødvendig. Tilgængelig hos: <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2023/2023-6/voldsom-vaekst-i-kronisk-syge-paa-hospitalerne-nytænkning-noedvendig/>
14. Esundhed.dk. Antal beskæftigede på offentlige sygehuse i Danmark i perioden 2001-2021. Sundhedsdatastyrelsen; Tilgængelig hos: <https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Ansatte-paa-offentlige-sygehuse#tabpanel5317EEF5FDB940CF84B5C00AA60BB884>
15. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Rekrutteringssurvey, Rapport, september 2022. Tilgængelig hos: <https://star.dk/media/21592/rekrutteringssurvey-september-2022.pdf>
16. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016. Tilgængelig hos: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250368>
17. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Eftersyn af sygehusvæsenet. 2023. Tilgængelig hos: <https://sum.dk/Media/638091558588198930/Udfordringsbillede%20-%20Et%20grundigt%20eftersyn%20af%20sygehusv%C3%A6senet.pdf>

18. Buur Skyum S. Det nærmer sig "sydeuropæiske tilstande": Sygehusene er sandet til i opgaver - imens dulmer Jeanette sine smerter med medicin. 16. oktober 2022; Tilgængelig hos: <https://avisendanmark.dk/sundhed/det-naermer-sig-sydeuropaeiske-tilstande-sygehusene-er-sand-et-til-i-opgaver-imens-dulmer-jeanette-sine-smerter-med-medicin>
19. SUU Alm.del. Endeligt svar på spørgsmål 1406. Tilgængelig hos: <https://www.ft.dk/samling/20201/almDel/suu/spm/1406/svar/1806731/2441998.pdf>
20. Danske Regioner. Sundhedsvæsenet verden over er ramt af en perfekt storm. 2022. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/november/sundhedsvaesner-verden-over-er-ramt-af-en-perfekt-storm>
21. Rosenberg J, Jørgensen S. Sundhedsvæsenet står ved en skillevej og kræver nytænkning. Tilgængelig hos: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/meninger/kommentarer/6617-laeger-sundhedsvaesenet-star-ved-en-skillevej-nye-udfordringer-kraever-nytænkning.html>
22. Praktiserende Lægers Organisation. PLO faktaark 2022. Tilgængelig hos: https://www.laeger.dk/media/1e3cufft/plo_faktaark_2022.pdf
23. Lose S, Reventlow Mourier AL. Regioner og speciallæger: Danskerne skal have kortere vej til speciallægen. Tilgængelig hos: <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/regioner-og-speciallaeger-danskerne-skal-have-kortere-vej-til-en-speciallaege>
24. FAPS, Danske Regioner. En fælles retning: En fælles vision for speciallægepraksis. 2021. Tilgængelig hos: <http://www.e-pages.dk/regioner/192/>
25. Thimbleby H. Technology and the Future of Healthcare. Journal of Public Health Research. december 2013;23:jphr.2013.e28.
26. Danske Patienter. SÅDAN FÅR VI ET ROBUST SUNDHEDSVÆSEN: Patienter & pårørendes kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. 2023. Tilgængelig hos: <https://danskepatienter.dk/files/media/document/10%20anbefalinger%20fra%20patienter%20og%20pårørendes%20robusthedskommission.pdf>
27. El Haj AJ. The Grand Challenges of Medical Technology. Front Med Technol. 15. juli 2020;2:1.
28. Haleem A, Javaid M, Singh RP, Suman R. Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. Sensors International. 2021;2:100117.
29. Danske Regioner. Danmark har brug for en teknologifond. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/oktober/danmark-har-brug-for-en-teknologifond>
30. Tvistholm N, Boe Danbjørg D. Nye tider for patient og sundhedsvæsen. I: Patient Grundbog i sygepleje. Munksgaard; Tilgængelig hos: <https://patientgrundbogisygepleje.digi.munksgaard.dk/?id=161>
31. Tvistholm N, Boe Danbjørg D. Patient. Grundborg i sygeplejde. 2. udg. Bd. 2018. Munksgaard;
32. Tvistholm N, Boe Danbjørg D. Den stærke og svage patient. I: Patient Grundbog i sygepleje . Munksgaard; Tilgængelig hos: <https://patientgrundbogisygepleje.digi.munksgaard.dk/?id=161>
33. Bjørnsson K. Patientkultur i historisk perspektiv. Sygeplejersken. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2013-2/patientkultur-i-historisk-perspektiv>

34. ViBIS, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Universitet. DET BRUGERINDDRAGENDE HOSPITAL. Tilgængelig hos: https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/D_DBH/projektbeskrivelse_auh.pdf
35. Wadmann S, Højgaard B. Avancerede terapier (ATMP) En kortlægning af potentialer og udfordringer ved introduktion af nye behandlingsmuligheder i Danmark. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2021. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/media/pure/16858/6278689>
36. Wadmann S, Hauge AM. Strategies of stratification: Regulating market access in the era of personalized medicine. *Soc Stud Sci.* august 2021;514:628–53.
37. Videnscenter for Life Science. Personlig medicin i dag og i fremtiden. Muligheder og udfordringer. 2022. Tilgængelig hos: https://www.lifescienceinsights.dk/wp-content/uploads/2022/03/Personlig-medicin_FINALE-002.pdf
38. Jimenez G, Lum E, Car J. Examining Diabetes Management Apps Recommended From a Google Search: Content Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth.* 16. januar 2019;71:e11848.
39. Finlayson SRG, Birkmeyer JD, Tosteson ANA, Nease RF. Patient Preferences for Location of Care: Implications for Regionalization. *Medical Care.* februar 1999;372:204–9.
40. Moscelli G, Siciliani L, Gutacker N, Gravelle H. Location, quality and choice of hospital: Evidence from England 2002–2013. *Regional Science and Urban Economics.* september 2016;60:112–24.
41. Dougherty S, Lorenzoni L, Marino A, Murtin F. The impact of decentralisation on the performance of health care systems: a non-linear relationship. *Eur J Health Econ.* juni 2022;234:705–15.
42. Fridthjof KS, Kampmann P, Dünweber A, Gørløv JS, Nexø C, Friis LS, m.fl. Systematic patient involvement for homebased outpatient administration of complex chemotherapy in acute leukemia and lymphoma. *Br J Haematol.* juni 2018;1815:637–41.
43. van Hoof SJM, Quanjel TCC, Kroese MEAL, Spreeuwenberg MD, Ruwaard D. Substitution of outpatient hospital care with specialist care in the primary care setting: A systematic review on quality of care, health and costs. *Orueta JF, redaktør. PLoS ONE.* 1. august 2019;148:e0219957.
44. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: McGraw Hill Open university press; 2007. European observatory on health systems and policies series.
45. Leff B. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med.* 6. december 2005;14311:798.
46. Brown D, Fleron A, Singhal S, Ungerman D. The gathering storm: An opportunity to reorder the healthcare industry. McKinsey; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/healthcare%20systems%20and%20services/our%20insights/The%20gathering%20storm%20in%20US%20healthcare%20How%20leaders%20can%20respond%20and%20thrive/The-gathering-storm-An-opportunity-for-leaders-to-reorder-the-healthcare-industry.pdf>
47. Regeringen, Dansk Folkeparti. Sundhedsreformen 2019. 2019. Tilgængelig hos: <https://www.regeringen.dk/media/6589/faktaark-hele-sundhedsreformen.pdf>
48. Statens Institut for Folkesundhed. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det?. 2011. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2010/Publ2010/CFF/Sundhedsprofiler/Den-nationale-sundhedsprofil-2010---Hvordan-har-du-det.ashx>

49. Skeem M. Overlæge: Ny migrænemedicin ser ud til at være særdeles effektiv. Sundhedspolitisk Tidsskrift. 2020. Tilgængelig hos: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/3050-overlaege-ny-migraenemedicin-ser-ud-til-at-vaere-saerdeles-effektiv.html>
50. Carlsen LN, Stefansen S, Ahnfeldt-Møllerup P, Jensen RH, Saxhaug Kristoffersen E, Hansen JM, m.fl. Diagnostics and management of headache in general practice. Family Practice. 29. oktober 2022;cmac121.
51. Danske Regioner. Danske Regioner indgår ny aftale om udredning af patienter med mistanke om demens. 2022. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/oktober/danske-regioner-indgaar-ny-aftale-om-udredning-af-patienter-med-mistanke-om-demens>
52. Bundgaard B. Uenighed blandt hudlæger: Hvem skal ordinere til patienter med psoriasis?. Dagens Medicin. 2021. Tilgængelig hos: <https://dagensmedicin.dk/uenighed-blandt-hudlaeger-hvem-skal-ordinere/>
53. HudSagen. Fakta om kroniske hudsygdomme i Danmark. Tilgængelig hos: <https://www.hudsagen.dk/fakta>
54. Bro N. Stort europæisk studie dokumenterer økonomisk belastning ved AD. Dermatologisk Tidsskrift. 2022. Tilgængelig hos: <https://medicinsktidsskrift.dk/behandlinger/huden/3791-stort-europaeisk-studie-dokumenterer-okonomisk-belastning-ved-ad.html>
55. Albinus NB. Immunterapi hjælper patienter med udbredt nyrekræft. Dagens Medicin. 2007. Tilgængelig hos: <https://dagensmedicin.dk/immunterapi-hjalper-patienter-med-udbredt-nyrekraft/>
56. Sundhedsdatastyrelsen. Stadig flere lever med kroniske sygdomme. 2018. Tilgængelig hos: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/stadig_flere_med_kroniske_sygdomme_21062018
57. Aalborg Universitet. NYT STUDIE FRA AAU: TO UD AF TRE DANSKERE LIDER AF KRONISKE SYGDOMME. 2019. Tilgængelig hos: <https://www.nyheder.aau.dk/2019/nyhed/nyt-studie-fra-aau-to-ud-af-tre-danskere-lider-af-kroniske-sygdomme.cid415877>
58. PreCareKlinikken. Tilgængelig hos: <https://precareklinikken.dk>
59. Blæhr EE, Madsen JV, Christiansen NLS, Ankersen PV. The influence of crisis resolution treatment on employment: a retrospective register-based comparative study. Nordic Journal of Psychiatry. 17. november 2017;718:581–8.
60. Rigshospitalet. Antibiotika intravenøst i eget hjem. Videnscentr for Specialiseret Hjemmebehandling. Tilgængelig hos: <https://www.rigshospitalet.dk/for-fagfolk/videncenter-for-specialiseret-hjemmebehandling/hjemmebehandling-paa-rigshospitalet/Sider/antibiotika-intravenoest-i-eget-hjem.aspx>
61. Lindberg H. Hjemmebehandling stiller nye og store krav til patienter og hjemmesygeplejersker. Sygeplejersken. 2022. Tilgængelig hos: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2022-7/hjemmebehandling-stiller-nye-og-store-krav-til-patienter-og>
62. Rasmussen J, Røjle H, Merling J. Hospitalet flytter hjem i stuen og sparer patienter for ugelange indlæggelser. DR. 2022. Tilgængelig hos: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/hospitalet-flytter-hjem-i-stuen-og-sparer-patienter-ugelange-indlaeggelser>

63. Rosenberg J. Politikerspørgsmål: Priser på ydelser hos speciallægepraksis. Region Hovedstaden; 2021. Tilgængelig hos: <https://www.regionh.dk/politik/spoergsmaal-fra-regionsraadet-til-administrationen/Documents/2021/Svar-paa-spml-079-21-vedr-priser-paa-ydselser-hos-speciallaegepraksis-stillet-af-Jacob-Rosenberg.pdf>
64. Foreningen Af Praktiserende Speciallæger (FAPS). Visions- og politikpapir: Brug de praktiserende speciallæger til at styrke det nære sundhedsvæsen. Tilgængelig hos: https://www.laeger.dk/media/z5ab0yyc/faps_visions_og_politikpapir.pdf
65. Foreningen af Speciallæger, Regionernes lønnings- og takstnævn. AFTALE OM UDLÆGNING AF BEHANDLING AF SYGEHUSPATIENTER TIL SPECIALLÆGEPRAKSIS. 2021. Tilgængelig hos: <https://www.laeger.dk/media/lpbbfihe/aftale-om-udlaegning-af-behandling-af-sygehuspatienter-til-speciallaegepraksis-1-januar-2022-justeret-pr-1-september-2022.pdf>
66. Sundhedsstyrelsen. Specialeplanlægning. Begreber, principper og krav. 2015. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2015/Specialeplanl%C3%A6gning-begreber-principper-og-krav.ashx>
67. Steenberger A. Corona kan blive løftestang for større integration af speciallægepraksis. Ugeskrift for læger. 8. februar 2021; Tilgængelig hos: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/corona-kan-blive-loftestang-storre-integration-af-speciallaegepraksis>
68. Regeringen. Sundhedsreform 2022: Et sammenhængende, nært og stærkt sundhedsvæsen. 2022. Tilgængelig hos: <https://sum.dk/Media/637888973082282053/Aftale%20-%20Et%20sammenh%C3%A6ngende,%20n%C3%A6rt%20og%20st%C3%A6rkt%20sundhedsv%C3%A6sen.pdf>
69. Danske Regioner. Vederlagsfri udlevering af medicin til særlige ikke-indlagte patientgrupper, der er i fortsat sygehusbehandling. 2022.
70. Redaktionen. Knækgrænser bidrager til lægemangel. Dagens Medicin. 2007. Tilgængelig hos: <https://dagensmedicin.dk/knakgranser-bidrager-til-lagemangel/>
71. Sundhedsdatastyrelsen. Takstsystem 2023. Vejledning. 2023. Tilgængelig hos: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/finansiering-og-afregning/takster/2023/takstvejledning_2023.pdf
72. Thrane L. Udleveringsbestemmelser. Vederlagsfri udlevering af medicin til ikke-indlagte patienter. Pro.Medicin. 2021. Tilgængelig hos: <https://pro.medicin.dk/Specielleemner/Emner/318103>



11. Appendix

11.1. Metode og datagrundlag

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af en gennemgang af eksisterende litteratur og et kvalitativt datagrundlag baseret på 19 interviews med toneangivende sundhedsprofessionelle.

For at identificere eksisterende litteratur om afhospitalisering blev der foretaget en litteratursøgning i den medicinske database PubMed, systematiske søgninger i Infomedias samt naturligvis også bredt på nettet. Litteratursøgningen inkluderede tre facetter af søgetermer herunder a) afhospitalisering, 2) sundhedsvæsen og 3) best practice. Relevant videnskabelig litteratur fra 2012-2022 blev gennemgået og screenet. Medieovervågningen i Infomedias går tilbage til november 2021. Desuden blev snowball-effekten, hvor kildeangivelser fører til ny research, anvendt både i søgningen efter videnskabelig litteratur og nyhedsartikler. Tabel 1 viser et overblik over anvendte termer på tværs af databaser.

Hensigten med de 19 gennemførte interviews var at opnå viden og indsigt i holdninger til afhospitalisering blandt eksperter, fagfolk og sundhedspersonale. Desuden var formålet at identificere muligheder og barrierer forbundet med en øget afhospitalisering i sundhedsvæsenet.

Interviewene tog afsæt i en semistruktureret interviewguide. Herved blev ønskede tematikker omdrejningspunktet for interviewet, mens der stadig var mulighed for at følge interessante udsagn og opnå indsigt i, hvilke udfordringer og potentialer de centrale stakeholdere identificerer for afhospitalisering

Interviewene tog afsæt i følgende temaer:

- Kendskab til afhospitaliserende indsatser
- Holdning til afhospitalisering
- Identifikation af mulige potentialer for øget afhospitalisering
- Identifikation af barrierer for afhospitalisering

Alle interviewpersoner fremgår som anonyme kilder i rapporten. Formålet med anonymiseringen er at sikre, at interviewpersonerne kan udtale sig frit uden at være bundet af eventuelle arbejdsmæssige interesser, holdninger og politikker fra deres organisation eller virke som sundhedsprofessionel^c.

Interviewene blev gennemført via telefon i perioden november 2022 til og med marts 2023. På baggrund af interviewene blev der udarbejdet detaljerede referater og gennemgående temaer blev identificeret og organiseret. Tabel 2 viser en oversigt over de 19 interviewpersoners baggrund.

Tabel 1 Nøgleord i litteratursøgningen

Afhospitalisering	Sundhedsvæsen	Best practice
Udflytning af behandling	Sundhedsydelse	Anbefalinger
Decentralisering	Sundhedssektor	Erfaringer
Hjemmebehandling		Udfordringer
		Barrierer

c Skovdal, Morten & Cornish, Flora. (2015). Qualitative Research for Development : A guide for practitioners 10.3362/9781780448534.

Tabel 2 Specialer og organisation for interviewpersoner

Lægefaglige specialer	Organisationer	Patientforeninger
Neurologi (3)	Amgros	Danske Patienter
Hæmatologi	Danske Regioner (2)	Lungeforeningen
Reumatologi	Region Sjælland (2)	Psoriasisforeningen
	Selvstændig sundhedsøkonom	Hovedpineforeningen
	Selvstændig lægelig rådgiver	Øjenforeningen
	Dansk Erhverv	
	Foreningen af Almenpraktiserende Speciallæger (FAPS)	

Sundhedsvæsenet er i krise, og der er akut brug for nye løsninger. Denne rapport er et bud på, hvordan afhospitalisering kan bidrage til at gøre sundhedsvæsenet mere robust og bæredygtigt.

Rapporten indeholder forslag til, hvordan vi sætter gang i en proces, der aflaster hospitalerne og frigør ressourcer til de patienter, der har brug for hospitalsbehandling, samtidig med at flere patienter bliver behandlet i det nære sundhedsvæsen – og i hjemmet.

Baggrunden for rapporten er research og interviews med toneangivende eksperter indenfor sundhedsvæsenet.

Rapporten henvender sig til beslutningstagere, sundhedsprofessionelle og embedsfolk på statsligt, regionalt og kommunalt niveau.

Vil du vide mere om afhospitalisering?
Scan QR-koden og besøg [Afhospitalisering.dk](https://afhospitalet.dk)

