

---

FOLKETINGET



### Sundhedsudvalget

**Til:** Udvalgets medlemmer og stedfortrædere

**Dato:** 13. marts 2009

#### **Forslag fra Teknologirådet om konference om fremtidens behandlings- system- visioner og muligheder**

Vi har fra Teknologirådet fået vedhæftede oplæg til konference om fremtidens behandlingssystem. Forslaget sættes på dagsordenen for førstkommende møde i udvalget.

Med venlig hilsen

Mette Hansen,  
Udvalgssekretær

**Notat: Konference-forslag**

**Fremtidens behandlingssystem – visioner og muligheder**

**Baggrund:**

“Fremtidens behandlingssystem” er overskriften på et projekt, som Teknologirådets bestyrelse har sat på arbejdsplanen.

Baggrunden for projektet fremgår af vedlagte projektbeskrivelse, hvor også projektidéen kort er beskrevet som at få rejst en politisk debat om, hvordan man bedst udnytter de teknologiske muligheder til at imødekomme fremtidens udfordringer til behandlingssystemet. En konference er foreslået som rammen for denne debat.

Projektbeskrivelsen er blevet drøftet i Teknologirådets bestyrelse, som opfordrede til at fokusere projektet mere på den organisatoriske side og på shared care, frem for at tage udgangspunkt i teknologiens potentialer.

Det er vigtigt at vide, hvor man vil hen, hvilke sundhedsydelse man ønsker, før man investerer i teknologi.

Endvidere blev der opfordret til at søge samarbejde med Danske Regioner og med Folketingets sundhedsudvalg, da der vil være god mening i at få regionspolitikere og folketingspolitikere til sammen at diskutere, hvordan de gerne ser behandlingssystemet udviklet – og hvilke politiske initiativer de ser som nødvendige.

**Fokus:**

I dette oplæg til konference er fokus lagt på koblingen/sammenhængen mellem primærsektor og sygehus i fremtidens behandlingssystem, herunder hvordan teknologi kan understøtte samarbejde og kommunikation på tværs af sektor- og faggrænser. **Sammenhængende patientforløb** er den sundhedsydelse, der er i fokus – det kan for så vidt yderligere fokuseres til **kroniske sygdomme og forebyggelse**.

På borgertopmøder i de 5 regioner i november 2008, og på et efterfølgende sundhedsforum i januar 2009 blev øget prioritering af forebyggelse og bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet prioriteret højt.

Hvordan man kan udvikle primærsektoren, og i særdeleshed almen praksis' rolle i fremtidens behandlingssystem, vil være et godt udgangspunkt.

Erik Juhls 2007-rapport ("Rundrejse i det danske sundhedsvæsen 2007") vurderer, at sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer lider under de alment praktiserende lægers rolle. Set fra sygehusene er almen praksis næsten fraværende i det danske sundhedsvæsen, skriver han, på trods af, at netop den praktiserende læge er en vigtig aktør i overgangen til og fra sygehus. Han vurderer, at der kun er ringe mulighed for, at alment praktiserende læger fremover kan varetage rollen som tovholder, i en fremtid med stadigt flere kronisk syge.

Danske Regioners (2007) vision for almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen udpeger lægen som gatekeeper og tovholder, og som en væsentlig aktør i relation til forebyggelse og kronikeromsorg. I regeringsudvalgets nye rapport om almen praksis er alment praktiserende lægers rolle beskrevet som gatekeeper/visitator, tovholder og generalist. Sundhedscentre og større lægehuse er én af metoderne til at løfte visionen. Det bliver påpeget i regeringsudvalgets rapport, at en grundlæggende udfordring er at styrke forebyggelsesindsatsen i det samlede sundhedsvæsen, herunder at sikre en hensigtsmæssig opgavedeling mellem almen praksis, sygehus og det kommunale sundhedsvæsen, så de samlede ressourcer anvendes bedst muligt.

Men hvad skal der til for at det kan lykkes at få primærsektoren til at varetage disse opgaver i et konstruktivt samspil og fornuftig arbejdsdeling med sygehussektoren? Hvilke sten på vejen skal flyttes, før det kan lade sig gøre? Og hvordan kan IT / teknologi understøtte den ønskede udvikling?

Shared care forstået som delt ansvar for patientens behandling er et koncept, som kan sætte brobygning mellem sekundær og primær sektor i fokus. Der bliver gjort forsøg med shared care hvor IKT understøtter samarbejdet gennem udveksling af kliniske data. En undersøgelse af forsøg med shared care for diabetes patienter (nævnt som case a i punkt 2 nedenfor) viser, at i samarbejdet mellem sygehus og alment praktiserende læger er der udfordringer på tre områder:

- at få integreret shared care teknologi i eksisterende IT-systemer,

- at brugen af shared care teknologi støder mod den praktiserende læges arbejdsetik,
- at der er stor forskel på at have diabetes patienten som speciale og som en blandt mange grupper af patienter med kroniske sygdomme.

Erfaringer fra disse forsøg er endvidere, at initiativer til at implementering af ny teknologi, som skal understøtte sammenhængende patientforløb over sektorgrænser, ofte sker på sygehusets, specialernes, initiativ. De har pengene og IT-afdelingerne, og almen praksis har ikke de matchende muligheder.

Med de igangværende forhandlinger for sygehusbyggeri er der måske en fare for, at ambitionerne om højteknologiske og specialiserede enheder kommer til at skygge for udfordringerne i primær sektoren – også i ft at geare denne del af behandlingssystemet til samme teknologiske niveau.

### **Konferencens formål:**

Hvordan får vi den bedste sammenhæng i behandlingssystemet, med fokus på koblingen mellem primær og sekundær sektor, og hvordan kan IT understøtte visionen?

Konferencen skal skabe en dialog mellem politikere og eksperter om visioner for fremtidens behandlingssystem, og de udfordringer til organisering og teknologi som det giver anledning til.

Målet er at politikerne sammen når frem til at præcisere/konkretisere de udfordringer, som de gerne ser, at der bliver arbejdet videre med.

### **Målgruppe:**

Regionernes sundhedspolitikere og medlemmer af Folketingets sundhedsudvalg, samt kommunale sundhedspolitikere.

### **Idé og koncept:**

Udgangspunktet er en præsentation af visioner for fremtidens behandlingssystem, set fra primærsektorens perspektiv, præsenteret af forskellige interessenter/personer med et synspunkt på det.

Visionerne konfronteres med en række cases, som illustrerer nogle af de udfordringer af organisatorisk, kompetencemæssig og teknologisk karakter, der er for at realisere visionerne.

Sidste del af konferencen skal samle op på, hvilke udfordringer, der er særligt vigtige at gå videre med og en vurdering af, hvilke omstillingsprocesser det er muligt at gennemføre samtidigt.

Den sidste del gennemføres i undergrupper, som afrapporterer i plenum.

Hele forløbet dokumenteres skriftligt, evt. i journalistisk bearbejdet form. Evt. også som podcast.

Konferencens forløb vil falde i 3 blokke:

### 1. **Visioner: Primærsektoren i behandlingssystemets landskab**

”Landkort” over arbejdsdeling og samarbejde efter strukturen tegnes op med fokus på primærsektoren og almen praksis' rolle. Gerne visualiserede fremstillinger ledsaget af ord om visionerne.

Bidrag på baggrund af de visioner, der er formuleret af Danske Regioner og regeringsudvalget.

Evt. også KL's og SDSD's ”landkort”.

Opponenter fra PLO/Lægeforeningen, Patientforum eller andre interessenter, som får til opgave er at give kritisk og konstruktiv feedback.

Alternativt et tværpolitisk politikerpanel, som udspørger bidragsyderne.

### 2. **Cases: Udfordringer til at få et mere sammenhængende behandlingssystem**

a. Kvalitativ analyse af to shared care initiativer for diabetesbehandling i Danmark, og udfordringerne for IT-støttet shared care. (Maren Granlien, 2007)

b. Shared care og demensudredning i praksis, samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus (Janne Seeman – et lidt gammelt studie, fra 2002)

c. CITH – co-constructing IT and healthcare – omsorg og behandling for pacemakerpatienter i et integreret samarbejde på tværs af institutionelle og professionelle samarbejdspartnere. (Finn Kensing – 2008)

De nævnte cases er ideer. Der skal findes flere forslag, så det er muligt at udvælge de, der bedst rejser de væsentligste problemer.

Et område, som fortjener at blive belyst er risici ved en arbejdsdeling mellem sygehus og almen praksis, som alene bygger på LEON-princippet (laveste effektive omkostningsniveau). Lederen i International Journal of Integrated Care fra dec. 2008 peger på, at i iveren efter at få lægen som gatekeeper til at visitere færre til sygehusene, risikerer man både at få dårligere behandling og øge omkostningerne. Alment praktiserende læger er fx ikke gode nok til at diagnosticere kroniske sygdomme – bl.a. fordi de har svært ved at følge med i det høje tempo for fremkomst af ny viden.

Professor Frede Olesen fra Forskningsenheden for almen praksis i Århus kalder problemet for ”det omvendte T” - at der opstår en afkobling af den horisontale primære sundhedssektor fra det horisontale behandlingsforløb, som fører patienten fra den første kontakt til lægen til specialisten og den fortsatte behandling. Derfor skal integrated care/shared care for kroniske patienter udvikles fra et systemisk perspektiv, snarere end fra isolerede komponenter i den vertikale og horisontale (primære og sekundære) sundhedssektor.

I denne blok er det muligt at inddrage skiftende paneler af politikere som udspørgere, eller som kommentatorer med opgaven at sammenfatte, hvad de har lært af hver case.

### **3. Vejen videre: De væsentlige udfordringer og rækkefølgen af initiativer**

Nu har politikerne selv ordet. Hvad har de lært i løbet af dagen, hvilke visioner hælder de mest til, hvilke udfordringer ønsker de

undersøgt, hvordan vurderer de rækkefølgen af de initiativer, der skal tages.

Arbejdet skal foregå i mindre grupper og faciliteres, så der kommer et brugbart resultat ud af det.

Resultater af gruppearbejdet fremlægges i plenum.

Evt. kan et oplæg sætte konferencens tema ind i et større perspektiv:

Sundhedssektoren er igennem en stor omstilling. Strukturreform, akkrediteringssystem, kvalitetsreform, digitalisering - og samtidig er der stort pres på ressourcerne. Snart vil et grænseoverskridende sundhedsvæsen banke på døren. Kan alt lade sig gøre på én gang, eller hvordan griber man omstillingen i behandlingssystemet an, så alle bliver ombord?

**Tid og sted:**

Konferencen tænkes gennemført i juni. Den vil vare ca. 6 timer incl. pauser.

Konferencen kan med fordel afholdes på Christiansborg.

Ida Leisner, 10. marts 2009.

## Projektbeskrivelse

### Fremtidens behandlingssystem

(tidligere fremtidens sygehus).

1½ million danskere svarende til ca. 1/3 af befolkningen lever i dag med en kronisk sygdom. Diabetes, chollitis-krom, KOL, allergi, hjerteproblemer – listen er lang, og antallet af kronikere ventes at stige til 2 millioner i 2020. Flere kronisk syge, flere med livsstilssygdomme og en aldrende befolkning øger tilsammen antallet af behandlingskrævende patienter. Samtidig er forventningerne og kravene til kvalitet fra befolkningen blevet større, politikerne stiller behandlingsgarantier og krav om stram ressourcestyring, og manglen på uddannet personale forventes at stige. Når det gælder resultater af sundhedsindsatsen udmærker Danmark sig ikke længere som den bedste i klassen. Middellevetiden stiger ganske vidst lidt i disse år, men vi halter langt bagefter lande som Sverige og andre europæiske lande, som vi gerne vil sammenligne os med.

Det danske sundhedssystem er med andre ord voldsomt under pres. Hvis ambitionen om et sundhedsvæsen i verdensklasse skal nås, er der brug for nytænkning, for politisk vilje – og for flere penge<sup>1</sup>. Der er allerede bud på en række tiltag, som skal ændre på ressourceforbruget. Fx skal teknologi/IKT hjælpe til at optimere logistik, til at anvende den dyre specialistviden mest hensigtsmæssigt, og til at skabe sammenhængende patientforløb. Accelerede patientforløb (hurtig udskrivning fra sygehus) skal mindske trækket på dyre sygehussenge. Patienterne skal lære egenomsorg/metoder til behandling i eget hjem og så videre. Regeringen har afsat en pulje penge til forskning i og udvikling af arbejdskraftbesparende teknologier, som kan realisere nogle af disse intentioner.

### Teknologi, fremtidens sygehus og fremtidens sundhedsvæsen

---

<sup>1</sup> Spørgsmålet om penge kan diskuteres. Jes Søgård, DSI, viste på en konference for nylig, at hvis vi i Danmark skal reducere dødeligheden til et niveau svarende til Sveriges, skal der investeres 12 mia. kr mere i sundhedssektoren. Beregningerne var baseret på OECD's tal.



De 5 regioner, som står i spidsen for landets sygehus- og praksissektor, har taget hul på en debat om fremtidens sundhedsvæsen, hvor bl.a. højere levealder, bedre integrering af praksissektoren og bedre inddragelse af borgerne i forebyggelse og behandling er sat som mål. Ombygning og nybygning af sygehuse til at møde fremtidens krav er et vigtigt skridt i at nå målene, og regionernes investeringsoplæg for fremtidens sundhedsvæsen anslår, at det vil koste 100 milliarder at føre sygehusene op på det niveau regionerne ønsker om 10 år.

Regeringen har afsat 25 mia. kr fra kvalitetsfonden til investeringer i en moderne sygehusstruktur i perioden 2009-18. Efter økonomiaftalen med Danske Regioner for 2008 er der nedsat et ekspertpanel, som skal komme med forslag til hvordan den første portion på 15 mia kr skal investeres bedst muligt, ud fra en vurdering af de sygehusplaner regionerne har udarbejdet. Ekspertpanelet fremlægger sit forslag i november 2008, og regeringen fremlægger en samlet tilsagnsramme til de enkelte regioner den 1. februar, efter at have drøftet det med Danske Regioner. Fra 1. februar kvalificerer og detaljerer regionerne så deres konkrete projekter.

Den ny sygehusstruktur er kendetegnet ved at samle en række behandlingstilbud/specialer på færre hospitaler for at sikre den faglige standard. For samtidig at leve op til målet om at sikre patienterne den mindst indgribende og bedst sammenhængende behandling er der behov for at decentrale funktioner som ambulatorier, daghospitaler mv udbygges tæt på borgeren. Behandlings tilbuddene skal, står der i regionernes investeringsoplæg, udgøre "et kontinuum fra behandling på højt specialiserede afdelinger til behandling i patientens eget hjem". Her får teknologi/IKT stor betydning, både til løbende at lægge opgaver længere ud i behandlingsskæden og til at binde patientforløb sammen.

*Pervasive Health Care* (PHC), med udgangspunkt i teknologisk sammenbinding af behandlingen og *Shared Care* (SC) med udgangspunkt i behovet for samarbejde, må forventes at få stor betydning i fremtiden som en måde at få det patientnære og de centraliserede og fagligt specialiserede sundhedsydelser til at gå op i en højere enhed.

SC sætter fokus på koordinationen mellem forskellige instanser i sundhedssystemet, så patientforløbet får sammenhæng og behandlingskvaliteten forbedres.

PHC drejer sig om at få behandlingen til at foregå 'overalt' – hvilket vil sige, at patienterne selv kan behandle, blandt andet ved at bruge højteknologisk hjælpedyr, som er koblet til overvågningssystemer og behandlingscentre. Plastret, som selv rapporterer, når der skal skiftes er et eksempel på en PHC teknologi. Telemedicin er en del af PHC og betyder, at man med kommunikation af video, billeder, lyd og måleresultater kan inddrage eksperter i diagno-

stik og behandling der, hvor patienten er, selvom eksperterne ikke fysisk er tilstede.

Teknologirådet har tidligere gennemført et projekt om PHC. Teknologirådets arbejdsgruppe vurderede bl.a. at PHC er velegnet til at modvirke negative effekter af centralisering og til at understøtte patientens egenomsorg og øge mulighederne for individualiserede sundhedsydelse. Der er dog store organisatoriske udfordringer forbundet med PHC. Desuden er det ikke alle patienter, der kan bruge PHC, ligesom der i mange tilfælde kræves øget støtte hos pårørende og sundhedsprofessionelle. Arbejdsgruppen anbefalede bl.a. at der kommer fokus på de organisatoriske udfordringer der er for at udnytte potentialet i PHC.

Når regionerne i de kommende år skal udbygge og nybygge hospitaler rundt om i de 5 regioner burde det være en naturlig del af arbejdet at tænke de nye teknologiske muligheder med - også udenfor hospitalets mure. At få lagt opgaver længere ud i behandlingskæden og endda få behandlingen helt ud i patienternes eget hjem stiller krav til såvel den tekniske infrastruktur som til organiseringen af sundhedsvæsenet.

Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (fællesoffentlig organisation under sundhedsministeriet med Danske Regioner og KL som partnere) står bag National Strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012. Strategien gør op med det hidtidige snævre fokus på EPJ. Udover at stille data til rådighed, som det fx sker i EPJ, skal IT-infrastrukturen også gøre det muligt at dele funktionaliteter som fx parakliniske systemer (fx laboratorier og billedbehandling), praksissystemer, telemedicin og løsninger til patienters selvmonitorering mv. IT-infrastrukturen skal således understøtte sammenhæng og samarbejde på tværs, understøtte opgaveglidning og shared care, give mindre unødigt transport mv. Spørgsmålet om de nødvendige organisatoriske forandringer hører imidlertid ikke med i denne strategi.

Der er allerede mange offentlige forsknings- og udviklingsprojekter indenfor sundhedsinformatik, som det bl.a. fremgår af SundhedITnets status rapport. En del projekter tester specifikke teknologier i afgrænsede forsøg i lille skala. Både på operationsstuer og andre steder indenfor hospitalsmurene, og ude i patienternes hjem. Der er endnu kun få stor-skala projekter, som kan demonstrere de udfordringer af mere organisatorisk og kompetencemæssig karakter, som implementering af de nye teknologier generelt i behandlingssystemet vil medføre.

Kritiske røster peger på at tiltroen til teknologierne måske er større end der reelt er basis for. Især de organisatoriske udfordringer er store, det viser udenlandske erfaringer fra bl.a. Canada, hvor man på grund af landets geo-

grafi og store afstande har satset stærkt på telemedicin. Her har selve teknikken kun været en lille brik i den store organisatoriske helhed, som skal på plads for at potentialet i telemedicin kan udnyttes. De samme erfaringer kendes i Danmark på EPJ-området.

I forbindelse med planerne for fremtidens sygehuse har nogle kritikere peget på, at man ikke udnytter teknologiernes potentiale offensivt nok. Man burde tænke på hospitalet som virtuelt, for at slippe den "bagudrettede" og rutineprægede måde at tænke sygehus på, som kendetegner mange af planerne for at udbygge sygehusstrukturen. Samtidig ved vi ved for lidt om, hvordan patienterne vil tage imod nye modeller som fx PHC og savner praktiske forsøg.

Sammenfattende kan man sige, at fremtidens sygehus som bygning, fremtidens sygehusstruktur, IT-infrastruktur, forsøg med SC, telemedicin, PHC mv. – alt sammen er elementer i fremtidens behandlingssystem. Der bliver gjort mange velmente og veltænkte anstrengelser for at udnytte nye teknologier til at møde de udfordringer der er. Der mangler imidlertid en samlet og koordineret vision/plan for fremtidens behandlingssystem, som udnytter teknologiernes potentialer og tager højde for de organisatoriske, uddannelsesmæssige og økonomiske udfordringer.

### **Projektidé**

Der er behov for at rejse en politisk debat om, hvordan man bedst imødekommer fremtidens udfordringer til behandlingssystemet og hvordan man udnytter de teknologiske muligheder i den sammenhæng.

Udgangspunktet for projektet vil være, hvordan fremtidens hospital indgår i det samlede fremtidige behandlingssystem. Fokus vil ikke være på hospitalsbyggeri og sygehusstruktur, men på hvordan man får etableret et sammenhængende behandlingssystem som udnytter de IKT teknologiske potentialer bedst muligt.

Med en række nedslag i konkrete eksempler på forskellige anvendelser af teknologi i behandling af (kroniske<sup>2</sup>) patienter, som forventes taget i brug indenfor de næste 10-20 år skal projektet kaste lys over, hvilke udfordringer man må imødesee for at realisere potentialerne i teknologien. Udfordringer kan fx være:

- Hvilke krav stiller det til kommunernes og regionernes planlægning, hvis modeller som shared care og pervasive healthcare i

---

<sup>2</sup> Kroniske patienter udgør en stor samlet gruppe, hvoraf langt de fleste formentlig vil kunne få glæde af PHC og shared care initiativer. Måske vil det være lettest at fokusere på denne gruppe.

sammenhæng med en vis decentralisering skal være elementer i fremtidens behandlingssystem?

- Hvilke udfordringer til organisering af arbejdet og arbejdsdeling mellem speciallæger, praksislæger, sygeplejersker, sosu-assistenten stiller det – fx i form af at overskride faggrænser, at ændre afregningsformer for behandling, nye kompetencekrav til sundhedsmedarbejderne med deraf følgende behov for uddannelse?
- Hvad er økonomien i det – omkostninger og gevinster?
- Hvilke etiske aspekter er der for patienterne ved shared care, pervasive healthcare – egenomsorg, selvmonitorering – og hvordan ser patienterne og deres pårørende på det?