



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 22-08-2018

PLAN

Sagsnr. 4-1010-377/1

Skitse til ændret opgaveløsning på udvalgte områder med stor sygdomsbyrde

1. Indledning

I nærværende notat beskrives patientforløb på en række områder med stor sygdomsbyrde som anført i notat af 9. april, herunder KOL, diabetes, hjertekarsygdom, muskel-skeletsygdom samt angsttilstande og depression. For hvert område beskrives sygdom og det typiske patientforløb. Udfordringer i patientforløbet ud fra et patientperspektiv beskrives, med særligt fokus på opgaver der mere hensigtsmæssigt kan løses udenfor sygehusene. Derudover vurderes potentialet for en ændret opgaveløsning, suppleret med bud på omfanget heraf. Endelig beskrives nogle af forudsætningerne for den ændrede opgaveløsning. De kapacitetsmæssige forudsætninger – økonomi, personale, udstyr mv. ift. at kunne løfte opgaven uden for sygehusene – beskrives dog ikke.

Notatet skal ses i tæt sammenhæng med Sundhedsstyrelsens notater, hhv. 'Dynamisk kvalitetsplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' og 'Almen medicin i fremtidens sundhedsvæsen' begge fra den 9. april 2018.

2. Generelle forudsætninger

Notatet er baseret på en række faglige skøn og vurderinger, foretaget på baggrund af umiddelbart tilgængelig viden og anbefalinger, herunder Sundhedsstyrelsens faglige retningslinjer og anbefalinger på området. Der er dog ikke foretaget nogen systematisk gennemgang af evidens specifikt mhp. at estimere potentialet for øget opgaveløsning udenfor sygehusene, og der vil være formentlig heller ikke være meget solid evidens at basere sig på. Estimer skal ses i det lys, og der tages derfor generelt forhold for estimerne.

En forudsætning for at realisere sådanne større strukturelle ændringer i sundhedsvæsenet er, at der bliver sat ramme og retning for den ændrede opgaveløsning udenfor sygehusene. Der vil være behov for nationalt at opstille relativt specifikke krav til visitation og standarder for sundhedstilbud m.v., der kan sikre en høj og ensartet kvalitet i sundhedstilbuddene, ved at definere hvilke opgaver, der i dag varetages i sygehusvæsenet, der mere hensigtsmæssigt kan varetages tættere på borgeren – fx i kommunalt regi, eller i tværfaglige teams med speciallæger i almen medicin, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter mv., eller af patienten selv¹

¹ Se notatet 'Dynamisk kvalitetsplan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' for en overordnet beskrivelse af nødvendige faglige og juridiske rammer for en styrket opgavevaretagelse uden for sygehusvæsenet.

3. Data

Data vedrørende de enkelte sygdommes træk på sygehuse (ambulante kontakter og indlæggelser) stammer fra nyt datatræk fra Sundhedsdatastyrelsen for året 2017². Data på forekomst og kontakter til almen praksis kommer fra Sygdomsbyrden i Danmark³, og Register for udvalgte kroniske lidelser (RUKS)⁴, Den nationale sundhedsprofil fra 2017⁵ og andre centrale kilder.

Implementering af Sundhedsplatformen kan betyde at data fra to af regionerne ikke er fyldestgørende, særligt for Region Hovedstaden som implementerede Sundhedsplatformen på somatiske afdelinger fra 1. maj 2016 og på psykiatriske afdelinger fra 20. maj 2017. Data fra Region Sjælland er formentlig mindre påvirkede, da man først implementerede Sundhedsplatformen fra 25. november 2017.

De SKS-koder, der er benyttet til datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen for 2017 for sygehuskontakter, er ikke fuldstændigt overensstemmende med de SKS-koder, der er benyttet i rapporten vedrørende Sygdomsbyrden i Danmark. Endvidere er datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen for året 2017, mens data i Sygdomsbyrderapporten er et gennemsnit af årene 2010-2012. Det betyder, man ikke kan foretage en direkte sammenligning af aktivitetsdata fra de to anvendte kilder. I bilag 1 angives de SKS-koder, der er trukket på i datatrækket fra Sundhedsdatastyrelsen.

Der er ikke tilvejebragt nyere data på den diagnosespecifikke aktivitet i almen praksis. Tilsvarende er der heller ikke tilvejebragt data om kontakter i de kommunale sundhedstilbud.

Data for population pr ydernummer på sygdomsniveau er estimeret fra PLO's faktaark fra 2017⁶. Det fremgår, at der i 2017 var godt 3.400 praktiserende læger med ydernummer. I gennemsnit har hver læge tilknyttet godt 1.600 patienter, men med nogen variation.

Der er lavet en arbitrær antagelse om, at patientpopulationerne er ligeligt fordelt ud over landet, både hvad angår alderssammensætning, diagnoser, risikofaktorer og sociale forhold. Givet, at der er 3.400 læger og 1.600 patienter pr. læge er det for hver diagnose skønnet, hvor mange patienter af en given population hver praktiserende læge vil have. Formålet med beregningen er at give en ide om størrelsesforhold af populationen af patienter med de enkelte sygdomme hos den enkelte læge.

4. KOL

4.1 Beskrivelse af sygdom og forekomst

KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnævres og de små lungeblærer (alveoler) gradvist ødelægges på grund af en kronisk betændelsestilstand. Årsagen til sygdommen er i 85 – 90 pct. tilfælde tobaksrygning.

KOL er karakteriseret ved permanent og oftest tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og viser sig ved tiltagende åndedrætsbesvær, hoste og slim i luftvejene. KOL udvikler sig langsomt og opdages som regel først i 40-60-årsalderen på et tidspunkt hvor halvdelen af lungefunktionen er gået tabt.

² Træk af data fra Landspatientregisteret af 3. juli 2018 samt 10. august 2018, Sundhedsdatastyrelsen

³ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 2015

⁴ Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen

⁵ Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen, 2017

⁶ PLO's Faktaark 2017, Praktiserende Lægers organisation, oktober 2017

Omkring 320.000 mennesker i Danmark antages at opfylde de spirometriske kriterier for KOL⁷, men kun cirka 165.000 har været i kontakt med sundhedsvæsenet på grund af KOL eller er i behandling med KOL-specifik medicin.⁸ Det er altså køn skønsmæssigt halvdelen, der er blevet udredt for deres sygdom, og mange lever således med sygdommen uden at vide det. Cirka 8.000 nye patienter bliver årligt diagnosticeret med KOL⁹. Nedre luftvejsinfektioner, hyppigt som følge af KOL, er årsag til flest sygehusindlæggelser blandt 21 udvalgte sygdomsområder.¹⁰

4.2 Patientforløbet i dag

Det er oftest den praktiserende læge, der stiller diagnosen ved KOL, men det sker også, at det først konstateres i forbindelse med en sygehusindlæggelse. Diagnosen forudsætter, at der bliver lavet en lungefunktionsundersøgelse (en spirometri), for at sikre sig, der er lungefunktionsnedsættelse, og at det ikke drejer sig om astma. I forbindelse med diagnostikken vurderes sygdommens sværhedsgrad klinisk efter de internationale GOLD-retningslinjer, med inddeling i ABCD-grupper på baggrund af symptomstyrke, tilfælde af forværringer (eksacerbationer) og sygehusindlæggelser. Ud fra risikovurderingen vælges behandling med forskellige typer luftvejsudvidende medicin. Kommunale rehabiliteringstilbud kan omfatte fysisk træning, ernæringsindsats, hjælp til rygestop og sygdomsmestring. Mange patienter får imidlertid ikke tilbudt tilstrækkelige rehabiliteringstilbud.

Årligt har patienter med KOL cirka 485.000 kontakter til deres alment praktiserende læge¹¹. Som et groft gennemsnit svarer det til 49 mennesker med KOL pr. ydernummer.

Ofte har en patient med KOL allerede mistet op mod halvdelen af sin lungefunktion, når diagnosen stilles, og dette tab kan ikke genvindes. Rygestop kan forhindre sygdommen i at udvikle sig yderligere. Der er således et stort potentiale i at finde patienten tidligt i forløbet og tilbyde rygestop. Gøres dette ikke udvikler sygdommen sig med tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og følgesygdomme som eksempelvis hjertekarsygdom og svækkelse af muskler (inkl. tab af muskelmasse) og knogler osteoporose (knogleskørhed). I nogle tilfælde er sygdommen så fremskreden på diagnosetidspunktet, at der allerede er følgesygdomme.

Typisk har mange borgere med KOL således et mangeårigt sygdomsforløb, hvor de - afhængigt af sygdomsudviklingen i øvrigt - både er i kontakt med deres kommunale tilbud, praktiserende læge, praksispersonale, samt personalet på lungeambulatoriet og på lungemedicinske eller medicinske afdelinger på sygehuset.

Samtidig følges mange patienter også i andre sygehusambulatorier for en eller flere af deres følgesygdomme, fx for hjertelidelser, osteoporose m.v. Ofte vil patienten desuden have mange kortere eller længere indlæggelser pga. symptomforværring, akutte komplikationer, følgesygdomme m.v. På sygehuset kan der ved f.eks. svær akut opblussen i KOL gives NIV-behandling (non-invasiv ventilationsbehandling) på lungeafdelingen/den medicinske afdeling eller i værste fald respiratorbehandling på intensivafdelingen. Derudover er mange borgere med KOL i kontakt forskellige forvaltninger i kommunen.

⁷ Hansen JG, Pedersen L, Overvad K, Omland Ø, Jensen HK, Sørensen HT. The Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among Danes aged 45-84 years: populationbased study. COPD 2008; 5: 347-52

⁸ Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen

⁹ Hansen JG, Pedersen L, Overvad K, Omland Ø, Jensen HK, Sørensen HT. The Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among Danes aged 45-84 years: populationbased study. COPD 2008; 5: 347-52

¹⁰ Sygdomsbyrden i Danmark. Sundhedsstyrelsen; 2015

¹¹ Sygdomsbyrden i Danmark. Sundhedsstyrelsen; 2015. 2010-2012 gennemsnit.

Faktaboks

Sygehuskontakter for KOL (2017)

(Data fra 2017, Sundhedsdatastyrelsen. Udtræk på diagnosekoder kan ses i bilag 1)

• Akutte ambulante besøg	6.317
• Elektive ambulante besøg	72.957
• Akutte indlæggelser	21.940
• Elektive indlæggelser	1.607
• Sengedage i alt	111.064
• Unikke patienter med ambulante besøg eller indlæggelse	30.597

I hjemmet kan der i nogle regioner¹² være mulighed for, at patienter med KOL, som enten opfylder bestemte inklusionskriterier (fx to eller flere forværringer eller indlæggelse for KOL inden for det sidste år m.fl.) eller som klinisk vurderes at kunne have effekt af tilbuddet, tilbydes et telemedicinsk understøttet behandlingstilbud med bestemte målinger og test (iltmætning af blodet, puls, vægt, symptomscore i forhold til grad af åndenød, hoste, opspyt funktionsbegrænsninger mv. samt reje-sættelig test), som patienten selv indrapporterer til kommunen. I kommunen er det en KOL-sygeplejerske der har ansvaret for instruktion og oplæring af patienten. Tilbuddet kan initieres af såvel kommune, almen praksis eller sygehus, men kræver henvisning fra enten almen praksis eller sygehus¹³.

Med tiden kan mange mennesker med KOL opleve en stigende grad af social isolation, som kan resultere i en behandlingskrævende depression, ligesom den tiltagende åndenød betyder, at mange mennesker med KOL er angste.

I det videre sygdomsforløb fremtræder KOL i stigende grad som en livstruende sygdom med deraf følgende stigende grad af behov for en palliativ indsats. I første omgang er det den praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje, der træder til. Der kan også være behov for en palliativ indsats fra sygehusets palliative afdeling og udgående palliative teams, men mange får det ikke tilbudt i dag.

4.3 Udfordringer i patientforløbet i dag

I det senere forløb af sygdommen kan patienten få flere samtidige sygdomme – multisygdom - og på et tidspunkt er det derfor ikke kun forværring af lungen symptomerne, der kan nødvendiggøre flere lægebesøg og/eller sygehusindlæggelse, men i stort omfang også andre sygdomme og den generelle svækkelse af almentilstanden. Den dårlige almentilstand medfører lavt funktionsniveau med vægttab og forringet livskvalitet i hverdagen, blandt andet på grund af dårlig fysisk mobilitet. Den lave funktionsevne betyder desuden, at den enkeltes behov for både socialfaglige og sundhedsfaglige indsatser øges.

Generelt vil det være den praktiserende læge, der i samarbejde med sygehuset har ansvaret for patientens samlede behandling, men der kan være udfordringer med samarbejdet, fx i forhold til ansvarsfordeling mv. Endvidere kan der i stigende grad være behov en indsats fra den kommunale hjemmesygepleje samt andre indsatser fra kommunen, typisk hjemmehjælp og eventuelt hjælpemidler, som yderligere kan skabe udfordringer i samarbejdet på grund af de mange aktører.

¹² Planlægges udbredt i alle regioner i 2019

¹³ Telemedicinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL – Anbefalinger for målgruppe, sundhedsfagligt indhold samt ansvar og samarbejde. Sundhedsstyrelsen 2017

Det fragmenterede patientforløb resulterer i et manglende helhedsperspektiv på patientens helbred og situation. Patienterne oplever derudover manglende sammenhæng i indsatsen og talrige indlæggelser på sygehus, som kunne have været forebygget. Dette medvirker til en stigende utryghed og deraf følgende risiko for forværring af den angst og depression, som kan være en følge af sygdommen.

En udfordring i dag er endvidere, at der langt fra i alle kommuner i dag findes relevante rehabiliteringstilbud til patienter med KOL, og/eller at tilbuddene mange steder ikke har en tilstrækkelig høj kvalitet.

4.4 Løsninger

Ændret opgavevaretagelse

En større strukturel ændring med en betydelig styrket tværfaglig indsats i sundhedstilbud uden for sygehusene, vil betyde at man mere hensigtsmæssigt vil kunne varetage store dele af de sundhedsfaglige tilbud til patienter med KOL, der i dag varetages på sygehusene.

Forebyggelses- og rehabiliteringsopgaven er kommunernes ansvar, og der er her et stort potentiale. Det gælder i forhold til at styrke den forebyggende indsats, særligt i forhold til en intensiveret indsats i forhold til rygeafvænning, som kan reducere behovet for senere sygehusydelser. Derudover er det ikke alle kommuner, der leverer den nødvendige rehabiliteringsindsats til patienter med KOL¹⁴. En meget mere intensiv rehabiliterende indsats, ikke mindst i forhold til tobaksafvænning, fysisk træning, ernæring og sygdomsmestring, vil kunne nedbringe behovet for både ambulante sygehusydelser og indlæggelser.

Skønnet omfang af ændret opgavevaretagelse

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en stor del af de opgaver, der i dag løses ambulant på sygehusene mere hensigtsmæssigt kan varetages uden for sygehusene, gennem en styrket kommunal rehabiliteringsindsats og et styrket tværfagligt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med tydelig evidens, der kan kvalificere et estimat på, hvor stor en del af opgaverne, det kan omfatte. Men et forsigtigt skøn er, at det kunne dreje sig om cirka 75-80 pct. af de opgaver, der i dag løses ved planlagte ambulante sygehuskontakter. Dette skøn er baseret på en vurdering af, hvilke kompetencer og hvilket udstyr, der er nødvendigt for at kunne varetage opgaverne. Langt de fleste kontakter, som patienter med KOL i dag har, kræver ikke særligt udstyr, og indsatser til patienter i GOLD gruppe A, B og C kræver som udgangspunkt ikke en speciallæge, så længe der er foretaget en korrekt diagnose og risikovurdering.

Patienter med sværere KOL, fx patienter i GOLD gruppe D, patienter med anden kompliceret lunge sygdom, og patienter med svær komorbiditet, vil fortsat have behov for at blive set og behandlet i sygehusregi. Her er det fortsat vigtigt at opretholde et løbende (og forbedret) samarbejde med det tværfaglige team, der varetager opgaverne uden for sygehusene.

Akutte indlæggelser vil kunne forebygges i et vist omfang, og et forsigtigt skøn vil være at antallet af sengedage måske kan reduceres med 20-30 pct. Estimatet baseres på en forudsætning om betydelig intensiveret kommunal rehabiliteringsindsats af høj kvalitet. Samtidig vil det være nødvendigt med nye løsninger og samarbejdsformer ift. indsatser ved f.eks. akut forværring af sygdom, utryghed hos patient, pårørende og plejepersonale m.v. Det kan f.eks. være forbedrede muligheder for telefonisk rådgivning hele døgnet, f.eks. fra opgraderede kommunale akutfunktioner, eller fra relevante specialafsnit på sygehuset, som f.eks. en dedikeret KOL- eller akutsygeplejerske ved det relevante sygehusafdelinger. Ved brug af validerede algoritmer og faglige retningslinjer kan sygeplejersken vurdere

¹⁴ Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL, Sundhedsstyrelsen 2018; Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016.

patientens tilstand, efter behov konferere med læge, og visitere patienten til et af en række udvalgte både i kommunen eller på sygehuset, der vurderes mest relevant. Der kan i den forbindelse formentlig forebygges en del sygehusindlæggelser ved at kunne tilbyde akut vurdering og stabilisering ved kortvarende patientophold ved kommunal akutfunktion, subakutte modtagelsespladser ved sygehus m.v.

Forudsætninger

Det er en forudsætning, at der etableres en ny form for tværfagligt team uden for sygehusene, f.eks. i sundhedshuse, hvor speciallægen i almen medicin vil være den centrale behandlingsansvarlige læge, men i et tæt og veletableret samarbejde med sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, rygestopinstruktører mv. En større del af de opgaver, der i dag varetages af læger, forventes uddelegeret. Dette kan kræve særlige kompetencer i det tværfaglige team, fx sygeplejersker og fysioterapeuter med specifik efteruddannelse i KOL, der derved kan varetage store dele af patientforløbet, herunder medicinjusteringer, henvisning til sygehus, specifik rehabilitering mv.

Det stiller også krav til nye former for samarbejde og styrket rådgivning fra det specialiserede niveau på sygehusene til det tværfaglige lokale sundhedsteam og til kommunen, fx via multidisciplinære teams, telefonisk adgang eller ved hjælp af delestillinger.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for den kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med kronisk sygdom¹⁵, baseret på nationale kliniske retningslinjer¹⁶ og den bedst tilgængelige viden på området, som kan bruges som grundlag for at definere indholdet i kommunens og det tværfaglige teams indsats.

Det vil være en forudsætning, at der nationalt fastsættes bindende standarder for, og krav til, de tilbud og indsatser, der leveres af kommune og af forstærkede tværfaglige teams, herunder også for krav til patientgrundlag, kompetencer og antal af sundhedspersoner i sundhedshuse med tværfaglige teams, og til borgerunderlag, opgaver og kompetencer i de kommunale tilbud, herunder ved behov bindende krav til tværkommunal opgaveløsning.

Generelt bør indsatsen understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det vil her være en forudsætning, at de nationale myndigheder får mulighed for at stille krav til indberetning af data, herunder til nationale registre, kvalitetsdatabaser m.v.

5. Type-2-diabetes

5.1 Beskrivelse af sygdom og forekomst

Diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved forhøjet blodsukkerniveau i kroppen (hyperglykæmi). De klassiske symptomer på diabetes er tørst, hyppig vandladning, vægttab, kløe og svie i skridtet og træthed og uoplagthed.

Cirka 225.000 voksne danskere er diagnosticeret med type 2-diabetes, og cirka 15.000 patienter får årligt diagnosticeret type 1-diabetes. Type 1-diabetes er som udgangspunkt altid en specialistopgave.

Type 2-diabetes er den mest udbredte diabetestype i Danmark og udgør cirka 80 pct. af det samlede antal mennesker med diabetes. Risikoen for at få diabetes stiger med alderen, og der er en arvelig komponent. Det gælder endvidere, at en del mennesker med diabetes bliver multisyge, fordi dårlig behandlet diabetes er forbundet med en række senkomplikationer, der skyldes skader på blodkar og nerver. I modsætning til type 1-diabetes er der for type 2-diabetes et stort potentiale for dels at fo-

¹⁵ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016

¹⁶ Nationale kliniske retningslinjer for rehabilitering af patienter med KOL, Sundhedsstyrelsen 2018

rebygge sygdommen og dels at behandle med uden brug af medicin. Der er endvidere et stort rehabiliteringspotentiale.

Årsagen til sygdommen er primært en nedsat produktion af og/eller en øget resistens mod insulin og dermed et forhøjet blodsukker. Men en række andre risikofaktorer har også betydning for udvikling af sygdommen. Det er især er livsstilsfaktorer som overvægt og fedme samt tobaksrygning og fysisk inaktivitet. Fordi livsstilsfaktorer har så stor indflydelse på udviklingen af type 2 diabetes, er ændring af livsstil også et vigtigt element i behandlingen af sygdommen. De vigtigste elementer er kosten, fysisk aktivitet, vægttab og rygeafvænning.

Hvis sygdommen ikke opdages tidligt nok eller ikke behandles korrekt øges risikoen for senkomplikationer og dermed følgesygdomme. Senkomplikationer rammer især kredsløbet og organer som hjerte, øjne og nyrer og skyldes blandt andet skader på både de store kar (makroangiopati) og små kar (mikroangiopati). Det kan i sidste ende resultere i svær hjertekarsygdom med hjertesvigt, blindhed og nyresvigt. Derudover rammes nervesystemet og viser sig blandt andet som nedsættelse af følesansen (polyneuropati), der blandt andet øger risikoen for fodsår og infektion, fordi sårene også som følge af karforandringerne har sværere ved at hele. Det kan i sidste ende betyde amputation af større eller mindre del af benet.

5.2 Patientforløbet i dag

Diagnosen stilles af den praktiserende læge, ofte fordi blodsukkeret måles hos en patient med risikofaktorer, der henvender sig med symptomer eller tilstande, der kan give mistanke om diabetes. Når den praktiserende læge har stillet diagnosen, laver lægen i samarbejde med patienten en behandlingsplan med fokus på regelmæssige lægebesøg og støtte til livsstilsændringer, og herunder henvisning til afklarende samtale i kommunen med henblik på kommunal rehabilitering. Ved lægebesøgene kontrolleres blodsukker og blodtryk mv., og eventuel medicin, hvis den indgår i behandlingen. Regelmæssig øjenundersøgelse hos en øjenlæge (årligt eller hvert andet år), hvori bl.a. indgår at øjnenes nethinder undersøges med et specielt kamera, indgår også behandlingsplanen, sammen med tilbud om årlig fodstatus hos en fodterapeut. Fodterapeuten undersøger patientens følesanser i fødderne, tjekker om der er nedsat blodforsyning til ben og fødder og ser efter fejlstillinger i fødderne med henblik på at forebygge og behandle diabetiske fodsår.

Mennesker med diabetes har årligt 1,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge, 270.000 flere besøg hos fodterapeut og 68.000 flere besøg hos øjenlæge end mennesker uden diabetes.¹⁷

I forbindelse med det kommunale rehabiliteringstilbud kan der med baggrund i en afklarende samtale tilrettelægges et forløb, der bør indeholde træning, en ernæringsindsats, rygeafvænning og sygdomsmestring. Mange får imidlertid ikke tilbudt et tilstrækkeligt rehabiliteringstilbud.

Afhængig af sygdomsudviklingen og i hvor høj grad behandlingsplanen følges vil personer med diabetes type-2 få flere komplikationer og dermed senfølger til deres diabetes type-2. Der kan derfor opstå behov for mere intensiv sygehusbehandling med udredning, behandling og kontrol af disse. I 2017 havde mennesker med diabetes type-2.194.889 planlagte ambulante kontakter til sygehuse. Antallet af indlæggelser var ikke højt i 2017 (i alt 2.851 akutte og planlagte indlæggelser)¹⁸.

¹⁷ Den Nationale diabetesbehandlingsplan. Sundheds- og Ældreministeriet 2017

¹⁸ Det reelle tal er formentlig højere, idet data kun viser indlæggelser med aktionsdiagnosen DE11* og ikke indlæggelser, med aktionsdiagnoser for sygdomme, der opstår som følge af diabetes type-2 og ikke er nævnt under DE11*.

Ved tiltagende grad af senfølger bør den kommunale sygepleje også blive involveret og bidrage til pleje og behandling af sygdommen, blandt andet i form af sårpleje og medicinadministration. Men dette sker ikke i alle tilfælde.

5.3 Udfordringer i patientforløbet i dag

Generelt er diabetesindsatsen i Danmark af høj kvalitet, og der er en stor viden blandt sundhedsprofessionelle om, hvordan diabetes behandles.¹⁹ Men der er også udfordringer i forløbet, som det varetages i dag.

Der er generelt et stor fokus på blodsukkerkontrol, men der er et betydeligt potentiale i at fokusere på andre risikofaktorer som rygning, kost og aktivitet, som i dag ikke er i fokus. En udfordring er i den forbindelse endvidere, at der ikke findes relevante rehabiliteringstilbud til patienter med diabetes, og at tilbuddene mange steder ikke har en tilstrækkelig høj kvalitet. Dette medfører samlet set, at patienterne oplever talrige indlæggelser på sygehus, som kunne have været forebygget.

Det er også fortsat og i stigende grad en social ulighed i forhold til hvem der får type 2-diabetes og hvem der får senfølger af sygdommen. Det ses eksempelvis i forhold til mennesker med psykiske lidelser og kortuddannede, der klarer sig dårligere end andre i forhold til at følge behandling mv.

Regionerne er med baggrund i en stor fondsbevilling i færd med at etablere regionale Steno Diabetes Centre, som skal styrke både klinik og forskning på området. Etableringen af Steno Diabetes Centrene ved 4 af de store universitetssygehuse vil betyde en vigtig styrkelse af den specialiserede indsats og forskning på området, men kan samtidig medføre en øget centralisering af opgaveløsningen, med fokus på specialiserede opgaver, medicinsk behandling m.v. Det vil derfor være en væsentlig forudsætning for en ændret opgaveløsning for patienter med type 2 diabetes, hvor flere sundhedsydelser skal leveres udenfor sygehuse, at Steno Diabetes Centrene også får et stærkt fokus på social ulighed, rehabilitering, tværfagligt samarbejde m.v., og på at understøtte en styrket faglig indsats udenfor sygehusene.

I Region Sjælland er der valgt en anden model for Steno Diabetes Centeret, der er decentralt organiseret og forankret og med stor vægt på samarbejdet med nuværende tilbud på sygehusene, kommunerne og almen praksis. Sigtet er en borgernær diabetesbehandling – også for så vidt angår de indsatser, der skal foregå på specialiseret niveau. I den videre udvikling af regionens decentrale diabetescentre, vil det være vigtigt at fastholde og understøtte en indsats, hvor patienterne tilbydes diabetesbehandling, kontrol og rehabilitering af høj kvalitet i deres nære omgivelser, og hvor centrene tilbyder udgående funktioner og i stedet for selv at gennemføre fx patientuddannelsesaktiviteter påtager sig at understøtte og i relevant omfang uddanne sundhedsprofessionelle uden for sygehusene.

5.4 Løsninger

Ændret opgavevaretagelse

En større strukturel ændring med en betydelig styrket tværfaglig indsats i sundhedstilbud uden for sygehusene, vil betyde at man mere hensigtsmæssigt vil kunne varetage store dele af de sundhedsfaglige tilbud til patienter med diabetes type 2, der i dag varetages på sygehusene.

¹⁹ Sundhedsstyrelsen har i ”Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2 diabetes” givet faglige anbefalinger vedrørende hele forløbet for mennesker med type 2 diabetes omfattende tidlig opsporing, behandling, rehabilitering og opfølgning med det formål at sikre ensartet og høj kvalitet i indsatsen.

Forebyggelses- og rehabiliteringsopgaven er kommunernes ansvar, og der er her et stort potentiale. Det gælder i forhold til at styrke den forebyggende indsats, særligt i forhold til en intensiveret indsats i forhold til rygeafvænning og kostvejledning, som kan reducere behovet for senere sygehusydelse. Derudover er det ikke alle kommuner, der leverer den nødvendige rehabiliteringsindsats til patienter med diabetes²⁰. En meget mere intensiv rehabiliterende indsats, ikke mindst i forhold til tobaksafvænning, fysisk træning, kostomlægning og sygdomsmestring m.v. vil også nedbringe behovet for sygehusydelse. Der vil være et særligt stort potentiale i en styrket indsats ift. de mest udsatte patienter med type 2 diabetes, herunder patienter med psykisk lidelse, kort uddannelse, uden beskæftigelse, dårlige sprogkunderskab m.v., som i dag kan blive tabt i de specialiserede sygehustilbud, men hvor en forstærket indsats i det nære miljø kan forventes at have betydelig effekt.

Skønnet omfang af ændret opgavevaretagelse

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en stor del af de opgaver, der i dag løses ambulante på sygehusene mere hensigtsmæssigt kan varetages uden for sygehusene, gennem en styrket kommunal rehabiliteringsindsats og et styrket tværfagligt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med tydelig evidens, der kan kvalificere et estimat på, hvor stor en del af opgaverne, det kan omfatte. Men et forsigtigt skøn er, at det kunne dreje sig om cirka 75-80 pct. af de planlagte ambulante sygehuskontakter. Dette skøn er baseret på en vurdering af, hvilke kompetencer og hvilket udstyr, der er nødvendigt for at kunne varetage opgaverne. Langt de fleste kontakter, som patienter med diabetes i dag har, kræver ikke særligt udstyr og kræver ikke specialistbehandling. Det gælder fx de jævnlige øjenundersøgelser, som patienter med diabetes har. Her kan der være et potentiale for ændring i opgavevaretagelsen. Sygeplejersker eller optometriste kan foretage selve billedoptagelsen, mens en øjenlæge vurderer det patologiske. Potentialet for ændret opgavevaretagelse i forhold til øjenundersøgelser vil formentlig også afhænge af den teknologiske udvikling på området.

En række patientgrupper, herunder patienter med type-2 diabetes, der er gravide, patienter med type-2 diabetes og svære følgesygdomme (fx svære fodsår, sværere nyrepåvirkning og sværere synspåvirkning) og patienter med svær regulerbar diabetes vil fortsat have behov for at blive set og behandlet i sygehusregi. Her er det fortsat vigtigt at opretholde et løbende (og forbedret) samarbejde med det tværfaglige team, der varetager opgaverne uden for sygehusene.

Forudsætninger

Det er en forudsætning, at der etableres en ny form for tværfagligt team uden for sygehusene, f.eks. i sundhedshuse, hvor speciallægen i almen medicin vil være den centrale behandlingsansvarlige læge, men i et tæt og veletableret samarbejde med sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, rygestopinstruktører mv. En større del af de opgaver, der i dag varetages af læger, forventes uddelegeret. Dette kan kræve særlige kompetencer i det tværfaglige team, fx sygeplejersker med specifik efteruddannelse i type 2 diabetes, der derved kan varetage store dele af patientforløbet, herunder medicinjusteringer, henvisning til sygehus, specifik rehabilitering mv.

Det stiller også krav til nye former for samarbejde på tværs af sektorer, og til en styrket rådgivning fra det specialiserede niveau på sygehusene, herunder Steno Diabetes Centrene, til det tværfaglige team i sundhedshuse m.v. og til kommunen, fx via multidisciplinære teams, telefonisk adgang eller ved hjælp af delestillinger.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for den kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med kronisk sygdom²¹, baseret på nationale kliniske retningslinjer²² og den bedst tilgængelige viden

²⁰ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016.

²¹ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016

på området, som kan bruges som grundlag for at definere indholdet i kommunens og det tværfaglige teams indsats.

Det vil være en forudsætning, at der nationalt fastsættes bindende standarder for, og krav til, de tilbud og indsatser, der leveres af kommune og af forstærkede tværfaglige teams, herunder også for krav til patientgrundlag, kompetencer og antal af sundhedspersoner i sundhedshuse med tværfaglige teams, og til borgerunderlag, opgaver og kompetencer i de kommunale tilbud, herunder ved behov bindende krav til tværkommunal opgaveløsning.

Generelt bør indsatsen understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det vil her være en forudsætning, at de nationale myndigheder får mulighed for at stille krav til indberetning af data, herunder til nationale registre, kvalitetsdatabaser m.v.

6. Hjertekarsygdomme

6.1 Beskrivelse af sygdom og forekomst

De hyppigste hjertekarsygdomme er forhøjet blodtryk (hypertension), åreforkalkning (fx claudicatio intermittens), blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), hjertekramper (angina pectoris), hjertesvigt, hjerteklapsygdom, hjerterytmeforstyrrelser og hjertemuskel sygdom (kardiomyopati). Der findes også andre sygdomme i hjerte og kar som ikke omtales her. Hjertekarsygdomme er hyppige. Knap 60.000 danskere får årligt konstateret en hjertekarsygdom og knap 500.000 voksne danskere lever med en hjertekarsygdom. De allerfleste hjertekarsygdomme kommer med alderen og rammer som regel først midaldrende eller ældre personer. Hos nogle patienter udvikler symptomerne sig akut (fx blodprop i hjerte eller visse hjerterytmeforstyrrelser) og medfører akut indlæggelse.

Dødeligheden af hjertekarsygdomme er cirka 24 pct., men samtidigt er antallet af borgere, der dør af hjertekarsygdomme mere end halveret siden 1995 (data fra dødsårsagsregisteret). Danskerne har dermed oplevet et af de største fald i hjertedødeligheden i Europa. Dette skyldes bl.a. en betydelig styrkelse af den specialiserede udredning og behandling på hjerteafdelingerne, en forbedret medicinsk behandling i almen praksis, og i mindre grad en forbedret folkesundhed over perioden. Udviklingen af den præhospital indsats og den organisatoriske tilrettelæggelse af behandlingen har også haft en betydning.

Antallet af patienter der overlever hjertekarsygdom, og som lever længe med behandlet hjertesygdom, forventes at stige betydeligt, bl.a. som følge af den forbedrede indsats ved både akut og kronisk hjertesygdom, at andelen af ældre i befolkningen generelt er stigende m.v. Omvendt kan evt. positive ændringer på forebyggelsesområdet, herunder reduktion af den stagnerende rygeprævalens, medføre yderligere fald i antallet af patienter, der får hjertesygdom.

Hjertekarsygdomme er en af de største grupper af kroniske sygdomme, og er årsag til 13 pct. af alle sygehusindlæggelser og 40 pct. af de akutte medicinske indlæggelser.

Forhøjet blodtryk er en af de hyppigste hjertekarsygdomme, og ubehandlet er det samtidig en betydelig risikofaktor for udvikling af anden hjertekarsygdom. Knap 20 pct. af den voksne danske befolk-

²² National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsindsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes, Sundhedsstyrelsen 2018

ning lider af forhøjet blodtryk svarende til knap 1 million danskere. Andre betydende risikofaktorer er blandt andet arv, rygning, type 2-diabetes, overvægt, stort alkoholforbrug og fysisk inaktivitet.²³

Fire hjertekarsygdomme tegner sig samlet set for langt størstedelen af de 500.000 tilfælde af hjertekarsygdom i Danmark: iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, hjertesvigt og hypertension.

Faktaboks

Sygehuskontakter for fire udvalgte hjertekarsygdomme, 2017

(Data for 2017, Sundhedsdatastyrelsen. Diagnosekoder der er trukket på kan ses i bilag 1)

Iskæmisk hjertesygdom - (nye tal SDS)

- Ambulante planlagte sygehusbesøg 84.831
- Indlæggelser (akutte) 16.448

Arrytmier

- Ambulante planlagte sygehusbesøg 197.353
- Indlæggelser (akutte) 20.352

Hjertesvigt

- Ambulante planlagte sygehusbesøg 81.667
- Indlæggelser (akutte) 7288

Hypertension

- Ambulante planlagte sygehusbesøg 121.225
- Indlæggelser (akutte) 16.922

6.2 Patientforløbet i dag

Et typisk patientforløb i dag kunne være en patient der henvender sig til egen læge med symptomer som fx åndenød, brystmerter, hjertebanken eller hævede ben. Lægen vil typisk udspørge patienten om der er hjertekarsygdomme i familien, om tobaks- mad- og motionsvaner samt foretage en klinisk undersøgelse med puls og blodtryksmåling, tage hjertekardiogram (EKG) og eventuelt blodprøver. EKG-forandringer, patientens symptomer eller lægens fund ved undersøgelse kan give anledning til, at patienten henvises til akut udredning på sygehus eller indlægges, men langt de fleste starter behandling hos den alment praktiserende læge. Det kan fx være medicinsk behandling for forhøjet blodtryk eller fx acetylsalicylsyre og nitroglycerin ved mistænkt iskæmisk hjertesygdom.

Ved yderligere behov for ambulante specialiseret udredning, fx ekkokardiografi eller anden billeddiagnostisk undersøgelse, skal patienten henvises til sygehusambulatorium eller til speciallægepraksis.²⁴

Der findes endvidere 18 speciallægepraksis i kardiologi, hovedsageligt beliggende i hovedstadsområdet. De foretager også specialiseret udredning og behandling, herunder ekko-kardiografi. For data på indlæggelser, planlagte ambulante sygehuskontakter, se faktaboks.

Hovedparten af patienter mistænkt for hjertekarsygdom kan udredes ambulante. Det kan foregå på sygehusambulatoriet, hos praktiserende speciallæge i kardiologi eller i almen praksis suppleret med undersøgelser på sygehus/hos praktiserende kardiolog. For de specifikke sygdomme gælder i

²³ I afsnittet er anvendt følgende referencer: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen 2018. Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015. Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil 2017, Sundhedsstyrelsen 2018. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kroniske sygdomme, Sundhedsstyrelsen 2016. Specialevejledning for Intern Medicin:Kardiologi. Sundhedsstyrelsen, 2018.

²⁴ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen 2018.

dag, at almen praksis kan varetage det samlede forløb af patienter med forhøjet blodtryk og/eller forhøjet kolesterol, eller andre forstyrrelser i blodets indhold af fedtstoffer. Almen praksis kan også varetage det lægefaglige ansvar for at følge op på patienter, der har fået iværksat medicinsk behandling i sygehusregi.

Almen praksis har årligt mange kontakter til mennesker med hjertekarsygdom. Fx gælder, for personer med iskæmisk hjertesygdom, at de årligt har 790.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden iskæmisk hjertesygdom (sygdomsbyrderapporten). For andre hjertekarsygdomme er der ikke på nuværende tidspunkt specifikke tal tilgængelige. Ved en samlet population på cirka 500.000 mennesker med hjertekarsygdom vil hver enkelt praktiserende læge, under den meget grove antagelse at patienterne er ligeligt fordelt, have kontakt til cirka 150 mennesker med hjertekarsygdom.

Derudover kan patienter henvises til kommunalt rehabiliteringstilbud, hvor der med baggrund i en afklarende samtale kan tilrettelægges et rehabiliteringsforløb. Rehabiliteringsindsatsen bør være et integreret efterbehandlingstilbud, som omfatter træning, sygdomsmestring og psykosocial støtte. Mange patienter med hjertekarsygdomme får imidlertid ikke et tilstrækkeligt rehabiliteringstilbud²⁵.

Nogle patienter udvikler i forløbet – eller har allerede – komorbiditet i form af fx KOL eller type 2-diabetes, som der også tages hånd om i almen medicinsk regi eventuelt med supplerende kontakter i sygehusregi.

I den afsluttende del af livet kan patienten have udviklet hjertesvigt og må følges tæt i fx hjertesvigtsklinik med henblik på monitorering af sygdom og behov for en eventuel palliativ indsats. I denne fase bør den kommunale hjemmesygepleje også blive involveret.

6.3 Udfordringer i patientforløbet i dag

Behandlingen for hjertekarsygdomme er forbedret væsentligt gennem de seneste ti år. Det betyder, at patienterne lever længere og dermed over et længere livsforløb kan få behov for mange kontakter til sundhedsvæsenet. Derudover lever vi generelt længere og dermed får flere også hjertekarsygdomme. Det har samlet set øget antallet af patienter, der udredes og behandles på sygehusene. Endvidere har flere regioner har oprettet AK-klinikker (klinikker hvor blodfortyndende behandling kontrolleres) efter indførelse af en ny type blodfortyndende behandling (NOAK-behandling).

For mennesker med hjertekarsygdomme gælder endvidere, at de ofte er ældre og en del har også flere samtidige sygdomme som KOL eller type-2-diabetes eller kan, fx på baggrund af svær sygdom eller svær livssituation, have udviklet angst eller depression. Disse patienter har ofte kontakter i flere sygehusambulatorier. Koordineringen mellem de involverede parter i sundhedsvæsenet er meget vigtig for patienterne, men sker ofte ikke i tilstrækkeligt omfang. Der er behov for at tilrettelægge indsatserne, så de er sammenhængende og meningsfyldte for det enkelte menneske og så tidsforbrug på kontroller begrænses. Patienterne har brug for koordinerede sundhedsydelse af høj kvalitet i deres nærmiljø.

²⁵ En national kortlægning af rehabiliteringstilbud på sygehuse og kommuner fra Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase gennemført i henholdsvis 2013 og 2015 viser, at der er stor variation i hjerterehabiliteringstilbud og kun ganske få kommuner og sygehuse levede op til retningslinjerne for rehabilitering. Sygehusene har fra 2013 til 2015 forbedret rehabiliteringstilbuddene, mens indholdet og kvaliteten i tilbuddene målt i forhold til træningsvarighed og brug af validerede testmetoder i kommunerne var uændrede i samme periode. (En Helhjertet indsats, VIVE, 2018). De sidste år er der dog sket en betydelig udvikling i forhold til rehabilitering af patienter med hjertekarsygdomme i kommunalt regi med udflytning af den non-farmakologiske rehabilitering i Region Midtjylland.

6.4 Løsninger

Ændret opgavevaretagelse

En større strukturel ændring med en betydelig styrket tværfaglig indsats i sundhedstilbud uden for sygehusene, vil betyde at man mere hensigtsmæssigt vil kunne varetage store dele af de sundhedsfaglige tilbud til patienter med hjertekarsygdomme, der i dag varetages på sygehusene.

Forebyggelses- og rehabiliteringsopgaven er kommunernes ansvar, og der er her et stort potentiale. Det gælder i forhold til at styrke den forebyggende indsats, særligt i forhold til en intensiveret indsats i forhold til rygeafvænning og kostvejledning, som kan reducere behovet for senere sygehusydelse. Derudover er det ikke alle kommuner, der leverer den nødvendige rehabiliteringsindsats til patienter med diabetes²⁶. En tilstrækkelig rehabiliterende indsats, ikke mindst i forhold til tobaksafvænning, fysisk træning, kostomlægning og sygdomsmestring, særligt for de mest udsatte patienter, vil også nedbringe behovet for sygehusydelse.

Det gælder endvidere for blandt andet iskæmisk hjertesygdom, arytmier, hjertesvigt og forhøjet blodtryk, at en del af de opgaver, der i dag varetages i sygehusregi, kan varetages i almen medicinsk regi i et samarbejde mellem forskellige sundhedsfaglige grupper og i tæt samarbejde med speciallæger i kardiologi. Det kunne fx være i shared-care modeller hvor, for eksempel, udvalgte opgaver med kronisk hjertesvigt eller med arytmier, når de er i korrekt behandling og stabiliseret, kan overgå til behandling i et styrket tværfagligt team udenfor sygehus, f.eks. i et sundhedshus hvor speciallægen i almen medicin vil være den behandlingsansvarlige læger, men hvor sygeplejersker med særlige kompetencer kan få en mere central rolle i varetagelse af patientforløb, herunder justering af medicinske behandling m.v.

Blodfortyndende medicinsk behandling til patienter med visse hjertelidelser varetages i dag flere steder, både i almen praksis og på sygehus. På sygehusene kan opgaven være delegeret til sygeplejersker. I stigende grad er patienten selv ansvarlig for at justere sin behandling gennem løbende egenmålinger af blodets størkningsevne m.v.

Tilsvarende vurderes det at den største del af udredning, behandling og kontrol af forhøjet kolesterol m.v. (forstyrrelser i fedtstofskiftet) bør kunne foregå udenfor sygehus.

Et konkret eksempel på, at en forstærket kommunal indsats kan forebygge dyre sygehusydelse er nyere erfaringer med patienter, der lider af claudicatio intermittens ('vindueskiggersyndrom'). Det skønnes, at mindst 4 pct. af alle danskere over 65 år har nedsat blodforsyning til benene på grund af åreforkalkning og hos halvdelen giver det anledning til intermitterende smerter. Medicinsk behandling har begrænset effekt, men der er gode erfaringer med fysisk træning til disse patienter, som formentligt kan forebygge kirurgi. Denne træning kan varetages i kommunalt regi.

Skønnet omfang af ændret opgavevaretagelse

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en stor del af de opgaver, der i dag løses ambulant på sygehusene mere hensigtsmæssigt kan varetages uden for sygehusene, gennem en styrket kommunal rehabiliteringsindsats og et styrket tværfagligt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med tydelig evidens, der kan kvalificere et estimat på, hvor stor en del af opgaverne, det kan omfatte. Men et forsigtigt skøn er, at det kunne dreje sig om cirka 30-40 pct. af planlagte ambulante sygehuskontakter for iskæmisk hjertesygdom, arytmier, hjertesvigt og forhøjet blodtryk. Dette skøn er baseret på en vurdering af, hvilke kompetencer og hvilket udstyr, der

²⁶ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016.

er nødvendigt for at kunne varetage opgaverne. Langt de fleste kontakter, som patienter med hjertekarsygdomme i dag har, kræver ikke særligt udstyr eller specialistkompetencer.

Det vurderes endvidere på baggrund af erfaringer fra en af regionerne, at der er et potentiale på landsplan for, at knap 14.000 patienter årligt, kan modtage non-farmakologisk hjerterehabilitering i kommunalt regi umiddelbart efter udskrivelse.

Der vil fortsat være opgaver, der skal løses på sygehus, det vil fx dreje sig om ekkokardiografi, defibrillering, kateterundersøgelser, CT-scanninger, pacemakerbehandling, operationer m.v.

Forudsætninger

Det er en forudsætning, at der etableres en ny form for tværfagligt team uden for sygehusene, f.eks. i sundhedshuse, hvor speciallægen i almen medicin vil være den centrale behandlingsansvarlige læge, men i et tæt og veletableret samarbejde med sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, rygestopinstruktører mv. En større del af de opgaver, der i dag varetages af læger, forventes uddelegeret. Dette kan kræve særlige kompetencer i det tværfaglige team, fx sygeplejersker med specifik efteruddannelse i hjertekarsygdom, der derved kan varetage store dele af patientforløbet, herunder medicinjusteringer, henvisning til sygehus, specifik rehabilitering mv.

Det stiller også krav til nye former for samarbejde og styrket rådgivning fra det specialiserede niveau på sygehusene til det tværfaglige lokale sundhedeam og til kommunen, fx via multidisciplinære teams, telefonisk adgang eller ved hjælp af delestillinger.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for den kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med kronisk sygdom²⁷, baseret på nationale kliniske retningslinjer²⁸ og den bedst tilgængelige viden på området, som udgør rammen for og indholdet i kommunens og det tværfaglige teams indsats.

Det vil være en forudsætning, at der nationalt fastsættes bindende standarder for, og krav til, de tilbud og indsatser, der leveres af kommune og af forstærkede tværfaglige teams, herunder også for krav til patientgrundlag, kompetencer og antal af sundhedspersoner i sundhedshuse med tværfaglige teams, og til borgerunderlag, opgaver og kompetencer i de kommunale tilbud, herunder ved behov bindende krav til tværkommunal opgaveløsning.

Generelt bør indsatsen understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det vil her være en forudsætning, at de nationale myndigheder får mulighed for at stille krav til indberetning af data, herunder til nationale registre, kvalitetsdatabaser m.v.

7. Muskel-skelet lidelser

7.1 Beskrivelse af sygdom og forekomst

Sygdomme i bevægeapparatet udgør en stor gruppe af forskellige sygdomme, som er meget udbredte i befolkningen, og som samlet udgør en stor sygdomsbyrde i Danmark. Sygdommene omfatter blandt andet de store grupper af personer med lænderygsmærter, nakkesmærter, slidgigt (artrose) og knogleskørhed (osteoporose). Der indgår såvel akutte, kortvarige tilstande som livsvarige kroniske tilstande. Her fokuseres der på de degenerative tilstande, mens inflammatoriske og traumatiske tilstande ikke indgår.

²⁷ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016

²⁸ National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering, Sundhedsstyrelsen 2013

532.000 mænd og 699.000 kvinder har i alt mindst en muskel- eller skeletsygdom. 65.000 mænd og 148.000 kvinder har både muskel- og skeletsygdom, er meget generet af muskel- og skeletmerter og har helbredsrelateret funktionsnedsættelse. Endvidere er i alt 476.000 mænd og 715.000 kvinder meget generet af muskel- og skeletmerter. Ses der på en samlet gruppe, der oplever mindst én muskel- og skeletsygdom og/eller er meget generet af muskel- og skeletmerter, er der i alt 763.500 mænd og 1.044.000 kvinder i den danske befolkning, der har mindst én muskel- eller skeletlidelse²⁹.

I det følgende beskrives forløbet for mennesker med lænderygsmarter.

7.2 Patientforløbet i dag

Lænderygsmarter er et hyppigt forekommende symptom, som de fleste danskere vil opleve i løbet af deres levetid. Smerterne kan relatere sig til alt lige fra en normal reaktion på fx fysisk overanstrengelse til et kontinuum af sygdomstilstande hvor et fåtal vil være alvorlige, men kræve hurtig udredning og behandling. Har man først haft en episode af lænderygsmarter, vil de fleste opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere smertefrie intervaller.

Cirka 880.000 danskere lever med rygsmarter³⁰. Undersøgelser viser endvidere, at godt 50 pct. af befolkningen på 16 år og derover i løbet af 14 dage vil være generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd. Af dem er 15 pct. meget generet af deres smerter og ubehag, medens 38 pct. er lidt generet.³¹

Andelen af mennesker med akutte eller subakutte lænderygsmarter, som udvikler kroniske smerter kendes ikke med sikkerhed, men estimerer tyder på, at omkring 10 pct. af de patienter, der henvender sig hos egen læge med lænderygsmarter, ender med at udvikle kroniske og funktionshæmmende smerter. Andre studier viser, at størstedelen af mennesker med lænderygsmarter vil opleve vedvarende gener og 71 pct. rapporterer smerter efter 1 år³².

Den typiske forløb for mennesker med lænderygsmarter vil være forankret udenfor sygehus. Udredning, behandling og opfølgning sker hos eller i et samarbejde mellem alment praktiserende læge, praktiserende fysioterapeut og kiropraktor.

Personer med lænderygsmarter har årligt 3,3 mio. kontakter hos den alment praktiserende læge. Det svarer til 10 pct. af alle besøg her³³. I gennemsnit svarer det til cirka 260 patienter pr. ydernummer. Lænderygsmarter er dermed den hyppigst forekommende kontaktårsag i almen praksis. Samtidig er der 2,3 mio. kontakter til kiropraktor eller fysioterapeut. Det svarer til 30 pct. af alle besøg her.

Behandlingsmålet for patienten med lænderygsmarter skal være at opnå bedst mulig livskvalitet og forbedring samt fastholdelse af funktionsevnen og tilknytning til arbejdsmarkedet. Det kan ske gennem tilbud om fysisk træning og fysioterapi i kommunen eller hos privat praktiserende fysioterapeut og behandling hos kiropraktor samt tilbud om sygdoms- og smertemestring i kommunen i en sammenhængende indsats.

Ved kliniske tegn på alvorlig ryglidelse (fx stor diskusprolaps der trykker på nerverne og giver smerter og føleforstyrrelser og eventuelt gangbesvær tydende på spinalstenose (forsnævring af spinalkana-

²⁹ Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2015 · Statens Institut for Folkesundhed

³⁰ Sygdomsbyrden i Danmark. Sundhedsstyrelsen 2015

³¹ Den Nationale Sundhedsprofil 2017

³² Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter. Sundhedsstyrelsen 2017

³³ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015

len), betydelig rygskevthed eller nytilkommen sammenfald af hvirvler eller længerevarende symptomatologi (4-8 uger) skal der henvises til yderligere udredning på sygehus.

Der registreres årligt 10.786 indlæggelser, 73.276 ambulante hospitalsbesøg (akutte og elektive) og 4.177 skadestuebesøg med lænderygsmarter som aktionsdiagnose. I forhold til indlæggelser svarer det til 1 pct. af alle somatiske indlæggelser.³⁴

I 2017 var der 7.840 akutte ambulante besøg og 6.064 akutte indlæggelser med udvalgte aktionsdiagnoser for lænderygssygdom. Tilsvarende var der 54.804 planlagte ambulante besøg og 1.169 planlagte indlæggelser. Der var 22.948 sengedage svarende til nævnte udvalgte aktionsdiagnoser og i alt 32.090 patienter, der enten havde et ambulante besøg eller var indlagt.

Det estimeres, at 20 pct. af det samlede sygefravær udgøres af mennesker med rygsmarter.³⁵ Her er koordinationen mellem sygehus, kommune og almen praksis tilsvarende afgørende.

7.3 Udfordringer i patientforløbet i dag

Det er generelt et problem i dag, at mange mennesker med lænderygsmarter har symptomer og smerter, som de ikke får hjælp til at håndtere og som ikke behandles. Nogle mennesker med lænderygsmarter behandles endvidere ikke i tide med store følger for den enkelte i forhold til blandt andet livskvalitet. Samtidig henvises nogle patienter til sygehusene uden, at de har behov for en sygehusindsats, men derimod kunne have gavn af f.eks. et styrket kommunalt rehabiliteringstilbud. Nogle af disse patienter sendes videre til almen praksis og til kommunen, som sender dem videre igen til sygehusene.

En del af udfordringen er, at det eneste sted, der fri adgang for patienterne er almen praksis, hvilket betyder, at der er en uhensigtsmæssig gennemgang af patienter.

7.4 Løsninger

Ændret opgavevaretagelse

En større strukturel ændring med en betydelig styrket tværfaglig indsats i sundhedstilbud uden for sygehusene, vil betyde at man mere hensigtsmæssigt vil kunne varetage store dele af de sundhedsfaglige tilbud til patienter med muskelskeletlidelser, herunder lænderygsmarter, der i dag varetages på sygehusene.

Forebyggelses- og rehabiliteringsopgaven er kommunernes ansvar, og der er her et stort potentiale. Det gælder i forhold til at styrke den forebyggende indsats, særligt i forhold til en intensiveret indsats i forhold til træning, som kan reducere behovet for senere sygehusydelse. Derudover er det ikke alle kommuner, der leverer den nødvendige rehabiliteringsindsats til patienter med muskelskeletlidelse³⁶. En tilstrækkelig rehabiliterende indsats, ikke mindst i forhold til fysisk træning og sygdomsmodstring vil også nedbringe behovet for sygehusydelse.

Der er endvidere generelt et stort potentiale i i højere grad at lave basal udredning og behandling (som ikke omfatter medicin og kirurgi) udenfor sygehusene. I forhold til at varetage opgaver i relation til patienter med lænderygsmarter kan de forskellige faggruppers kompetencer således udnyttes væsentligt bedre end de bliver i dag. Det gælder særligt i forhold til, at både fysioterapeuter og kiropraktorer har kompetencer til selvstændigt at kunne vurdere og behandle bestemte tilstande. Det betyder, at disse faggrupper i højere grad - indenfor fastsatte visitationsretningslinjer m.v. – vil kunne

³⁴ Sygdomsbyrden i Danmark. Sygdomme. Sundhedsstyrelsen 2015.

³⁵ Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter, Sundhedsstyrelsen 2017

³⁶ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016.

varetage basal vurdering af tilstande som f.eks. lænderygmerter, og vil kunne iværksætte tilbud som træning m.v. til patienter med lænderygmerter, inklusiv patienter med lænderygmerter med rod-påvirkning. Det skal også bemærkes, at kiropraktorer selvstændigt kan anvende billeddiagnostik som røntgen i udredningen.

Skønnet omfang af ændret opgavevaretagelse

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en stor del af de opgaver, der i dag løses ambulant på sygehusene mere hensigtsmæssigt kan varetages uden for sygehusene, gennem en styrket kommunal rehabiliteringsindsats og et styrket tværfagligt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med tydelig evidens, der kan kvalificere et estimat på, hvor stor en del af opgaverne, det kan omfatte. Men et forsigtigt skøn er, at det kunne dreje sig om cirka 10-20 pct. af de akutte indlæggelser og 30-40 pct. af de planlagte ambulante sygehuskontakter. Dette skøn er baseret på en vurdering af, hvilke kompetencer og hvilket udstyr, der er nødvendigt for at kunne varetage opgaverne. Langt de fleste kontakter, som patienter med muskelskeletlidelser i dag har, kræver ikke særligt udstyr og kræver ikke specialistbehandling.

Der vil fortsat være særlige tilstande og patientgrupper, som kræver en hurtig vurdering ved en læge og en henvisning til sygehus, f.eks. tilstande som spinalstenose, visse former for diskusprolaps m.v., ligesom der vil være en lang række opgaver, der ikke kan løses udenfor sygehus, herunder CT- og MR-scanninger, operationer m.v.

Forudsætninger

Det er en forudsætning, at der etableres en ny form for tværfagligt team uden for sygehusene, f.eks. i sundhedshuse, hvor speciallægen i almen medicin vil være den centrale behandlingsansvarlige læge, men i et tæt og veletableret samarbejde med fysioterapeuter, kiropraktorer, sygeplejersker mv. En større del af de opgaver, der i dag varetages af læger, forventes uddelegeret eller varetaget af andre faggrupper.

Det er også en forudsætning, at der udarbejdes klare visitationsretningslinjer f.eks. for hvornår en fysioterapeut eller kiropraktor kan udrede og behandle uden at patienten har været vurderet af læge, hvornår der skal henvises til specialiseret tværfagligt regionalt rygcenter m.v.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet anbefalinger for den kommunale rehabiliteringsindsats til borgere med kronisk sygdom³⁷ baseret på kliniske retningslinjer og den bedst tilgængelige viden på området, som udgør rammen for og indholdet i kommunens og det tværfaglige teams indsats.

Det vil være en forudsætning, at Sundhedsstyrelsen får mulighed for at udarbejde bindende standarder for de kommunale tilbud og det tværfaglige teams indsats, herunder også for krav til borgerunderlag og dermed, hvad der kan løses af den enkelte kommune, og hvad der skal løses i tværkommunale samarbejder, f.eks. i form af kommunale rygcentre.

Generelt bør indsatsen understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det vil her være en forudsætning, at de nationale myndigheder får mulighed for at stille krav til indberetning af data, herunder til nationale kvalitetsdatabaser.

³⁷ Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen 2016

8. Angsttilstande og depression

8.1 Beskrivelse af sygdom og forekomst

Sygdomsbyrderapporten fra 2015 viser, at cirka 135.000 danskere lever med angst. I almen praksis er angst et hyppigt symptom. Det afspejler sig i et stort antal kontakter, hvor personer med angsttilstande har 780.000 flere kontakter til almen praksis end personer uden angsttilstande samt 120.000 flere kontakter hos psykolog eller speciallæge i psykiatri. Der er ca. 17.000 nye tilfælde af angsttilstande pr år.³⁸

Angsttilstande defineres som en række neurotiske (nervøse) og stressrelaterede tilstande, som ikke er psykotiske. Der findes forskellige former for angsttilstande – panikangst, fobier, OCD, generaliseret angst, og angsttilstandene dækker et spektrum af sygdomsgrader fra lettere og forbigående tilfælde til alvorlige, invaliderende tilfælde. Ved angsttilstande, som ved mange andre psykiske tilstande, kendes de specifikke årsager til udviklingen af sygdommen ikke, men der er et komplekst samspil mellem sociale, psykiske og biologiske faktorer. Årsagerne er til dels afhængige af typen af angsttilstanden, således at angsttilstande har arvelige komponenter, hvorimod det i højere grad antages at være ydre forhold, der betinger de stressrelaterede tilstande. Der er flere differentialdiagnoser til angsttilstande som bør overvejes, herunder skizofreni og depression.

Cirka 91.000 danskere lever med depression og der er cirka 10.000 nye tilfælde pr år (sygdomsbyrderapporten). Depression er en hyppig henvendelsesårsag i almen praksis. Det afspejler sig i et stort antal kontakter, hvor mennesker med depression har cirka 600.000 flere kontakter pr. år i almen praksis end mennesker uden depression og tilsvarende 105.000 kontakter hos psykiater eller psykolog (sygdomsbyrderapporten).

Der er flere typer af affektive lidelser og depression er en af flere affektive lidelser. Her beskrives unipolær depression. Årsagerne til depression er et komplekst samspil mellem sociale, psykiske og biologiske faktorer. Blandt andet kan stressende livsbegivenheder, herunder alvorlig sygdom, være med til at udløse en depression. Der er sammenhæng mellem somatiske og psykiske sygdomme, som kan forstærke eller føre til hinanden. Der er flere differentialdiagnoser til depression der skal overvejes, herunder blandt andet alvorlig somatisk lidelse, depressive episoder som led i bipolar lidelse, demens, alkohol- eller stofmisbrug, bivirkninger til medicin og skizofreni.

8.2 Patientforløbet i dag

Almen praksis vil ofte være første kontakt for mennesker med angsttilstande og depression. Hvis det antages, at mennesker med angsttilstande og depression er ligeligt fordelt i almen praksis, vil hver praksis have hhv. 40 patienter med angsttilstande og 27 patienter med depression.

Almen praksis kan varetage den initiale udredning, udelukker differentialdiagnoser og vurderer sværhedsgrad.

Almen praksis kan varetage behandling af unipolær depression af voksne. Mennesker med let til moderat grad af depression kan ses an eller tilbydes støttende samtaler eller samtaleterapi i almen praksis.³⁹ Almen praksis kan også henvise til behandling hos psykolog.

³⁸ Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015

³⁹ National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression, Sundhedsstyrelsen 2016; Referenceprogram for angstlidelser hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007; Referenceprogram for unipolar depression hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

Tilsvarende gælder for lettere tilfælde af angsttilstande. I Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser⁴⁰ anbefales en såkaldt "stepped care" model, hvor almen praksis kan varetage behandlingen for de lettere tilfælde eller henvise til behandling hos psykolog.

Mennesker med lettere til moderate angsttilstande og depression behandles primært med forskellige former for terapi. Ved svære tilfælde kan farmakologisk behandling tilbydes i kombination med psykoterapi.

Tilskudsordningen for psykologhjælp indebærer, at mennesker med lette til moderate angsttilstande eller depression kan få tilskud (60 pct. af psykologens honorar) til behandling hos psykolog efter henvisning af fra almen praksis jf. ovenfor.

Kommunerne har endvidere en række tilbud til mennesker med lettere angsttilstande og depression, såsom *Lær at tackle angst og depression*, der har til formål at understøtte den enkelte borgers håndtering af symptomer på en angsttilstand eller depression i dagligdagen samt *Åben og Rolig*, der har til formål at gribe tidligt ind overfor begyndende nedtrykthed, angst eller stress. Det er dog ikke alle, der får et tilstrækkeligt tilbud i dag.

Ved manglende respons på behandlingen, kompleks komorbiditet, eller behov for langvarig medicinsk behandling henviser almen praksis til behandling ved praktiserende speciallæge i psykiatri. Unge mellem 18-25-årige med behov for farmakologisk behandling skal varetages af speciallæge i psykiatri⁴¹.

Svære tilfælde af angsttilstande og depression, der kan behandles ambulant, kan også henvises til behandling hos praktiserende speciallæge i psykiatri. Endvidere skal der henvises til ambulant behandling på sygehus. I sygehusregi er der cirka 120.000 ambulante planlagte kontakter pr. år for angsttilstande, mens depression medfører godt 130.000 planlagte ambulante kontakter i sygehusambulatorium pr år (sygdomsbyrderapporten, 2015). I svære tilfælde, hvor patienten fx har selvmordstanker eller psykotiske symptomer kan der henvises til sygehuset med henblik på indlæggelse. Der er 6.200 psykiatriske indlæggelser for angsttilstande og 7600 indlæggelser for depression.⁴²

8.3 Udfordringer i patientforløbet i dag

Der er en række udfordringer for patienterne i dag. Langt flere patienter end tidligere henvises til den regionale psykiatri. Dette kan skyldes indførelsen af udrednings- og behandlingsretten, som på mange måder været hensigtsmæssigt at indføre. Udfordringen er, at en del patienter med angstlidelser og depression har ikke behov for en sygehusindsats.

Dette forstærkes af, at der samtidig mangler tilgængelige og lavintensive tilbud af høj kvalitet udenfor sygehusene. Det kan fx være mestringskurser eller internetterapi med selvhenvielse, som har været afprøvet i en region med gode erfaringer. Der er også udenlandske erfaringer med fri psykologbehandling for mennesker med let til moderat depression.

I en undersøgelse af praksisområdet ses der endvidere store regionale forskelle i andelen af patienter, der modtager samtaleterapi i almen praksis og behandling hos speciallæge. De store regionale variationer i brugen af særligt samtaleterapi og speciallægepraksis tyder på, at tilgængeligheden er

⁴⁰ Referenceprogram for angstlidelser hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007

⁴¹ Sundhedsstyrelsen. Vejledning nr. 9899 af 11. november 2014.

⁴² Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2015

uensartet på tværs af landet⁴³. Generelt for både samtaleterapi i almen praksis, behandling hos speciallægepraksis og psykologbehandling gælder også, at der mangler viden om indsatsernes indhold og effekt.

Andelen, der modtager psykologhjælp, er dog mere ensartet mellem regionerne. Men egenbetalingen indebærer, at der er en social skævhed i, hvem der benytter tilbud om psykolog, og at det formentligt fraholder nogle muligheden.

8.4 Løsninger

Ændret opgavevaretagelse

En større strukturel ændring med en betydelig styrket tværfaglig indsats i sundhedstilbud uden for sygehusene, vil betyde at man mere hensigtsmæssigt vil kunne varetage store dele af de sundhedsfaglige tilbud til patienter med angsttilstande og depression, der i dag varetages på sygehusene.

En styrket tidlig og tilgængelig indsats uden for sygehusene til mennesker med lette til moderate angsttilstande og depression forventes i et vist omfang at kunne forebygge forværring af sygdom og vil kunne forebygge sygehusindlæggelser og -ydelser.

Behandlingen er først og fremmest forskellige former for samtaleterapi, som kan tilbydes i psykologregi eller eventuelt ved særligt uddannede sygeplejersker. Dette kan suppleres af kommunale tilbud om fx støtte til mestring.

Skønnet omfang af ændret opgavevaretagelse

Sundhedsstyrelsen vurderer, at en stor del af de opgaver, der i dag løses ambulant på sygehusene mere hensigtsmæssigt kan varetages uden for sygehusene, gennem en styrket kommunal indsats og et styrket tværfagligt samarbejde.

Sundhedsstyrelsen er ikke bekendt med tydelig evidens, der kan kvalificere et estimat på, hvor stor en del af opgaverne, det kan omfatte. Men et forsigtigt skøn er, at det kunne dreje sig om cirka 25 pct. af de planlagte ambulante sygehuskontakter for så vidt angår lette til moderate angstlidelser og depression. Det svarer til 30.000 besøg for mennesker med angsttilstande og 32.500 besøg for mennesker med depression (dette tal er underestimeret eftersom aktivitetstallene fra sygdomsbyrderapporten er fra 2010-2012). Det vurderes endvidere, at en tilsvarende andel kontakter hos praktiserende speciallæge i psykiatri kan varetages i almen praksis eller i psykologregi. Derudover vurderes det, at en række ydelser, der i dag varetages af speciallæger i almen medicin, vil kunne varetages af psykologer eller sygeplejersker.

Dette skøn er baseret på en vurdering af, hvilke kompetencer og hvilket udstyr, der er nødvendigt for at kunne varetage opgaverne. Langt de fleste kontakter, som patienter med lette til moderate angsttilstande og depression i dag har, kræver ikke særligt udstyr og kræver ikke specialistbehandling.

Forudsætninger

Det er en forudsætning, at der etableres en ny form for tværfagligt team uden for sygehusene, f.eks., i sundhedshuse, hvor speciallægen i almen medicin vil være den centrale behandlingsansvarlige læge, men i et tæt og veletableret samarbejde med psykologer, sygeplejersker m.v. En større del af de opgaver, der i dag varetages af læger, forventes uddelegeret. Dette kan kræve særlige kompetencer i det tværfaglige team, fx sygeplejersker med efteruddannelse i samtaleterapi, der derved kan varetage dele af patientforløbet.

⁴³ Førstegangsdagnosticerede patienter i psykiatrien. Forløb i sundhedsvæsenet og udvikling i arbejdsmarkeds-tilknytning. Sundhedsdatastyrelsen 2018.

Det vil være en forudsætning, at der nationalt fastsættes bindende standarder for, og krav til, de tilbud og indsatser, der leveres af kommune og af forstærkede tværfaglige teams, herunder også for krav til patientgrundlag, kompetencer og antal af sundhedspersoner i sundhedshuse med tværfaglige teams, og til borgerunderlag, opgaver og kompetencer i de kommunale tilbud, herunder ved behov bindende krav til tværkommunal opgaveløsning.

Det er også en forudsætning, at der udarbejdes klare visitationsretningslinjer f.eks. hvornår en psykolog kan udrede og behandle uden at patienten først har været vurderet af læge, hvornår det skal henvises til specialiserede psykiatriske tilbud m.v.

Generelt bør indsatsen understøttes af data, der giver mulighed for overvågning og kvalitetssikring af indsatsen. Det vil her være en forudsætning, at de nationale myndigheder får mulighed for at stille krav til indberetning af data, herunder til nationale registre, kvalitetsdatabaser m.v.